

ISSN 1028-8554

НЕЗАВИСИМАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ АССОЦИАЦИЯ РОССИИ
INDEPENDENT PSYCHIATRIC ASSOCIATION OF RUSSIA

**НЕЗАВИСИМЫЙ
ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ**

**INDEPENDENT
PSYCHIATRIC
JOURNAL**

**ВЕСТНИК НПА
IPA HERALD**

IV

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 10.12.2018. Подписано в печать 18.12.2018. Формат 60×84 ¹/₈.
Бумага типографская офсет № 1. Гарнитура “Таймс”. Печать офсетная.
Заказ № 2018-4-ИРА.

Цена свободная

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

© НПА России, 2018

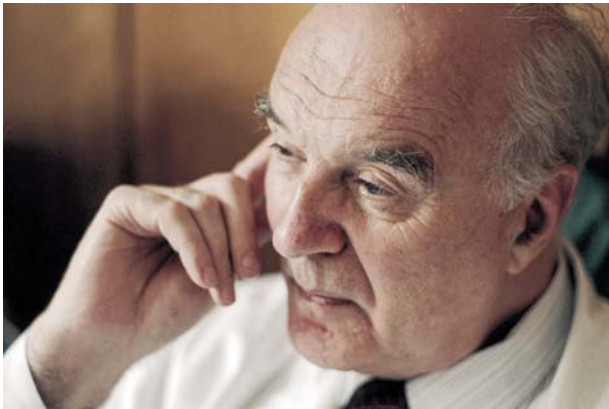
СОДЕРЖАНИЕ

90 ЛЕТ АНДРЕЮ ИВАНОВИЧУ ВОРОБЬЕВУ	5
АБРАХАМ ГАРОЛЬД МАСЛОУ И 50 ЛЕТ ГУМАНИСТИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ	6
90 ЛЕТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПСИХИАТРИИ и 50-ЛЕТИЕ ОЧЕРЕДНОЙ ВОЛНЫ ГУМАНИЗАЦИИ ПСИХИАТРИИ	9
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ	
Психическое здоровье общества (часть 1)	
— А. П. Коцюбинский, Д. А. Коцюбинский (Санкт-Петербург)	10
Особенности социального функционирования больных с тревожно-фобическими расстройствами, госпитализированных в психиатрический стационар	
— Д. А. Чугунов, А. А. Шмилович	18
ИЗ КЛАССИЧЕСКОГО НАСЛЕДИЯ	
Хенрикус Корнелиус Рюмке. О старых шизофрениках (1963)	24
КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ	
Открытый диагноз. Помочь может только совместная работа психиатра и психотерапевта	
— А. А. Шмилович, Н. Б. Солодовник	29
ПСИХИАТРИЯ И ПРАВО	
Судебная практика оспаривания обоснованности и качества лечения — Ю. Н. Аргунова	48
ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА	
Очередное заказное дело против религиозной организации с участием психиатрии	52
ДОКУМЕНТЫ ВРЕМЕНИ	
Заказная фальсификация. Открытое письмо	66
ПСИХОТЕРАПИЯ	
Метод терапии творческим самовыражением в самостоятельном творческом применении в ПНИ — Марк Бурно и Эдуард Гумбург	67
ОБСУЖДЕНИЯ, ПОЛЕМИКА, РАЗМЫШЛЕНИЯ	
Саакашвили, ты Мессия? Критические замечания по поводу книги “Социальная психопатология” под ред. В. П. Самохвалова	
— Иосиф Зислин (Иерусалим, Израиль)	74
Опять хвала Сикорскому — Ю. С. Савенко	76
Человеческое достоинство и индивидуализация в условиях закрытых учреждений	
— Ю. С. Савенко	79
О проблемах диагностики и выбора специалиста в психиатрии — Ю. В. Журавлева	80
Взгляд в нечто — Б. В. Воронков (Санкт-Петербург)	82
ИСТОРИЯ ПСИХИАТРИИ	
Охранник — В. Д. Тополянский	85
ХРОНИКА	
Второй ВОЗовский конгресс по психическому здоровью в Москве, как охраняемая потемкинская деревня, и WPA	91
Второе дело Юрия Дмитриева: усилия силовиков очернить первооткрывателя массовых расстрелов	91
Презентация “Тюремных записок” Сергея Григорьянца и проблема протестных голодовок.	92
Свободная критика — профилактика деградации	92
Ограниченная дееспособность на практике	93
ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ТВОРЧЕСТВО	
Тристан Тцара. Лицо наизнанку (отрывок из поэмы)	95
Евгений Витковский. Мистика Василия Гиляровского. Ул. Матросская Тишина, 20.	97
Москва прискорбная	98
НЕКРОЛОГ	
Людмила Михайловна Алексеева	99
РЕКОМЕНДАЦИИ	101
АННОТАЦИИ	102

Contents

90-TH ANNIVERSARY OF ANDREW IVANOVICH VOROBYEV	5
ABRAHAM HAROLD MASLOW AND 50 YEARS OF HUMANISTIC PSYCHOLOGY	6
90 YEARS OF PREVENTIVE PSYCHIATRY AND THE 50TH ANNIVERSARY OF THE NEXT WAVE OF HUMANIZATION OF PSYCHIATRY.	9
URGENT PROBLEMS OF PSYCHIATRY	
Mental health of society (part 1) — A. P. Kotsyubinsky, D. A. Kotsyubinsky (St. Petersburg)	10
Features of the social functioning of patients with anxiety-phobic disorders hospitalized in the mental hospital — D. A. Chugunov, A. A. Shmilovich	18
FROM THE CLASSICAL HERITAGE	
Henricus Cornelius Rumke. About old schizophrenics (1963)	24
DISCUSSION OF A CLINICAL CASE	
Open diagnosis. Only a joint work of a psychiatrist and a psychotherapist can help — A. A. Shmilovich, N. B. Solodovnik.	29
PSYCHIATRY AND LAW	
Judicial practice of challenging the reasonableness and quality of treatment — Yu. N. Argunova	48
FROM AN EXPERT'S DOSSIER	
Another registered case against a religious organization involving psychiatry	52
DOCUMENTS OF EPOCH	
Special-order falsification. Open letter	66
PSYCHOTHERAPY	
The method of therapy of creative self-expression in an independent creative application in psycho-neurological hostel — Mark Burno and Eduard Humburg	67
DISCUSSIONS, POLEMIC, REFLECTIONS	
Saakashvili, are you the Messiah? Critical remarks about the book “Social Psychopathology” ed. V. P. Samokhvalov — Joseph Zislin (Jerusalem, Israel).	74
Again praise I. A. Sikorsky as a sign of time — Yu. S. Savenko.	76
Human dignity and individualization in the conditions of closed institutions — Yu. S. Savenko.	79
On the problems of diagnosis and choice of a specialist in psychiatry — Yu. V. Zhuravleva.	80
Looking into something — B. V. Voronkov (St. Petersburg)	82
HISTORY OF PSYCHIATRY	
Security Guard — V. D. Topoliansky	85
CHRONICLE	
Second WHO Congress on Mental Health in Moscow, as a protected Potemkin village, and the WPA	91
The second case of Yury Dmitriev: the efforts of the security forces to blacken the discoverer of mass executions	91
Presentation of the “Prison Notes” by Sergey Grigoryants and the problem of protest hunger strikes	92
Free criticism — prevention of degradation	92
Limited capacity in practice	93
PSYCHOPATHOLOGY AND CREATIVENESS	
Tristan Tzara. The face inside out (excerpt from the poem)	95
Evgeny Vitkovsky. Mystic of Vasily Gilyarovsky. Matrosskaya Tishina str., 20.	97
Regrettable Moscow	98
OBITUARY	
Lyudmila Alekseeva	99
RECOMMENDATIONS	101
ABSTRACTS	102

90 лет Андрей Иванович Воробьев



Выдающийся гуманист, прославивший на весь мир отечественную гематологию уникальными достижениями, врач, ученый, академик РАН и РАМН, первый министр здравоохранения постсоветской России.

Ученик и преемник выдающегося терапевта И. А. Кассирского, он сыграл решающую роль как руководитель медицинской помощи пострадавшим в Чернобыльской катастрофе, при землетрясении в Армении и в трагедии в Беслане, так как только благодаря его уникальным разработкам удалось спасти многие тысячи жизней. “Впервые в мире удалось добиться излечения 80 % некоторых опухолей лимфатической системы — результат, не достигнутый в мире до сих пор”*, сумел существенно снизить материнскую смертность от кровотечений. Он выдал подробно научно обоснованное заключение “Свидетелям Иеговы”, что они правы в своем отказе от переливания цельной донорской крови, — позиция, отражающее мнение мировой гематологии, в частности, Международного конгресса гематологов, проходившего в Москве как раз во время вменения этой религиозной организации обвинения в принесении “грубого вреда психическому здоровью и деформации личности”; организации, недавно ограбленной и изгнанной из страны за тезис, общий для всех религий, что она единственно верная.

Он, отец которого в годы террора был расстрелян, мать 20 лет провела в лагерях, а сам в школьные годы — в детском доме в Пермском крае, хорошо знал, что такое тюремное заключение и делал все возможное для гуманизации тюремной медицины. Мы помним

его выступления на юбилее А. П. Чехова, который в своей фактически докторской диссертации “Остров Сахалин” вскрыл проблему каторги с позиций врача. Одна из этих лекций в студенческой аудитории на Моховой ул., фактически на Манежной площади, отенялась словно белыми узорами на черных скамьях уходящего вниз амфитеатра выцарапанными ножом профашистскими и антисемитскими надписями — чудовищная среда, бесстыдно обнаруживавшая свое родство с другими тоталитарными режимами. Также символичным было водружение Андреем Ивановичем на самое видное место в Минздраве портрета доктора Гааза — воплощения гуманности в медицине и его поспешное снятие с уходом А. И. с поста министра, которым он был менее года. А снят с должности он был на следующий день после заседания правительства, на котором добился принятия постановления о передаче тюремной медицины в ведение Минздрава, постановления, которое не было опубликовано.

Андрей Иванович исповедовал социалистическую установку на бесплатную и общедоступную медицинскую помощь, но вынужден был, в соответствии с постановлением Правительства о введении медицинского страхования, подготовить соответствующий приказ МЗ, который еще “вводил понятие лицензирования медицинской деятельности и аккредитации медицинских организаций”. Из проекта этого приказа № 41 о предоставлении статуса юридического лица аптекам, медицинским организациям и станциям переливания крови последние две позиции исчезли, что способствует деградации медицинской службы*.

Мы знаем об Андрее Ивановиче не понаслышке и гордимся, что такой человек демократично принимал нас, неформально вникал в наши проблемы и поддерживал нашу Независимую психиатрическую ассоциацию России, не смущаясь, а считая естественным наше именование и установку на независимость, прежде всего, от его министерства, тогдашний состав которого тихо саботировал его новый курс.

А тюремная медицина? По многочисленным свидетельствам внешний антураж постоянно улучшается, тогда как режим с тем же постоянством значительно ужесточается. О каком психическом здоровье может идти речь там, где пытки стали заурядным явлением, которого перестали стыдиться, но не перестали отрицать.

* “Новая газета”, 02.11.18, № 122, с. 20.

Абрахам Гарольд Маслоу и полвека гуманистической психологии



Абрахам Маслоу (1908 – 1970) — основоположник и теоретик гуманистической психологии, широкого направления наук о человеке, альтернативного бихевиоризму и психоанализу и пришедшего им на смену, но не отбросив, а впитав их достижения, уместные на адекватном им месте. Он сам последовательно прошел аналогичный путь, внося под влиянием, прежде всего, Курта Гольдштейна выдающийся вклад в проблемы мотивации и личности. Его программной работе “Towards a psychology of Being” (1968) с посвящением Курту Гольдштейну исполнилось 50 лет.

Абрахам Маслоу родился в Нью-Йорке в 1908 г. и был бы Абрамом Григорьевичем Масловым, если бы его родители, русские евреи, потрясенные погромами, не эмигрировали из Киева. И мать, и отец были очень грубы с ним, старшим из 7 детей. В 9 лет, когда семья переехала из еврейского района Нью-Йорка в другой, в силу ярко выраженной еврейской внешности он узнал, что такое антисемитизм. Это было положение “первого негра в школе”. До 20 лет, когда он женился, он был чрезвычайно стеснительным, нервным, страдающим от жестоких неврозов человеком. В школе он был в изоляции, семью свою не выносил, его настоящим домом была библиотека. Поступив в Мэдисонский университет (шт. Висконсин), он в 1931 г. стал магистром, а в 1934 — доктором психологии. Первые работы были посвящены эмоциональным проявлениям отвращения у собак и процессу обучения у приматов, а докторская диссертация — исследованию доминирования в сексуальной жизни приматов, и выяснила, что оно обычно устанавливается на основе размеров тела, не доходя до борьбы. После трех лет работы в Колумбийском университете у Эдварда Торндайка он провел антропологическое исследование в резервации индейцев племени черноногих (1937 г.), а потом в течение 14 лет (1937 – 1951) преподавал в колледже Бруклина. В этот период

эмигранты из Германии, бежавшие от Гитлера, превратили Нью-Йорк в интеллектуальную столицу Америки. Кроме Курта Гольдштейна, выдающегося психоневролога и нейрофизиолога, создателя органистической теории, в отношении которого он всегда подчеркивал свой наибольший интеллектуальный долг, он называет своими учителями, которых любил и которыми восхищался, выдающегося антрополога Рут Бенедикт и лидера гештальт-школы Макса Вертгаймера. Дружеские отношения сложились у него с Альфредом Адлером. В 1951 г. Маслоу возглавил факультет психологии в университете Брэндесало, где проработал 18 лет до 1969 г. В 1970 г. его не стало.

Превосходный очерк о Маслоу в Википедии и другие выложенные в интернете тексты содержат грубую ошибку, которая представляет специальный интерес: как она могла случиться? Везде полностью игнорируется Курт Гольдштейн, вопреки свидетельствам самого Маслоу. Научное сообщество тоже пристрастно, нередко в лице даже ведущих профессионалов, как у нас антагонизм между Павловым и Бехтеревым и их сотрудниками. Характерным было засилье бихевиористов и психоаналитиков в американских университетах, которое именно Маслоу удалось преодолеть: в 1967 г. он был избран президентом Американской психологической ассоциации. Но это после периода, когда его работы отказывались печатать. Аналогичным было положение А. Адлера. Рудольф Дрейкурс рассказывает, что когда в 1937 г. он приехал в США, его друзья предостерегали от открытого объявления себя сторонником Адлера: “Трудно поверить, что в свободной стране было возможно такое давление, профессиональное давление. Я был одним из немногих профессоров, которые не лишились своей должности под влиянием психоаналитиков”. Вольфганг Метцгер писал даже о запрете Фрейдом на цитирование Адлера [4]. А в Biographical Dictionary of Psychology [5] нет ни слова о Курте Гольдштейне даже в статье о Маслоу, хотя на него опирался и Ролло Мэй. Отсюда видно, что разрыв между представителями бихевиоризма и гуманистической психологии до сих пор не преодолен.

Между тем, Маслоу подчеркивал свое кредо одновременно уважительного и критического отношения, казалось бы, к противоположным концепциям, необходимость объединить исследования здоровых людей и людей с психическими расстройствами, положительное с отрицательным, психологию становления и психологию бытия, так как “очень легко стать жертвой про- или анти-научной дихотомии”, необходимо “расширять рамки науки, чтобы сделать ее более способной к решению задач новой, личностной, эмпирической психологии” (1962 г.). “Только наука может

преодолеть субъективные различия в нашем видении и в убеждениях”. После эпохи бихевиоризма, а затем психоанализа, — пишет Маслоу, — множество различных более узких направлений “стали стремительно сливаться в третью общую концепцию человеческой природы, в единое движение, которое можно назвать “третьей силой”. Для него это, прежде всего, Курт Гольдштейн, Гордон Олпорт и Карл Роджерс.

Маслоу — инициатор создания Американской ассоциации гуманистической психологии (1962 г.) и ее журнала (1961 г.), а также трансперсональной психологии и журнала “Eupsychian Management” и модели “эупсихического” общества, создающего и поддерживающего возможность максимальной самоактуализации, что нашло практическое применение в организационной психологии. В последней работе, опубликованной в 1970 г., он вводит предложенное Рут Бенедикт понятие “синергии” (объединенного действия) в свою концепцию мотивации.

В эпохальной работе “Теория человеческой мотивации” (1943 г.) Маслоу выступил против любой классификации отдельных потребностей, как таковых, и создал принципиально новую классификацию, рассматривая целые группы мотивов в соответствии с их ценностной иерархией, согласно роли в развитии личности, вопреки позитивистской и бихевиористской установке на полное исключение ценностей из сферы науки. Эта иерархия составила знаменитую “пирамиду потребностей Маслоу”: физиологические, в безопасности, в любви (принадлежности к чему-либо), в уважении, в познании, эстетические и собственно самоактуализации. В 1954 г. в работе “Мотивация и личность” [3] Маслоу, в соответствии с позицией К. Гольдштейна, отказался от жесткой иерархии, выделив два больших класса: от четырех нужд низшего уровня и после их удовлетворения, до трех потребностей роста, представляющих самоактуализацию, — ключевое понятие, которое впервые ввел Курт Гольдштейн. А также принял взгляд К. Гольдштейна, что способности организма определяют его потребности, т.е., что развитие — это развертывание заложенных в организме потенциалов, и об инстинктоидной природе базовых человеческих потребностей. В 1970 г. эта монография вышла в переработанном виде, в ней уделено большое внимание проблеме “дочеловечности” и проблеме психически здорового (хорошего) общества, т.е., общества с высокой синергией, которое содействует самоактуализации. В противоположность авторитарному управлению демократическое самоуправление состоит из самоактуализирующихся людей. Эта книга стала, по его словам, “провозвестницей гуманистической психологии”, центрирующей ценностные ориентации личности и смысла жизни.

Большинство психологов исследовали только “дефицитное” удовлетворение потребностей. На этом уровне, например, любовь к природе утилитарна и проявляется, например, в собирании грибов, ягод, бу-

кетов, тогда как на бытийном уровне это эстетическое, научное, экологическое, пантеистическое отношение к ней. Движение к самоактуализации не начнется, пока индивид не освободится от потребности в безопасности и уважении. Вредные привычки и предрасудки, давление группы и пропаганда, а также “защитные механизмы” препятствуют самоактуализации.

По Маслоу о психическом здоровье можно говорить, когда человек переступает за дефицитный уровень функционирования. Эта идея заложена в ВОЗовское определение психического здоровья, согласно которому это “не только отсутствие болезней и физических недостатков, но и полное физическое, душевное и социальное благополучие”. Казалось бы, такое определение не только лишает многие страны, не обеспечившие своих граждан “полным социальным благополучием”, здоровых людей, но смешивает болезнь и патологию, здоровье и норму. Однако, ВОЗовский перечень критериев психического здоровья предохраняет от этого, возвращая к емкому, экспериментально проверяемому критерию Курта Гольдштейна: “потере способности к “абстрактной установке” (“абстрактному поведению”), т.е. утрате способности к предвосхищению, предвидению своих действий и поступков, или способности к самоактуализации” [6]. Это последнее утверждение подробно развил Маслоу.

Подобно заявлению Ясперса, что “мы совершенно не нуждаемся в самом понятии “болезни вообще””, высказался и Маслоу в отношении понятия “нормальный”: “Впору счесть его совершенно бессмысленным. Настало время определиться, что подразумевают психология и психиатрия, говоря о “норме”, и найти для этого более подходящие термины”, и посвятил этому заключительную главу монографии “Мотивация и личность” [3, 349 – 367].

Маслоу подчеркивает несостоятельность теории Р. Ф. Друкера (1939), согласно которой определяющим являются господствовавшие представления о квинтэссенции счастья. Для Западной Европы в Средние века идеалом был религиозный человек, в эпоху Возрождения — мыслящий человек, с развитием капитализма и “особенно после распространения марксистской теории, место мыслителя занял деловой человек, предприниматель. И, наконец, не так давно, особенно в странах с фашистской диктатурой, общественное сознание поработило миф о героическом человеке”. Отвергая этот историцизм, Маслоу выражает убеждение, что нарождающееся “новое мышление” позволит утвердиться общенаучной “теории психологического здоровья”, независимой от культурно-исторического релятивизма, — концепции “естественного человека”.

Фундаментальной особенностью подхода Маслоу стало его предпочтение исследований здоровых людей, достигших самореализации, что и стало его критерием нормы. Изучение средних показателей ведет к

понятию о “хорошо приспособленном субъекте, а не о высоко развитой личности”.

“Коммуникация между личностью и миром существенно зависит от их изоморфизма (т.е. подобия их структуры или формы). Мир сможет сообщить личности только то, что она заслуживает, чему она соразмерна, до чего она доросла...”. Согласно Георгу Лихтенбергу, если в книгу заглядывает обезьяна, в ней не может отразиться апостол. Как тут не вспомнить судебные иски к Библии и Бхагавад-гите, связанные с их буквальным пониманием в силу патологически конкретного мышления.

Изучение психотерапии “множественных личностей” показало, что в каждом из нас в результате “гражданской войны” между мужественным и женственным, первичным (внутренним миром) и вторичным (внешним миром), автономией (эгоистической индивидуализацией) и гомономией (альтруистическим отказом от доминирования и центрации своего Я) эта тенденция приводит в своих болезненных формах к “дикому романтизму крови, почвы и инстинкта, к мазохизму, к презрительному отношению к человеку...”. По мере роста личности высокая автономия и высокая гомономия, как и другие дихотомии, сливаются в единстве, что характерно для самоактуализирующихся личностей.

Маслоу выступает против всех дихотомий, против дихотомического мышления, считая, что это исходный пункт обучения человечности, путь, противостоящий “самоуверенному и изолированному рационализму, вербализму и сциентизму”. “Представители общей семантики, экзистенциалисты, феноменологи, фрейдисты, дзен-буддисты, мистики, гештальт-психотерапевты... указывают пределы могущества языка, абстрактного мышления, ортодоксальной науки. Принято считать, что они обеспечивают защиту от темных, опасных и злых глубин человеческой души. Ныне мы постепенно узнаем, что эти глубины — источник не только неврозов, но также здоровья, радости и творчества, и начинаем говорить о здоровом бессознательном, здоровой регрессии, здоровых инстинктах, здоровой иррациональности и здоровой интуиции. Общий терапевтически ответ лежит в направлении интеграции... интеграции когнитивного и конативного... их синергии” [2].

То, что в предисловии к первому изданию “Психологии Бытия” Маслоу, ссылаясь на Томаса Сасса и Ролло Мэя, пишет: “Я убежден, что лет через десять понятие “психическое здоровье” и “психическая болезнь” будут уже устаревшими”, связано с годом из-

дания — 1968 г. — это год культурной, в том числе, “антипсихиатрической” революции, и тем обстоятельством, что Маслоу не психиатр [1]. Фактически все лидеры “антипсихиатрии” работали по преимуществу в области пограничной психиатрии.

Психотерапевтические советы Маслоу не ограничиваются его “инсайт-психотерапией”, самым вызывающим по его собственным словам является факт, позволяющий увязать психотерапию с его концепцией мотивации: если пациент “видит, что его готовы выслушать без критики и осуждения... что он любим и уважаем... и ощущает, что терапевт интересуется им, думает о нем, старается помочь, то это помогает пациенту обрести чувство собственной значимости... даже в случае самых тяжелых расстройств *можно и нужно* учитывать фактор базисного удовлетворения, источником которого служат хорошие межличностные отношения”.

Вслед за Фрейдом, который обосновывал роль психоанализа в отношении статуса человека в Природе как соразмерную Копернику и Дарвину, Маслоу аналогичную роль, но с противоположным знаком, видит в гуманистической психологии, — она “изменила образ человека”, подчеркивая “человеческое в человеке”.

Хотя можно согласиться с тем, что “гуманистическая психология основывается на идеализированном варианте гуманизма”, и объясняет многообразные направления на слишком общем основании, Маслоу удалось главное — целостный взвешенный взгляд на личность человека с открытой реалистичной перспективой развития в качестве основы, пускай и очень общей, но объединяющей многообразные психотерапевтические теории и практики. Работы Маслоу вызывают не только восхищение, но и критику — свидетельство их побудительной силы и продуктивности.

Ю. С. Савенко

ЛИТЕРАТУРА

1. Маслоу А. Г. Психология Бытия. — М. — Киев, 1997.
2. Маслоу А. Г. Дальние пределы человеческой психики — СПб., 1997. Предисловие Н. Н. Акулина (Посл. издание в новом переводе “новые рубежи человеческой природы” — М., 2011).
3. Маслоу А. Г. Мотивация и личность. — СПб., 1999. Предисловие Н. Н. Акулина.
4. Каузен Р. Влияние индивидуальной психологии на современные психологические направления // Энциклопедия глубинной психологии, т. 4. — М., 2004: 133 – 146.
5. Шихи Н., Чепман Э., Конрой У. (ред.). Психология: биографический библиографический словарь. — СПб., 1999.
6. Савенко Ю. С. Введение в психиатрию. — М., 2013: 28 – 29.

90 лет профилактической психиатрии и 50-летие очередной волны гуманизации психиатрии

Хотя условность этих дат очевидна, она имеет исторические основания. Перечень классиков отечественной психиатрии по до сих пор сохранившемуся советскому шаблону заканчивается на П. Б. Ганнушкине (хотя и он незадолго до смерти был подвергнут ostracism), реже на В. А. Гиляровском и М. О. Гуревиче (которые были мишенями позорной Павловской сессии). И до сих пор пропускают Л. М. Розенштейна, сменившего Ганнушкина и внесшего грандиозный вклад в отечественную психиатрию, но умершего в результате травли.

После “русского Пинеля” Василия Саблера (1832: снятие цепей и устранение полицейского чина в качестве руководителя психиатрического учреждения) с его последователями (система нестеснения) и основоположника отечественной социальной психиатрии Павла Якобия (1891, 1900: приоритет свежезаболевшим, психиатрические отделения в общих больницах, павильонная система вместо психиатрических больниц-монстров и мн.др.), Лев Розенштейн не только положил начало профилактической психиатрии, а создал диспансерную сеть, опережавшую Запад. Но реакция власти на ее издержки (увеличение числа психически больных в силу ранней диагностики, неразличение клинически значимых и латентных форм психозов, внимание к профпатологии), привела к ее разгрому (1936), а издержки эпохи психохирургии, ЭСТ и нейролептиков (увеличение числа латентных форм и различных побочных эффектов) — к возрождению после 1968 г. профилактического направления.

Гуманизация психиатрии происходила в силу естественного общественного саморазвития, которое временами резко ускорялось волнами общественных катаклизмов разной глубины. Пинелевская реформа была обязана идеям Великой французской революции, профилактическое направление в психиатрии — чудовищным жертвам Первой мировой войны, а Вторая мировая война, Холокост и уничтожение психически больных породили Всеобщую декларацию прав человека. Но потребовалось еще 20 лет, чтобы культурная революция 1968 г. решительно повлияла на очередную, подготовленную Мишелем Фуко, Томасом Сассом, Рональдом Лэйнгом, Дэвидом Купером и Филиппом Базалью и осуществленную усилиями “новых левых”, усвоивших идеи Герберта Маркузе, Жана Поля Сартра и др. и широкий круг идей гуманистической и экзистенциальной психологии, волну гуманизации психиатрии — преодоление сегрегации, изоляции и дискриминации посредством дестигматизации

и деинституционализации. Публицистическое обозначение этого “антипсихиатрией” неадекватно. Все критические тезисы “антипсихиатров”, за исключением отрицания самого существования психических расстройств, имеющих биологическое основание, высказывались классиками психиатрии. Из всех “антипсихиатров” так называл себя только Дэвид Купер. Правильнее говорить об очередной гуманистической революции в психиатрии. Это проявилось, прежде всего, в деинституционализации, в радикальном обновлении ЭСТ, стереотаксической психохирургии, новых поколениях нейролептиков и к широкому приходу в службу психиатрической помощи клинических психологов и социальных работников, фактически новых профессий гуманитарного профиля.

Но и очередными издержками. К сожалению, любовью прогресс достигается ценой не всегда очевидных отрицательных последствий. Промышленная революция сопровождается экологическими катастрофами и профессиональными заболеваниями, новые психотропные средства — трансформацией картин психических расстройств и их хронификацией, появлением огромного числа латентных форм, множестве побочных эффектов разного рода и т.д. Даже сама их множественность чревата сложными взаимодействиями, породившими фармакокинетику с ее многовекторными таблицами. Наконец, многие перспективные новации приобретают у нас карикатурную форму в силу экспресс-методов новых технологий, не учитывая отрицательный итальянский и американский опыт радикальной деинституционализации: оседание психически больных в тюрьмах и закрепление этого экономического механизмом. Погоня за экономией средств и их реальная нехватка ведет к дискредитации этой новации. Конвейерное оформление хронически психически больных в психоневрологические интернаты — это переброска в другое министерство для улучшения показателей своего министерства, не считаясь, что и здесь возрождается порочный круг сегрегации и изоляции. Заведомо понятно, что отнятие средств у психиатрической службы, относящейся к одной из социально значимых, в достаточно скором времени обернется значительно большими убытками. Это диаметрально противоположно профилактическому направлению и гуманизации, которые продолжают декларироваться. По крайней мере, следовало избежать экспресс-технологий, неизбежно чреватых неглубоким, а значит непродолжительным, ненадежным действием.

Психическое здоровье общества

Часть 1

А. П. Коцюбинский¹, Д. А. Коцюбинский²

В статье рассмотрены с точки зрения психического здоровья общества нормальные и патологические (социо-психопатологические) формы массового (коллективного) сознания. Отмечается, что постинформационное (перенасыщенное информацией, значительной частью которой являются “симулякры”) общество играет роль общественного дистресса и деформирует социальные нормы и ценности. Это обстоятельство способствует “аномии” (отсутствию норм) как разновидности социальной патологии и в целом представляет собой комплекс вызовов, адресованных способности современного человека к успешной психологической адаптации. Затрудненность процесса рационального усвоения устоявшихся идейно-поведенческих норм и паттернов дает стимул развитию в обществе иррациональных феноменов — мифологических механизмов восприятия действительности и “социальной паранойи”. Последняя чревата двумя опасными социально-психическими патологиями, имеющими психиатрический аспект: 1) общим ростом тревоги, способствующей распространению тревожных и депрессивных расстройств; 2) усилением религиозно-обскурантистских тенденций в общественном сознании, препятствующих эффективному лечению психически больных,

Ключевые слова: постинформационное общество, аномия, общественный дистресс, социальная мифология, тревога, депрессия, религиозный обскурантизм, социальная паранойя.

Постинформационное общество как фактор социального дистресса

Феномен коллективного (общего) сознания впервые описал один из основоположников социологии Emile Durkheim [25], указавший на определяющую роль данного феномена в интеграции общества и формировании его “психического типа”³. Он же ввёл понятие аномии (отсутствия норм) как разновидности социальной патологии, возникающей в переходные периоды, характеризующиеся социальной нестабильностью. Старые социальные связи в эти моменты ис-

тории рушатся и обслуживавшие их нормы и ценности перестают действовать, а новые моральные традиции, адекватные возникшим реалиям, ещё не являются установившимися, в результате чего исчезает интегративная солидарность между различными социальными “органами”⁴.

Подходя к рассмотрению данной проблемы с точки зрения психического здоровья общества, следует указать на существование как нормальных, так и патологических (социо-психопатологических) форм массового (коллективного) сознания.

¹ Доктор медицинских наук, руководитель отделения биопсихосоциальной реабилитации психически больных Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В. М. Бехтерева.

² Кандидат исторических наук, старший преподаватель факультета свободных искусств и наук Санкт-Петербургского государственного университета.

³ “Совокупность верований и чувств, общих, в среднем, членам одного и того же общества, образует определенную систему, имеющую свою собственную жизнь; ее можно назвать коллективным, или общим сознанием. Несомненно, оно имеет в качестве субстрата единственный орган; оно, по определению, рассеяно во всем пространстве общества. Но, тем не менее, оно имеет специфические черты, создающие из него особую реальность. .. Оно — психический тип общества, подобно индивидуальным типам, хотя и в другой форме, имеющий свой способ развития, свои свойства, свои условия существования. Оно имеет поэтому право быть обозначенным специальным термином” [7, стр. 80].

⁴ “...отношения [социальных, — авт.] органов не регламентированы, потому, что они находятся в состоянии аномии”; “Но откуда берется это состояние? .. состояние аномии невозможно повсюду, где солидарные органы .. имеют .. живое и непрерывное осознание своей взаимной зависимости. .. Но если, наоборот, между ними находится какая-нибудь непрозрачная середина, то только раздражения известной интенсивности могут сообщаться от одного органа к другому. Сношения, будучи редкими, не повторяются настолько часто, чтобы определиться; с каждым разом начинаются новые пробы. .. Если же какие-нибудь правила все-таки установятся, то они будут общего характера и неясны, ибо при этих условиях могут определиться только самые общие контуры явлений” [7, стр. 342 – 343].

Эпоха постинформационного (перенасыщенного информацией) общества, возникшего в конце XX века и достигшего пика своего развития в период тотального распространения мультимедийных средств массовых коммуникаций, создает в массовом сознании особенно благоприятную среду для развития указанных патологических тенденций. Переизбыток массовой информации, исходящей из многочисленных и идейно многовекторных источников, непрерывно колеблет, деформирует и деконструирует социальные нормы и ценности, фактически не давая им возможности прочно закрепиться в коллективном сознании общества.

Ситуация дополнительно усугубляется тем, что как индивидум, так и общество в целом сталкиваются с нескончаемым потоком новостей, далеко не все из которых более или менее достоверно отражают появление новых феноменов. Значительная часть новостного потока представляет собой, в терминологии Jean Vaudrillard [23], симулякры, то есть информационные пустышки⁵.

Кроме того, информационные акторы (действующие субъекты) зачастую сознательно искажают либо тенденциозно отображают реальность⁶.

Эффект глобального информационного хаоса и профанации различных общественных представлений усугубляется такими объективными факторами, как неопределенность культурных и цивилизационных границ в современном мире, в котором миллио-

ны людей рождаются от т.н. смешанных (межэтнических, междрасовых, межконфессиональных) браков, живут не там, где родились, либо рождаются и живут не в той этнокультурной среде, в которой жили и формировались их родители. К этому следует добавить характерную для современного социума подвижность (как по вертикали, так и по горизонтали) индивидуальных социальных статусов. Наконец, на всё это наслаивается противоречивость, а порой и конфликтность консервативно-националистических, с одной стороны, и радикально-космополитических, с другой, социальных паттернов, поляризующих и одновременно пронизывающих общество.

Все это в целом представляет собой комплекс вызовов, адресованных способности современного человека к успешной психологической адаптации.

Беспрецедентный по плотности, бесструктурности и “миражности” постинформационный водоворот (которого просто не существовало в предшествующие исторические эпохи) человеческий мозг зачастую не в состоянии не только полноценно аналитически структурировать и переварить, но даже хотя бы приблизительно охватить “по контурам”. В итоге в массовом сознании формируется образ настоящего как “вечно переходного периода”, притом переходного в неизвестном направлении.

З. Бауман [2] в этой связи говорит о феномене “текучей современности” (liquid reality)⁷. Таким образом, ситуация “аномии” из временной и переходной превращается в константную, квазинормальную. Неизбежной реакцией социума на патологию (аномию), ставшую “нормой”, оказывается общественный дистресс, обусловленный “мерцанием” и каждодневным изменением общественных “правил игры” на фоне ухода от обсуждения и конструктивного разрешения глобальных (и продолжающих нарастать, подобно снежному кому) проблем. Ситуация отмеченного общественного дистресса ведет к тому, что целостно-коммуникативный интегративный процесс вытесняется “хаосом” индивидуально-фрагментарных моде-

⁵ “Вся западная вера и совесть целиком ввязались в это пари репрезентации: пусть знак отсылает к глубине смысла, пусть знак заменит смысл, и пусть что-то обеспечит эту подмену — Бог, разумеется. Но если Бог сам может быть симулирован, то есть может быть сведен к знакам, образующим веру? Тогда вся система становится невесомой, она сама отныне есть не что иное, как гигантский симулякр ... Таковы предположительно последовательные фазы эволюции образа:

- он есть отражение базовой реальности
- он маскирует и искажает базовую реальность
- он маскирует отсутствие базовой реальности
- он не имеет отношения к какой-либо реальности, чем бы она ни являлась: он является своим собственным чистым симулякром”. [5, стр. 23 – 24].

⁶ “В большинстве своем СМИ — проекты коммерческие, следовательно, они стараются максимизировать свою прибыль (в том числе от размещения рекламы). .. С другой стороны, манипулятором может выступать власть, при этом через СМИ органы власти стараются “навязать” обществу, массам определенные смыслы, побудить к действию, повысить свою авторитетность или, напротив, снизить политический вес своих оппонентов”; “Прежде всего, необходимо рассмотреть целенаправленное преобразование коммуникативно-содержательной стороны информации — оно связано с созданием лжесобытий, искажением, утаиванием информации, манипулированием со временем и местом ее подачи”; “.. в условиях информационного общества человек подвержен одновременному влиянию печатных и электронных СМИ, радио и телевидения — своего рода манипулированию”. [6].

⁷ “Таковы основания для того, чтобы считать “текучесть” или “жидкое состояние” подходящими метафорами, когда мы хотим постичь характер настоящего, во многих отношениях нового, этапа в истории современности”; “В наши дни паттерны и конфигурации больше не заданы и тем более не самоочевидны; их слишком много, они сталкиваются друг с другом, и их предписания противоречат друг другу, так что все они в значительной мере лишены своей принуждающей, ограничивающей силы. .. Вместо того чтобы служить предпосылкой стиля поведения и задавать рамки для определения жизненного курса, они следуют ему (следуют из него), формируются и изменяются под воздействием его изгибов и поворотов. .. В результате мы имеем индивидуализированную, приватизированную версию современности, обремененную переплетением паттернов и ответственности за неудачи, ложащейся, прежде всего, на плечи отдельного человека” [5, стр. 8, 14).

лей приспособления индивидуумов к калейдоскопически меняющимся реалиям.

В свою очередь, затрудненность процесса рационального усвоения устоявшихся идейно-поведенческих норм и паттернов дает стимул развитию в обществе иррациональных — мифологических механизмов восприятия действительности и осмысления индивидуумом своего места в ней. О тяготении современного общества к мифологизации реальности писал Roland Barthes [22]. Он подчеркнул, что основная функция мифов, на которых в значительной мере базируется общественное сознание — “удалять реальность”⁸, подменяя недостижимую ясность понимания происходящего вокруг (тяга к которой имманентно присуща любому социуму) — мифологической псевдоясностью: “Функция мифа — удалять реальность, вещи в нем буквально обескровливаются, постоянно истекая бесследно улегучивающейся реальностью, он ощущается как ее отсутствие”; “В дополнение к фрейдовскому принципу удовольствия, действующему в психике человека, можно говорить о принципе ясности, действующем в мифологичном обществе. В том и заключается вся двойственность мифа, что его ясность эйфорична”⁹.

Таким образом, формально декларирующее приверженность принципам рационализма и прагматизма, современное общество, по сути, “скатывается” в ментальный иррационализм.

Следует отметить, что психология рассматривает несколько типов мышления.

Наиболее распространенным и адекватным эпохе, наступившей с приходом Нового времени (XVI – XVII вв.), является так называемое дискурсивное мышление. Его основы сформулированы еще в “Логике” Аристотеля, заложившего принципы валидного формально-логического рассуждения.

Однако есть и другие типы мышления, которые, существуя в рамках психической нормы, в то же время оказываются несостоятельными с точки зрения аристотелевой логики. По своей структуре и содержа-

⁸ “Как показывает семиология, задачей мифа является преобразовывать историческую интенцию в природу, переходящее — в вечное. ... Наше общество именно потому является привилегированной областью мифических значений, что миф по самой своей форме оптимально приспособлен к характерному для этой идеологии созданию перевернутых образов: на всех уровнях человеческой коммуникации миф осуществляет превращение “антифизиса” [антиприроды, т.е. культуры, цивилизации, — *авт.*] в “псевдофизис” [псевдоприроду, — *авт.*]. ... Мир поступает в область языка как диалектическое соотношение действий и поступков людей — на выходе же из мифа он предстает как гармоническая картина сущностей. С ловкостью фокусника миф вывернул его наизнанку, вытряхнул прочь всю историю и вместо нее поместил природу, он отнял у вещей их человеческий смысл и заставил их обозначать отсутствие такового”. [1, стр. 269 – 270].

⁹ [1, стр. 270].

нию эти типы мышления качественно отличаются от дискурсивного.

Прежде всего, следует назвать тип мышления, который изначально был характерен для всех архаических обществ. Разные авторы определяют мышление данного типа по-разному: пралогическое или первобытное [13], архаически-примитивное [27], магическое [18], мифотворческое мышление [26]. Помимо этого, существуют и другие типы иррационального мышления, не выходящего за рамки психиатрической нормы: мышление бессознательного [19], а также отчасти аутистическое мышление [4], шизоформное мышление [24] и т.д.

Все перечисленные варианты “внеаристотелева” мышления объединяет единый признак: отсутствие дискурсивности, то есть рассуждающей логики в аристотелевском ее понимании. Мышление данных типов — не рассуждающее, не рефлекслирующее, не контролирующее себя и, в силу этого, некритичное как к процессу, так и к продукту своей деятельности. В широком смысле мышление данных типов можно охарактеризовать как “мифологическое”, поскольку с базовыми характеристиками данного типа мышления мы сталкиваемся в любом мифологическом материале.

Мышление описанного рода неоднократно квалифицировалось в литературе как своего рода второсортное, низшее, эволюционно предшествующее “высокоорганизованному” рациональному, либо возникающее в случае распада последнего как временно усиливающийся “аномийный” феномен. До сих пор в литературе используются восходящие к Леви-Брюлю и другим авторам начала XX в. определения, которые подчеркивают архаичность (несовременность) мифологического мышления: “дологическое” (“пралогическое”), “первобытное”, “мышление дикарей” и т.д.

Однако, хотя эволюция человеческого мышления и была связана с движением от “дологических” форм — к операционально развитым “логическим”, полного вытеснения не рассуждающего мышления — дискурсивным, логическим не произошло и, по упомянутым выше причинам, вряд ли когда-нибудь произойдет. Социальные мифы как были, так, скорее всего, и останутся лежащими в фундаменте общественной психологии архетипическими образованиями, о которых писал К. Г. Юнг [21], подчеркивавший, что “человек далёкого прошлого живёт в нас сегодня в такой степени, как нам это и не снилось...” и что “нет такого безумия, жертвой которого не становились бы люди под властью архетипа” [21, стр. 77]. И тот факт, что в условиях социальных катастроф общественный запрос на мифы резко возрастает¹⁰, отнюдь не отменяет того

¹⁰ “Способность мифа упростить реальность и свести существующие в ней противоречия к формуле борьбы Добра и Зла самым драматическим образом проявляется во время

факта, что в той или иной форме мифологичность мировосприятия присуща любому социуму перманентно.

Более того, как уже было отмечено выше, начиная со второй половины XX века наблюдается неуклонный рост стремления общества, неспособного совладать с тем объемом информационных вызовов и проблем, с которым люди вынуждены сталкиваться ежесекундно, к мифологизации своего сознания. В этой связи современный мир оказывается до известной степени обречен “жить мифами”, как и любой архаичный социум, с той лишь разницей, что люди древности, будучи погруженными в информационное пространство мифа, не заявляли о своей приверженности принципам рационализма и прагматизма. Современная же цивилизация декларирует принципиальную установку на развитые формы рационального дискурсивного мышления. Более того, можно сказать, что существует некий культ логики, исключительно и безосновательно противопоставляемой “эмоциям”. На практике же, несмотря на этот культ, в обществе жива неистребимая потребность в мифотворчестве, которая до известной степени даже усиливается. Появляется и исчезает лишь мифологический реквизит. Меняются мифологические одежды, в которые облачаются “неизменные” структуры и сюжеты, уходящие своими корнями в далёкое прошлое человечества, к его “юнговским” архетипам.

В силу отмеченной выше противоречивости между стремлением социума, с одной стороны, оставаться в рамках дискурсивного, логически обоснованного мышления, а с другой — компенсировать недостаток целостности мироощущения усилением мифологичности своего сознания, происходит массовое нарастание тревожных настроений и переживаний. В свою очередь, этот тревожный вектор направляет процесс непрерывной мутации социальных мифов в сторону иррационального алармизма, агрессивности и тяготения к доминированию воинствующе антинаучных, мракобесных доктрин в многочисленных общественных дискурсах, а также к упрощённым силовым решениям сложных социальных и международных проблем. В этих условиях стремительно разрастаются политические мифы, создающие благоприят-

общественных катастроф, слома устойчивого жизнеустройства — революций и войн. В такие времена мифы сливаются с суровой реальностью, начинают действовать простые формулы и решения, предписанные мифом. Устраняя из реальности зоны хаоса, показывая человеку его место в борьбе, миф освобождает людей от страха перед реальностью, помогает пережить психологические травмы и потрясения. В такие времена люди нуждаются в мифе, тянутся к нему и оказываются беззащитны против манипуляции. Так, поверив в созданный манипуляторами образ героя-избавителя, человек отождествляет реальность с мифом, утрачивает способность к критическому восприятию. Поведение такого человека, захваченного мифом, становится более *программируемым* и *предсказуемым*” [8, стр. 145].

ные условия для манипулирования общественным сознанием¹¹ и наблюдаемой во всем мире “ползучей” дегуманизации политических идеологий и практик.

В целом, в современном мире происходит постепенное отдаление социума от идеалов рационализма и правозащиты (призванной утвердить свободу индивидуума как разумного и ответственного существа), традиционно связываемых с общей идеей прогресса. Идеалы правового и рационально аргументированного прогресса все более очевидно вытесняются доктринёрским консерватизмом, архаичными суевериями, по сути дела перерастающими в “массовую паранойю”, основанную, прежде всего, на страхе перед свободой, которая все чаще интерпретируется как тревожная “неизвестность” и “нестабильность”.

Психиатрам хорошо известен так называемый индуцированный психоз, который, как правило, касается двух лиц, хотя иногда им оказываются подвержены большее число лиц — *folie à trois*, *à quatre*, *à cinq* и т.д. Известен случай, касавшийся целой семьи (*folie à douze*), когда в психотическую орбиту оказались вовлечены сразу 12 человек. Что же касается “массового психоза”, то в наиболее полной форме он был описан еще в работе В. М. Бехтерева [3] “Внушение и его роль в общественной жизни”. При этом Бехтерев отмечал, что, хотя в возникновении “психопатических эпидемий” “отражаются, прежде всего, господствующие воззрения народных масс данной эпохи, данного слоя общества или данной местности”, решающую роль играют не стереотипы общественного сознания как таковые, но целенаправленное внешнее и внутреннее внушение: “.. не может подлежать никакому сомнению, что ближайшим толчком для развития

¹¹ “Политический миф деформирует и “упорядочивает” хаос политической реальности. Он ее *интерпретирует*. В этом и таится возможность манипуляции сознанием с помощью мифов. Что бы ни случилось в мире, миф имеет в своей структуре полочку, на которую можно поместить произошедшее событие так, чтобы оно не топорщилось и не тяготило своей необъяснимостью. Иногда миф есть способ заместить в сознании невыносимый достоверный образ страшной действительности условным образом, с которым можно “ужиться”. Часто под воздействием такого мифа подпадают и профессионалы, что ведет к печальным последствиям”; “В технологии манипуляции сознанием эффективность мифа во многом определяется тем, что он экономит усилия. Свойством мифа является его креативная способность — он задает человеку матрицу, которую тот сам, творчески, наполняет конкретным содержанием. Есть сравнительно небольшое число выработанных многовековой практикой схем мифа (“универсальных конструкций”), довольно хорошо изученных в XX веке. Выбрав подходящую схему, ее можно наполнить конкретным содержанием, в зависимости от задачи манипулятора, и подтолкнуть людей к тому, чтобы они воспринимали проблему в заданной схеме — а они сами “дорисуют” мифологическую картину, дополняя заданную манипулятором схему красочными деталями” [8, стр. 145 – 146].

этих эпидемий являются: **внушение, взаимовнушение и самовнушение**. Господствующие воззрения являются здесь благоприятной почвой". Именно внушение "действует решительно везде, где дело идет об объединении группы лиц одними и теми же чувствами и мыслями и представляет собою не что иное, как произвольное прививание известных настроений, идей или действий" [3]. За истекшие сто лет, особенно в постинформационную эпоху, как уже отмечалось выше, данная социально-психопатологическая тенденция не только не исчезла, но приобрела константный характер, превратившись в своего рода "патологический вариант нормы".

В то же время Устав ВОЗ [17] гласит: "Здоровье является состоянием полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов". В этом контексте психическое здоровье рассматривается как неотъемлемая часть и важнейший компонент здоровья в целом, представляя собой состояние благополучия, при котором человек может реализовать свой собственный потенциал, справляться с обычными жизненными стрессами, продуктивно и плодотворно работать, а также вносить вклад в жизнь своего общества. "Патологический вариант нормы", таким образом, не может рассматриваться как паллиатив здоровья и общего благополучия, и, в силу этого, нарастание в современном обществе стрессогенных информационных трендов представляет потенциальную угрозу не только для психического здоровья индивидуумов, но и, что очевидно, для безопасности социума в целом.

Воздействующие на социум стрессогенные социально-информационные факторы не только не дают возможности сформировать комфортную для людей социально-психологическую среду, но прямо провоцируют у отдельных индивидуумов развитие тяжелых и хронических тревожных и депрессивных психических расстройств.

Депрессии и тревожно-депрессивные расстройства, как признано в настоящее время, наиболее часто выявляются в общесоматической сети. По данным многоцентрового исследования, проведенного в 12 странах, около 10 % обращений к врачам общей практики связано с депрессиями [28]. При этом только в 10 – 30 % случаев депрессивные расстройства распознаются врачами общей практики. Исследования, проведенные в России, в целом соответствуют этим данным [11, 12, 16].

Дело в том, что хронически невротизированный, пораженный тревожными переживаниями социум может быть легко превращен в объект манипуляций со стороны сил, обладающих доступом к формированию глобальных информационных потоков.

Данное положение вещей чревато угрозой узурпации контроля над социумом и международной жизнью в целом узкой группой акторов, способных, в

силу своей недостаточной компетентности либо деструктивной мотивации, резко нарушить баланс — социальный, политический, военный, экономический, экологический и т.д. — и подтолкнуть человечество к принятию решений, угрожающих его жизни и благополучию.

Особенности социально-психопатологической ситуации: сравнительно-исторический аспект

Психопатологические тенденции, которые характеризуют состояние современного российского общества, обладают рядом специфических черт, дополнительно усиливающих вышеописанный негативный эффект. Дело в том, что, помимо общих для всего современного социума факторов, на российское общество также воздействуют информационно-патогенные стрессоры, периодически порождаемые собственно российской реальностью. В частности, речь идет о факторе деструктивного воздействия на общество в целом со стороны представителей социально-политических "верхов".

В этой связи вопрос о "психопатической эпидемии" (если пользоваться определением этого феномена, введенным в литературу В. М. Бехтеревым), поразившей современный российский социум, возможно компаративистски сопоставить с событиями столетней давности, связанными с преддверием крушения и собственно крахом императорской России в 1917 году. Напомним, что накануне Февральской революции русское общество (причем, в первую очередь, высшие, самые образованные его слои) впало в "коллективную паранойю" шпиономании и прочих "смежных" мифологических построений (в первую очередь, связанных с фигурой царского фаворита Г. Е. Распутина), когда агенты врага мерещились общественной даже в императорских покоях [10].

Сегодня в центре "паранойальной системы" социума — во многом схожие феномены: поиски "внешних и внутренних врагов", "пятой колонны", страх военного поражения и утраты независимости, экономического обвала, подрыва "религиозных основ" и т.д. При этом, как и столетие назад, катализаторами этого процесса порой оказываются представители политической элиты.

Так, в ходе рассмотрения резонансного уголовного дела с политическим оттенком органы следствия представляют обвинительные заключения, а суды выносят приговоры, обращаясь не только к нормам права, но и к внеправовым, традиционалистским источникам (например, к решениям церковных соборов) [9, 14]. В свою очередь, народные избранники "обредают" мироточащие бюсты покойных государей, призывают давить танками и тракторами сексуально иначе и принимают сомнительные, с правовой точки зрения, законы, по которым, в частности, людей можно уголовно судить за "отрицание бога".

С явного или плохо скрываемого одобрения со стороны высших чиновников, руководствующихся представлениями о приоритете церкви в духовной сфере, иницируются акты целенаправленного ущемления интересов светской культуры. В частности, “обескровливаются” (в связи с передачей церкви ценных экспонатов) музеи, закрываются функционирующие ранее в стенах культового здания концертные залы, в ведение церкви передаются объекты культурного наследия. Отдельные активисты (зачастую — люди с уголовным прошлым) выступают с инициативой создания “христианского государства”.

На этом фоне появляются выступающие от имени церкви и православной религии политики, в частности, думские депутаты, которые сознательно черпают архаические идеологические концепты, противоречащие принципам правового государства и гуманизма, и затем превращают их в акт политического воздействия на общество в целом. Активное использование этих идей позволяет данным политикам, подчас явно малообразованным и даже интеллектуально “серым”, закрепиться в качестве представителей “элиты”, сделаться заметными и приобрести (в результате раскрученной ими, с использованием государственного ресурса, кампании) немалые политические и материальные дивиденды.

Одним словом, на первый взгляд, между сегодняшним днем — и эпохой столетней давности (когда российское общество, включая представителей его социально-политических “верхов”, буквально помещалось на иррациональных сюжетах — распутинском “шпионаже” и “хлыстовстве”, засилье “темных сил” и т.п.) стилистически и содержательно много общего. А именно, — гротескная демонизация образа врага, массовая истерическая самонакрутка на основе выдуманных либо непроверенных фактов, концентрация общественного внимания на тех или иных сексуально окрашенных сюжетах, вера в социальное чудо как способ преодоления всех накопившихся проблем — всё это было тогда и есть сейчас. И, тем не менее, между предфевральской эпохой и современным отрезком отечественной истории имеются и существенные различия.

Накануне февраля 1917 года “помутнение” власти (игнорировавшей процессы, которые стремительно развивались в социуме, и всё более плотно замыкавшейся в узкогрупповом мистицизме), с одной стороны, и большей части общественности, с другой, было по своему содержанию полярным. То есть входило между собой не в резонанс, а в конфликт. Условно говоря, царская семья и узкий придворный круг безоговорочно верили в то, что “старец Григорий” — святой и спаситель династии, а львиная доля образованного класса так же иррационально была убеждена в том, что он — “черт” (“изувер”, “хлыст”, “половой психопат”, “немецкий шпион”, “глава темных сил” и т.д.). В результате в России оппозиционный “массовый пси-

хоз” захватил наиболее образованную часть общества (т.н. элиты), начиная с разночинной интеллигенции и кончая великими князьями. Ситуация “коллективного помешательства” интеллектуальной элиты общества, его “мозга”, свидетельствовала о близком коллапсе системы в целом и одновременно способствовала ему.

Так, великий князь Николай Михайлович (родной дядя Николая II) был тайным вдохновителем убийства Григория Распутина, а кузен государя великий князь Кирилл Владимирович (потомки которого до сих пор претендуют на российский трон) явился вскоре после свержения Николая II с красным бантом к Таврическому дворцу, где обосновалась новая революционная власть. Почти вся Государственная Дума, включая консервативно-монархические фракции, стала на сторону произошедшей в Петрограде солдатско-рабочей революции. Практически все командующие фронтами отказали императору в поддержке и призвали его отречься от престола. И всё это явилось следствием накопившегося к тому времени практически всеобщего убеждения не только в том, что действующий император слаб и недееспособен, но и в том, что им тайно руководят вышеупомянутые “темные силы”, от которых необходимо было избавиться любой ценой во имя спасения Родины. “Хоть рубашку снимите, но Россию спасите”, — истерически кричал председатель Госдумы Михаил Родзянко [цит. по 20, стр. 480], выступая вскоре после свержения царя перед революционной солдатской толпой, потребовавшей — в обмен на свое дальнейшее участие в войне — от председателя Госдумы согласия на будущую конфискацию его имений в пользу народа. Родзянко явно не сознавал в тот момент, что, приняв участие в свержении императора, встав на сторону революции и декларативно приняв ультиматум, выдвинутый ему теми, кого он в частных беседах называл “мерзавцами”, он по сути выкликнул из преисподней грядущего большевистского джинна. Буквально через полгода Владимир Ленин и его команда исполнили пожелание крупнейшего екатеринославского помещика в точности: и рубашку со всего имущего класса сняли, и российскую державу в итоге сохранили. И даже со временем приумножили.

Сейчас же ситуация в России в социально-политическом и социально-психологическом отношении иная. Насколько можно заметить, сегодня “наверху” царит не столько самоубийственный мистицизм, сколько холодный авторитарный прагматизм. При этом процесс искусственной возгонки “низового” мракобесия (в том числе с использованием представителей властной элиты, о которых упоминалось выше), направленный на консервацию властных структур в их наличной форме, носит в целом управляемый и контролируемый характер.

В современной России “обезумела”, в основном, лишь “рядовая общественность”, или “интеллекту-

альные низы”. При этом иррациональная волна, идущая “снизу” и управляемая и контролируемая “сверху”, не только не угрожает существующей власти, но фактически легитимизирует все ее наиболее консервативные и антилиберальные авторитарные начинания. Впадение в мракобесие не высокоинтеллектуальных, а, прежде всего, средних в умственно-образовательном отношении слоев социума (его, условно говоря, периферической нервной системы), не грозит социальному организму гибели. Это состояние может вызвать у него лишь апатию, “головную боль”, “неврастению кишок” и тому подобные несмертельные недомогания. Такая ситуация напоминает превосходно описанную еще М. Е. Салтыковым-Щедриным [15] политику “управляемой глупости”, в условиях России, как наглядно демонстрирует ее долгая история, вполне эффективную и долгосрочную.

Большая же часть интеллектуалов в современной России не вовлечена в обскурантистский карнавал и сопутствующие ему законодательные “чудеса” и сохраняет к происходящему критическое отношение. Таким образом, налицо — контрастная разница между ментальными процессами, происходящими среди интеллектуального меньшинства, с одной стороны, и среднестатистического большинства — с другой.

Так, “вера” интеллектуалов в некоторых радикальных политических деятелей как в своего рода “чудотворцев”, бывшая весьма распространенной на протяжении ряда лет, насколько можно заметить, уже прошла свой пик и сегодня захватывает по большей части лишь молодежь, впервые окунувшуюся в поток политической информации. Как можно судить по различным дискуссиям в интернете (а также по числу и составу проводимых политических акций), среди политизированной части представителей “интеллектуального класса” увеличивается процент критикующих в том числе оппозицию и сомневающихся в том, что вчера казалось бесспорным. Таким образом, данная высокоинтеллектуальная социальная группа демонстрирует способности к анализу и критическому восприятию реальности, включая самих себя и своих идейных лидеров.

В противоположность этому, образ президента страны в глазах поддерживающего его “мейнстримного” большинства за прошедшее время остается в целом стабильным. Он не только серьезно не потускнел, но, скорее, даже упрочился, при том что уровень материального благосостояния общества, за которое ответственность несет действующая власть, за это время заметно снизился.

Такой расклад “психических состояний и потенциалов” важен, прежде всего, с точки зрения стратегических перспектив общества. Психическое здоровье интеллектуальной элиты — это абсолютное благо для будущего развития страны, поскольку именно оно, в конечном свете, предохраняет общество от саморазрушения.

В связи с этим необходимо отметить, как минимум, два важных обстоятельства, которые отличают социально-психологическую ситуацию, существующую в современной России, от той, что имела место накануне 1917 года.

Во-первых, власть в современной России глубоко психически нормальна (с “холодной головой”) и в силу этого способна (по крайней мере, пока) заблаговременно профилактировать любую опасную для себя революционную угрозу (включая самые безумные ее версии). Правда, одним из средств профилактики организованной протестной социальной активности является, как уже было отмечено выше, “контролируемая невротизация” общества через внедрение в его жизнь иррациональных, контркультурных и социально агрессивных дискурсов, атомизирующих социум и делающих его фактически неспособным к независимому от власти политическому сплочению.

Во-вторых, интеллектуальный класс в целом также продолжает сохранять ясность ума. Данное обстоятельство представляется особо важным, поскольку в ситуации возможного политического обвала, который для авторитарной системы рано или поздно становится актуален, сохранивший способность к рациональной рефлексии интеллектуальный класс будет иметь шанс предложить обществу — в условиях резко изменившихся и “сбивающих с толку” большинство населения “аномийных” и “текучих” реалий — социально конструктивный сценарий дальнейшего развития.

В то же время ситуация “управляемой массовой паранойи”, которая до известной степени стала в современной России константной, чревата также, как минимум, двумя опасными социально-психическими патологиями, имеющими чисто медицинский, психиатрический аспект. Речь идет, во-первых, об уже упоминавшемся выше общем росте тревоги как причине, способствующей распространению тревожных и депрессивных расстройств, а во-вторых, об усилении религиозно-обскурантистских тенденций в общественном сознании как факторе, препятствующем эффективному лечению психически больных, о чем подробнее будет сказано далее.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Барт Р.* Мифологии; пер с фр. Зенкин С./Р. Барт — М.: Изд-во им. Сабашниковых, 2000. — 320 с.
2. *Бауман З.* Текущая современность / З. Бауман — СПб.: Питер, 2008. — 240 с
3. *Бехтерев В. М.* Внушение и его роль в общественной жизни / В. М. Бехтерев // Русский информационно-познавательный сайт “Русколан”. Серия “Психология-классика”. — СПб: Питер, 2001. [Электронный ресурс] URL: <http://ruskolan.com/tolpa/behterev.htm> (дата обращения: 14.08.2018).
4. *Блейлер Е.* Аутистическое мышление; пер. с нем. / Е. Блейлер — Одесса, 1927. — 81 с.

5. Бодрийяр Ж. Симулякры и симуляции; пер. О. А. Печенкиной / Ж. Бодрийяр — Тула: ООО “Тульский полиграфист”, 2013. — 208 с.
6. Гаврилов А. А. Средства воздействия СМИ на общественное сознание в условиях информационного общества / А. А. Гаврилов // Молодой ученый. — 2012. — № 8. — С. 152 – 155. [Электронный ресурс] URL <https://moluch.ru/archive/43/5220/> (дата обращения: 19.07.2018.)
7. Дюркгейм Э. О разделении общественного труда. Метод социологии; пер. с фр. А. Б. Гофман / Э. Дюркгейм — М.: Наука, 1991. — 575 с.
8. Кара-Мурза С. Г. Манипуляция сознанием / С. Г. Кара-Мурза. — Новосибирск: Историческое наследие Сибири, 2007. — 176 с.
9. Костюченко Елена. Дело Pussy Riot: ознакомление с материалами завершено, арест подтвержден. Иллюзий не осталось / Елена Костюченко. — Новая газета. — 11.07.2012. — URL: <https://www.novayagazeta.ru/articles/2012/07/11/50535-v-obvini-telnom-zaklyuchenii-uchteny-dovody-laodikiyskogo-sobora-360-god-n-e>
10. Коцюбинский А. Распутин. Жизнь. Смерть. Тайна. / А. Коцюбинский, Д. Коцюбинский — СПб: Азбука, 2014. — 480 с.
11. Кочорова Л. В. Проблемы раннего выявления психических расстройств у пациентов общепрактикующих врачей / Л. В. Кочорова, Н. Г. Незнанов // Ученые записки СПбГМУ им. И. П. Павлова. — 2000. — Вып. 7 (3). — С. 169 – 171.
12. Краснов В. Н. Совершенствование методов ранней диагностики психических расстройств (на основе взаимодействия со специалистами первичного звена здравоохранения); под ред. В. Н. Краснова / В. Н. Краснов, Т. В. Довженко, А. Е. Бобров [и др.]. — М.: Медпрактика, 2008. — 135 с.
13. Леви-Брюль Л. Первобытное мышление; пер. с фр. / Л. Леви-Брюль — М.: Атенст, 1930 — 340 с.
14. Приговор Pussy Riot. Сноб. — 22.08.2012. [Электронный ресурс]. URL: <https://snob.ru/selected/entry/51999> (дата обращения: 14.08.2018).
15. Салтыков-Щедрин М. Е. История одного города / С. Е. Салтыков-Щедрин — СПб: АСТ, 2016. — 320 с.
16. Смулевич А. Б. Депрессии у соматических больных / А. Б. Смулевич, В. Н. Козырев, А. Л. Сыркин. — М.: Медицина, 1998. — 108 с.
17. Устав всемирной организации здравоохранения. — Информационный бюллетень ВОЗ. — № 220. — 2010. — Сентябрь.
18. Фрэйзер Дж. Дж. Золотая ветвь: Исследование магии и религии; пер. с англ. / Дж. Дж. Фрэйзер — М.: Политиздат, 1980. — 831 с.
19. Фрейд З. (Freud S.) Введение в психоанализ; пер. с нем. / З. Фрейд // Лекции. — М.: Наука, 1991. — 546 с.
20. Шульгин В. В. Дни / Шульгин В. В. // Годы. Дни. 1920. — М.: Новости, 1990. — 832 с.
21. Юнг К. Г. Понятие коллективного бессознательного / К. Г. Юнг // Аналитическая психология: Прошлое и настоящее. — М.: Мартис, 1995. — 320 с.
22. Barthes Roland. Mythologies / Roland Barthes. — Paris: ?ditions du Seuil (Abbeville, impr. de Paillart) In-16 (19 cm), 1957. — 271 p.
23. Baudrillard Jean. Simulacres et simulation. / Jean Baudrillard — Paris: Éditions Galilée, 1981. — 240 p.
24. Domarus E. V. The specific laws of logic in schizophrenia // Language and Thought in Schizophrenia; Ed. J. S. Kasanin. / E. V. Domarus — N.Y.: W. W. Norton & Co, 1964. — P. 104 – 114
25. Durkheim Emile. De la division du travail social: étude sur l’organisation des sociétés supérieures / Emile Durkheim. — Paris: Alcan, 1893. — 504 p.
26. Frankfort H. Before Philosophy: The Intellectual Adventure of Ancient Man. / H. Frankfort, H. A. Frankfort, J. A. Wilson [et al.] — Baltimore: Penguin, 1949 — 296 p.
27. Jahrreiss W. Archaisch-primitives Denken / W. Jahrreiss // Handbuch der Geisteskrankheiten; Hrsg. von O. Bumke — Erster Band, Allgemeiner Teil 1 — Berlin: Verlag von J. Springer, 1928. — S. 547 — 549.
28. Ustun B. Mental Illness in General Health Care. International Study / B. Ustun, N. Sartorius. — Chichester: J. Wiley and Sons, 1995. — 35 p.

Особенности социального функционирования больных с тревожно-фобическими расстройствами, госпитализированных в психиатрический стационар

Д. А. Чугунов¹, А. А. Шмилович²

Проведена оценка социального функционирования больных с тревожно-фобическими расстройствами (ТФР), госпитализированных в психиатрический стационар. Особое внимание уделено больным, прошедшим лечение в общепсихиатрических отделениях. Исследованы социальные факторы риска госпитализации, дана оценка уровня социального функционирования больных, изучены особенности прогноза, учтена роль социальных мотивирующих факторов госпитализации. Обозначены возможные пути улучшения социального функционирования больных с ТФР.

Ключевые слова: тревожно-фобические расстройства; социальное функционирование; психиатрический стационар; социальные факторы риска.

Введение

ТФР в настоящее время активно изучаются как отечественными, так и зарубежными исследователями. Во многих работах, помимо клинико-диагностических и терапевтических аспектов, существенное внимание уделяется проблемам социального функционирования и качества жизни. Так как социальные факторы в значительной степени определяют манифестацию, дальнейшее течение и прогноз ТФР, их изучение представляется актуальным.

Низкий уровень социального функционирования и необходимость дифференцированного подхода к реабилитации в зависимости от течения болезни отмечается авторами при изучении ТФР в структуре расстройств шизофренического спектра [1], невротической патологии [2, 3] и аффективных расстройств [4].

Выделяются различные факторы, обуславливающие низкий уровень социального функционирования больных с ТФР. К их числу относят: 1) выраженный уровень фобий и тревоги [4]; 2) высокий уровень коморбидности, преимущественно с аффективной патологией [5, 6, 8, 9]; 3) наличие у пациента множественной симптоматики (двух и более ТФР, особенно ухудшается социальное функционирование при наличии ГТР) [9, 10, 12] 4) недостаточность социальной поддержки со стороны государства и трудности внутрисемейных отношений [3, 11].

Вместе с тем, ряд вопросов относительно социального функционирования больных с ТФР требуют дальнейшего уточнения. Влияние социальных факторов риска на психическое здоровье, изучение социальных мотивов госпитализации пациентов в стационар

позволит лучше понять причины стационарирования, найти подходы к профилактическим и реабилитационным мероприятиям, точнее оценивать степень прогностической благоприятности.

Материалы и методы исследования

Работа проводилась на базе кафедры психиатрии и медицинской психологии ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова — ПКБ № 1 им. Н. А. Алексеева. В исследование было включено 132 пациента. Основная группа была представлена 72 пациентами, госпитализированными в психиатрические отделения общего типа. В контрольную группу вошли 60 пациентов, находившихся на лечении в отделениях пограничных состояний, у которых в анамнезе отсутствовали госпитализации в отделения общего типа. Основным критерием включения в исследование было наличие ТФР, занимавших ведущее или существенное место в психическом статусе при поступлении и соответствовавших диагностическим критериям следующих рубрик МКБ-10: 1) F 40.0 “Агорафобия”, подрубрик: а) F 40.00 “Агорафобия без панического расстройства”; б) F 40.01 “Агорафобия с паническим расстройством”; 2) F 40.1 “Социальные фобии”; 3) F 40.8 “Другие фобические тревожные расстройства”; 4) F 45.2 “Ипохондрическое расстройство (нозофобии)”. Возраст пациентов на момент первичного обследования был в диапазоне от 18 до 60 лет.

Критериями исключения были: 1) наличие тяжелой соматической патологии; 2) наличие алкоголизма, наркомании и (или) токсикомании; 3) наличие выраженных психоорганических расстройств; 4) возраст пациента моложе 18 или старше 60 лет.

В исследовании использовались клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, психометрический и статистический методы. Все больные, включенные в исследование, были обследованы стационарно и наблюдались в течение всего срока госпитализации.

¹ Ассистент кафедры психиатрии и медицинской психологии РНИМУ им. Н. И. Пирогова.

² Доктор мед. наук, зав. каф. психиатрии и медицинской психологии РНИМУ им. Н. И. Пирогова.

Катамнестически было обследовано 76 больных (57,5 %); 42 из 72 больных в основной группе (58,3 %), и 34 из 60 больных в контрольной (56,6 %). Срок катамнестического наблюдения составлял от 1 до 4 лет. Катамнестическое обследование проводилось при повторных поступлениях пациентов в стационар или амбулаторно.

Из психометрических методик применялись шкала фобий в модификации Маркса-Шихана, шкала для оценки панических атак и приступов тревоги Шихана, шкала Либовица для оценки симптомов социальной фобии, тест-опросник для определения личностно-характерологических акцентуаций Леонгарда в модификации Шмишека, шкала глобального функционирования (GAF — global assessment of functioning scale) [7].

Статистическая обработка данных проводилась с помощью сравнения средних и относительных величин с использованием χ^2 -критерия и точного критерия Фишера с помощью пакета статистических программ SPSS 13.0 и WinPepi 11.44. Различия между выборками считались статистически значимыми при уровне $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

В исследованную выборку вошли 56 мужчин (42,4 %) и 76 женщин (57,6 %). В основной группе мужчин было 31 (43 %), женщин 41 (57 %). В контрольной группе мужчин было 25 (41,6 %), женщин 35 (58,4 %). Средний возраст пациентов составил $37,7 \pm 12,1$ год в основной группе и $35,6 \pm 11,2$ года в группе контроля. Средняя продолжительность ТФР составила $8,8 \pm 8,5$ лет в основной группе и $9,4 \pm 9,0$ лет в контрольной группе. По основным параметрам, таким как возраст, пол, длительность ТФР, образовательный уровень, социальный и семейный статус, значимых различий между основной и контрольной

группами выявлено не было. Данные о семейном и социальном статусе приведены в таблицах 1 и 2.

В целом, социальный и семейный статус больных из группы контроля был более благоприятный. Пациенты отделений пограничных состояний чаще работали и учились, имели более благоприятный семейный статус, чем пациенты общепсихиатрических отделений. Количество инвалидов в контрольной группе также было ожидаемо меньше, чем в основной (13,3 % и 29,1 % соответственно)

Данные о том, как были распределены больные согласно диагностическим критериям МКБ-10, отражены в таблице 3.

В основной и контрольной группах не было выявлено значимых различий при распределении больных по диагностическим категориям МКБ-10. Больные включались в категорию множественных фобий, когда клиническая картина отвечала диагностическим критериям 3-х или более вышеперечисленных категорий, с невозможностью выделить ведущую из них.

Были исследованы социальные факторы риска, способствовавшие госпитализации больных с ТФР в психиатрический стационар. В качестве основного фактора выделяется уровень инвалидизации больных (таблица 4).

Больных, имеющих инвалидность по психическому заболеванию, в основной группе оказалось больше, но разница между группой контроля оказалась статистически незначимой. Вместе с тем, пациентов, не являвшихся инвалидами по психическому заболеванию, в контрольной группе было значимо больше, чем в основной. Можно сделать вывод о том, что отсутствие инвалидности служило фактором, определяющим госпитализацию в отделение пограничных состояний, а не в обще-психиатрическое отделение.

Особого внимания заслуживает группа больных, обозначенная нами как фактически инвалидизированные. В основной группе данные пациенты встречались значимо чаще, чем в группе контроля. Особен-

Таблица 1. Семейный статус пациентов.

Семейный статус	Основная группа абс. (%)	Контрольная группа абс. (%)	Вся выборка абс. (%)
Состоящие в браке	20 (27,8 %)	27 (45,0 %)	47 (35,6 %)
Не состоящие в браке (разведенные и одинокие)	52 (72,2 %)	33 (55,0 %)	85 (64,4 %)
Всего	72 (100 %)	60 (100 %)	132 (100 %)

Таблица 2. Социальный статус пациентов с ТФР на момент обследования.

Социальный статус	Основная группа абс. (%)	Контрольная группа абс. (%)	Вся выборка абс. (%)
Работающие и/или учащиеся (постоянная работа и/или учеба)	17 (23,6 %)	21 (35,0 %)	38 (28,9 %)
Не работающие и не учащиеся	34 (47,3 %)	31 (51,7 %)	65 (49,2 %)
Инвалиды по психическому заболеванию	21 (29,1 %)	8 (13,3 %)	29 (21,9 %)
Всего	72 (100 %)	60 (100 %)	132 (100 %)

Таблица 3. Распределение больных в основной и контрольной группе согласно синдромологическому подходу (МКБ-10).

Ведущий синдром (диагностическая категория МКБ-10)	Основная группа абс. (%)	Контрольная группа абс. (%)	Вся выборка абс. (%)
F 40.01 Агорафобия с паническим расстройством	19 (26,4 %)	17 (28,5 %)	36 (27,3 %)
F 40.1 Социальные фобии	5 (6,9 %)	6 (10,0 %)	11 (8,3 %)
F 40.8 Другие фобические тревожные расстройства	6 (8,3 %)	8 (13,3 %)	14 (10,6 %)
F 45.2 Ипохондрическое расстройство (нозофобии)	16 (22,2 %)	16 (26,6 %)	32 (24,2 %)
Множественные фобии	26 (36,2 %)	13 (21,6 %)	39 (29,6 %)
Всего	72 (100 %)	60 (100 %)	132 (100 %)

Таблица 4. Данные об инвалидизации пациентов в основной и контрольной группах.

Уровень инвалидизации	Основная группа абс. (%)	Контрольная группа абс. (%)	Вся выборка абс. (%)	Р (достоверные различия)
Не является инвалидом	29 (40,3 %)	45 (75,0 %)	74 (56,2 %)	0,011*
Фактически инвалидизирован	22 (30,5 %)	7 (11,6 %)	29 (21,9 %)	0,03*
Инвалид по психическому заболеванию	21 (29,2 %)	8 (13,4 %)	29 (21,9 %)	
Всего	72 (100 %)	60 (100 %)	132 (100 %)	

* — сравнение больных из основной и контрольной группы.

ность состояла в том, что у пациентов этой группы отсутствовала юридически оформленная группа инвалидности, но фактически они были стойко нетрудоспособны.

Во время проведения исследования было сформулировано несколько критериев, на основании которых больные были включены в группу пациентов со стойкой нетрудоспособностью: 1) клинические — постоянные обострения болезненного процесса, с частой коррекцией терапии в условиях ПНД; регулярные госпитализации (не реже 1 раза в год) в отделения полустационарного, или стационарного типа; 2) социальные — непосредственно связанные с ТФР трудности с работой и/или учебой: отсутствие постоянной работы, или частая смена места работы (не реже 1 раза в год), работа с потерей квалификации или работа, изначально не соответствующая уровню образования и квалификации больного, трудности в учебе, включающие в себя проблемы с закрытием сессии, многократные пересдачи экзаменов, академические отпуска; проблемы в личной жизни: разводы, постоянные семейные конфликты с частыми разлуками, регулярные фиаско в установлении новых взаимоотношений; материальные затруднения: нахождение на иждивении у родственников, супругов и т.д.; 3) рентные установки в получении инвалидности.

Как видно из вышеперечисленных критериев, данная группа больных фактически мало чем отличалась от пациентов, имеющих инвалидность по психическому заболеванию.

Таким образом, латентная, официально не оформленная, но фактически имевшая место стойкая нетру-

доспособность служила дополнительным социальным фактором риска госпитализации больных в общепсихиатрические отделения.

Социальная адаптация больных дополнительно оценивалась с помощью шкалы глобального функционирования (GAF — global assessment of functioning scale). Эта оценка производилась согласно приведенным в шкале критериям от 1 до 100 баллов. Более высокий балл по шкале соответствовал лучшему уровню социального функционирования.

Средний балл пациентов в основной группе составил $41,35 \pm 13,86$, в то время как в группе контроля этот показатель был выше ($49,88 \pm 11,88$ балла). Различия между группами оказались статистически значимыми ($p < 0,001$). Таким образом, пациенты отделений пограничных состояний функционировали в социальном плане лучше. Низкие показатели социальных функций можно отнести к факторам риска возможной госпитализации в общепсихиатрические отделения.

В качестве мотивов госпитализации пациентов с ТФР в общепсихиатрические отделения выступали различные социальные факторы. Среди них можно выделить следующие: 1) первичное оформление инвалидности по психическому заболеванию; 2) рентные установки; 3) направление на обследование от районного военного комиссариата (РВК).

В 3 наблюдениях в основной группе больных одним из мотивов госпитализации в общепсихиатрическое отделение было первичное оформление инвалидности по психическому заболеванию. Во всех 3 наблюдениях это была первая по счету госпитализа-

Таблица 5. Особенности социального статуса пациентов с рентными установками из основной группы.

Социальный статус	Группа больных с рентными установками N = 21
Инвалидность по психическому заболеванию, требующая продления (абс. %)	14 (66,7 %)
Не работает, фактическая инвалидизация (абс. %)	6 (28,6 %)
Работает, не инвалид (абс. %)	1 (4,7 %)

ция пациентов в общепсихиатрические отделения, которые до этого имели неоднократный опыт госпитализации в отделения пограничных состояний. Мотивом для оформления инвалидности было хроническое, с частыми обострениями, течение ТФР, что делало пациентов нетрудоспособными. Все 3 больных неоднократно в дальнейшем госпитализировались в общепсихиатрическое отделение повторно. Таким образом, первичное оформление инвалидности по психическому заболеванию выступало в качестве самостоятельного мотива госпитализации.

Рентные установки встречались у пациентов основной группы достоверно чаще, чем у контрольной группы (21 наблюдение из 72 против 1 наблюдения из 60, $p < 0,001$). Особенности социального статуса пациентов из основной группы, имевших рентные установки, приводятся в таблице 5.

Следует отметить, что две трети больных (14 наблюдений, 66,7 %), имевших рентные установки, являлись инвалидами по психическому заболеванию с временной, оформленной сроком на 1 год инвалидностью, которые нуждались в ее продлении. Интересным является тот факт, что больные в основной группе, имевшие бессрочную инвалидность (7 наблюдений) рентных установок не проявляли. Среди пациентов из группы контроля, имевших временную инвалидность (4 наблюдения), рентных установок так же не встречалось. Таким образом, рентные установки, стремление извлечь из своей болезни материальную выгоду, были присущи пациентам с временной инвалидностью в основной группе, и выступали в качестве дополнительного социального мотива госпитализации.

Так же в основной группе пациентов 6 больных (28,6 %), имевших рентные установки, не работали никогда или в течение нескольких лет, и были фактически инвалидизированы (хотя инвалидность оформлена не была), являлись финансово зависимыми от супругов/партнеров или близких родственников. Дополнительным социальным мотивом для госпитализации у таких пациентов служило то обстоятельство, что в общепсихиатрическом отделении был шанс на потенциальное оформление инвалидности, и, соответственно, некоторое улучшение материальных условий и ряд льгот. Следует отметить, что в единственном наблюдении в группе контроля, где отмечались рентные установки, так же имела место фактическая инвалидизация, пациент не работал несколько лет.

В 1 наблюдении в основной группе больная, имевшая рентные установки, работала. Следует подчерк-

нуть, что данная пациентка работала на низкоквалифицированной, малооплачиваемой работе, которая ее не устраивала, и фактически обеспечивалась мужем, хотя, по ее мнению, в недостаточном объеме. Таким образом, несмотря на формальную трудоспособность больной, ТФР и особенности социального статуса делают в данном случае рентные установки объяснимыми.

В 1 наблюдении в основной группе причиной для первичной госпитализации пациента в общепсихиатрическое отделение явилось направление пациента на обследование от РВК. Пациент был признан ограниченно годным к военной службе и в армию не призывался. Следует отметить, что на момент наблюдения за пациентом вышеуказанная госпитализация в общепсихиатрическое отделение оказалась единственной, больной в дальнейшем лечился в отделении пограничных состояний, несмотря на то, что ТФР обнаруживали тенденцию к прогрессированию.

Была предпринята попытка дать прогностическую оценку дальнейшего течения ТФР на основании катamnестических данных. Катamnестически было обследовано всего 76 пациентов из 132 (57,5 %), из них 42 пациента в основной группе (58,3 %) и 34 пациента в контрольной группе (56,6 %). Длительность катamnестического наблюдения составляла от 1 до 4 лет. Проводилось сравнение состояния пациентов по итогам катamnестического наблюдения с их состоянием на момент выписки из стационара. По результатам этого сравнения пациенты делились на 3 группы: 1) катamnез считался благоприятным, по сравнению с выпиской из стационара наступало улучшение состояния; 2) катamnез считался неблагоприятным, по сравнению с выпиской из стационара наблюдалось ухудшение состояния; 3) существенных изменений в состоянии пациента по сравнению с выпиской из стационара не наблюдалось, катamnез считался стабильным.

В качестве критериев благоприятного катamnеза выступали: 1) послабление основной тревожно-фобической, и коморбидной симптоматики; 2) улучшение социального и семейного статуса пациента, возвращение к работе, учебе, возобновление прежних или создание новых взаимоотношений с противоположным полом и т.д. Неблагоприятным катamnез считался тогда, когда: 1) основная тревожно-фобическая симптоматика и коморбидная патология прогрессировали, наблюдались частые обострения, повторные госпитализации; 2) социальный и семейный статус

Таблица 6. Особенности катамнеза в основной и контрольной группе.

Особенности катамнеза	Основная группа абс. (%)	Контрольная группа абс. (%)	Вся выборка абс. (%)
Благоприятный катамнез	6 (14,3 %)	5 (14,7 %)	11 (14,5)
Неблагоприятный катамнез	32 (76,2 %)	23 (67,7 %)	55 (72,4)
Стабильный катамнез	4 (9,5 %)	6 (17,6 %)	10 (13,1 %)
Всего	42 (100 %)	34 (100 %)	76 (100 %)

ухудшался, больные не справлялись с работой и/или учебой, теряли квалификацию, нарушались межличностные взаимоотношения, что приводило к одиночеству, разводам и т.д. Стабильным катамнез считался, если в клинико-динамических проявлениях ТФР и коморбидной патологии, в социальном и семейном статусе не происходило существенных, значимых изменений.

Данные об особенностях катамнеза в основной и контрольной группе приводятся в таблице 6.

В результате проведенной оценки катамнестических данных в основной группе и группе контроля статистически значимых различий выявлено не было. Катамнестические данные оказались сопоставимыми.

Большая часть больных как в общей выборке (72,4 %), так и в основной (76,2 %) и контрольной (67,7 %) группах имела неблагоприятный катамнез, и, соответственно, прогноз. Данные результаты совпали с особенностями течения ТФР у пациентов, которые показали преимущественную тенденцию к прогрессированию симптоматики. Связи между особенностями катамнеза и синдромологической и нозологической принадлежностью ТФР выявлено не было. На фоне терапии и выписки из стационара отмечалось кратковременное улучшение состояния у большинства больных, однако оно быстро сменялось эксацербацией психопатологии. В итоге, глобальная оценка катамнестического периода все равно демонстрировала неуклонно прогрессирующее течение ТФР.

Полученные результаты катамнестического наблюдения и отсутствие значимых различий между основной и контрольной группами ставят вопрос о целесообразности госпитализации пациентов с ТФР в общепсихиатрические отделения.

Заключение

В исследовании оценена роль социальных факторов и уровень социального функционирования больных с ТФР, госпитализированных в общепсихиатрический стационар, при этом приоритетное внимание уделялось пациентам общепсихиатрических отделений.

Было выявлено, что социальный и семейный статус пациентов в основной и контрольной группах был сопоставимым, статистически значимых различий выявлено не было. Что касается принадлежности ТФР к диагностическим рубрикам МКБ-10, то исследование также не выявило значимых различий между

основной группой и группой контроля. Подобные результаты позволили корректно оценивать корреляции между группами по различным показателям социального функционирования.

В качестве социальных факторов риска госпитализации пациентов с ТФР в общепсихиатрические отделения выделялись степень фактической нетрудоспособности больных и текущий уровень социального функционирования. Отсутствие инвалидности служило благоприятным фактором, данные больные госпитализировались преимущественно в отделения пограничных состояний. Вместе с тем, наличие у больных фактической нетрудоспособности с невозможностью работать и учиться, служило дополнительным фактором риска госпитализации в общепсихиатрические отделения. Уровень социального функционирования, оцененный с помощью шкалы GAF, показал, что низкие показатели социального функционирования так же являются фактором риска госпитализации в психиатрические отделения общего типа.

Основным социальным мотивом госпитализации больных, преимущественно в общепсихиатрические отделения, было наличие рентных установок. Они в подавляющем большинстве случаев выявлялись у пациентов, имевших временную инвалидность с необходимостью ежегодного ее продления и у фактически нетрудоспособных пациентов. В качестве дополнительных социальных мотивов госпитализации выступали первичное оформление инвалидности по психическому заболеванию и направление на стационарное обследование от военкомата.

На основании катамнестического наблюдения за больными были выделены 3 варианта дальнейшего функционирования пациентов: 1) благоприятный катамнез; 2) неблагоприятный катамнез и 3) стабильный катамнез. При сравнении между основной и контрольной группой по вышеуказанным параметрам статистически значимых различий выявлено не было, дальнейшее функционирование больных не зависело от того, в каком отделении они проходили лечение — в отделении пограничных состояний или в общепсихиатрическом отделении.

Таким образом, в работе исследованы клинико-социальные факторы риска госпитализации больных с ТФР в психиатрический стационар, выявлены социально-психологические мотивы госпитализации, оценены катамнестические данные. Учитывая все факто-

ры, можно сделать вывод о том, что госпитализация пациентов с ТФР в общепсихиатрические отделения не представляется клинически оправданной.

В качестве способов улучшения данной ситуации предлагается более активное участие амбулаторной психиатрической службы в лечении и реабилитации больных с ТФР. В качестве конкретных мер можно предложить: 1) более активное наблюдение больных врачами диспансера, при необходимости с регулярным выездом к ним на дом для коррекции терапии; 2) при обострении болезненного процесса лечение больных в полустационарных отделениях, что способствует меньшей социальной изоляции больных и снижает частоту госпитализма. В связи с этим организация при ПНД отделений интенсивной амбулаторной помощи представляется полезным начинанием; 3) более активное развитие амбулаторной психотерапевтической службы, ведение больных ТФР совместно врачом-психиатром и психотерапевтом. На стационарном уровне оказания психиатрической помощи также видится правильным более активное участие в лечебной работе психотерапевтов и психологов с целью сокращения пребывания больных в общепсихиатрических отделениях. В качестве еще одной меры можно предложить организацию в структуре городских психиатрических больниц отделений для лечения непсихотических пограничных состояний, число которых за последние годы существенно снизилось.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Колоцкая Е. В.* Обсессивно-фобические расстройства в рамках шизофрении и расстройств шизофренического спектра. Дис. д-ра мед наук. — М., 2001, 27 стр. доступно по ссылке <http://www.psychiatry.ru/cond/0/diss/2001/41>.
2. *Михалевская О. В., Сергеев И. И., Бородина Л. Г.* Транспортные фобии (условия возникновения, клиника, прогноз и социальное функционирование больных). Российский психиатрический журнал 2004; 1: 13 – 18.
3. *Лакосина Н. Д., Павличенко А. В.* Некоторые аспекты патоморфоза невротических обсессивно-фобических расстройств // Независимый психиатрический журнал, 2010, № 3, с. 15 – 21.
4. *Степанов И. Л., Песоцкая О. А.* Нарушения социально-психического функционирования больных с тревожно-депрессивными и тревожно-фобическими расстройствами. Психическое здоровье, 2009, том 7, номер 12, с. 33 – 37.
5. *Johansson R., Carlbring P., Heedman G., Paxling B., Andersson G.* (2013) Depression, anxiety and their comorbidity in the Swedish general population: point prevalence and the effect on health-related quality of life. PeerJ 1:e98 <https://doi.org/10.7717/peerj.98>.
6. *Hämäläinen J., Isometsä E., Sihvo S., Pirkola S. and Kiviruusu O.* (2008), Use of health services for major depressive and anxiety disorders in Finland. *Depress. Anxiety*, 25: 27 – 37. doi:10.1002/da.20256.
7. *Goldman H. F., Skodol A. E., Lave T. R.* Reviewing axis V for the DSM-IV: A review of measures of social functioning // *Am. J. Psychiatry*. 1992. Vol. 149. P. 1148 – 1156 <https://doi.org/10.1176/ajp.149.9.1148>.
8. *Albert U., Rosso G., Maina G., Bogetto F.* 2008. Impact of anxiety disorder comorbidity on quality of life in euthymic bipolar disorder patients: differences between bipolar I and II subtypes. *Journal of Affective Disorders* 105: 297 – 303 <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2007.05.020>.
9. *Sherbourne C., Sullivan G., Craske M., Roy-Byrne P., Golinelli D., Rose R., ... Stein M.* (2010). Functioning and disability levels in primary care out-patients with one or more anxiety disorders. *Psychological Medicine*, 40(12), 2059 – 2068. doi:10.1017/S0033291710000176.
10. *Naragon-Gainey K., Gallagher M., & Brown T.* (2014). A longitudinal examination of psychosocial impairment across the anxiety disorders. *Psychological Medicine*, 44(8), 1691 – 1700. doi:10.1017/S0033291713001967
11. *Jikun Wang, Yuhao Chen, Cuicui Tan, Xudong Zhao.* Family functioning, social support, and quality of life for patients with anxiety disorder. *International Journal of Social Psychiatry*, 2016, 62(1), 5 – 11. <https://doi.org/10.1177/0020764015584649>.
12. *Bandelow B., Michaelis S.* Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues Clin Neurosci*. 2015 September; 17(3): 327 – 335. https://doi.org/10.1007/978-3-319-13060-6_2.

Хенрикус Корнелиус Рюмке О старых шизофрениках (1963)

Вторая психиатрическая университетская клиника в Утрехте — это клиника, в которой получают лечение и уход пятьдесят старых шизофреников (25 мужчин и 25 женщин). — Под “старыми” я подразумеваю пациентов, которые больны уже долгое время; 40-летнего пациента, который болен шизофренией с 20 лет, я называю “старым” шизофреником. Клиника была недавно построена внутри старой психиатрической больницы, “Willem-Arntsz-Haus” в Утрехте. Наши больные были отобраны из пациентов этой больницы, из “Willem-Arntsz-Hoeve” в Ден Долдере и из различных других голландских психиатрических лечебниц для хронических больных. — С постройкой этой клиники сбылась моя давняя мечта: а именно, иметь возможность ознакомиться и изучить шизофренические конечные состояния с самого близкого расстояния. Эта клиника работает совершенно независимо от Willem-Arntsz-Haus, но в очень тесном контакте с этой больницей. Многие были выделены в наше распоряжение. Трудовая терапия, развлечения, диспансерное обслуживание у нас общие. Общими также являются биохимическая лаборатория, отделение ЭЭГ и терапевтическое обслуживание. — Внутри нашей клиники существует психологическое отделение под руководством профессора д-ра ван Леннепа, профессора клинической и индустриальной психологии университета. Клиника была открыта 1 октября 1960 года.

Когда мне было сделано предложение внести свой вклад в Ваш юбилейный сборник, дорогой коллега Блейлер, мне сразу же стало ясно, что я хотел бы рассказать Вам о наших опытах в этой клинике, о глубоком впечатлении, которое они произвели на меня и моих сотрудников. Это было почти ошеломляющее переживание, которое и теперь, спустя два года еще не ослабело. Статья для юбилейного сборника всегда является для меня чем-то иным, нежели обычная научная работа; этот вклад — прямое сообщение дружественному коллеге. Я надеюсь, что он получит удовольствие от чтения. Пишущий чувствует себя свободнее, он более субъективен, однако, в научном отношении он не легкомыслен, скорее беззаботен. Я не притязаю на то, чтобы привнести что-то совершенно новое. Возможно, такие же опыты сделали многие. Вы, разумеется, тоже; но мне приятно именно Вам предложить мои субъективные опыты. Я надеюсь,

что позднее смогу прислать Вам результаты некоторых, сейчас еще находящихся в самом начале, исследовательских программ, выполняемых моими сотрудниками и мною.

I. Общие впечатления

“Все иначе, нежели мы представляли; я должен подвергнуть пересмотру всю картину шизофрении, которую я до сих пор носил в себе; я должен все начать заново”. Пациенты были мне намного ближе, нежели я думал. Они были гораздо “обыкновеннее”. Спустя несколько месяцев это впечатление почти не изменилось. Многие, что мы знали о шизофрении, можно было найти и здесь, но с трудно поддающимся описанию отличием. Спустя еще несколько времени все мы испытали в какой-то степени мучительное чувство: Мы переживаем многие, подчас значительные изменения у пациентов, но в целостности картины все-таки содержится нечто очень монотонное.

Когда я спросил своих сотрудников: “Как Вы находите работу в этой клинике?”, то ответ был единогласным: “ужасной и прекрасной!” — Из этих общих впечатлений выкристаллизовались мало-помалу более специфические. Об этих специфических опытах я сейчас расскажу.

II. Специфические впечатления

1. Врач в контакте с этими пациентами не испытывает “чувство шизофрении” (“Schizophreniegefühl”).

О том, что я придаю большое значение “праесох-чувству” (“Praesoxgefühl”) или “чувству шизофрении” (“Schizophreniegefühl”) или еще лучше “переживанию шизофрении” (“Schizophrenie-Erleben”) для диагноза шизофрении, я часто писал. То, что в контакте с этими старыми шизофрениками это чувство во мне не возникло, было для меня совершенно неожиданно. Это, прежде всего, вызвало у меня чувство неуверенности. Я спросил себя: “Я больше не испытываю это чувство? Что-то во мне изменилось?”. При столь субъективном критерии, как “праесох-чувство”, всегда необходимо учитывать такую возможность.

Когда я говорил об этом со своими врачами, они сказали мне, что получили точно такой же опыт. Они тоже испытали “граесох-чувство” у очень немногих пациентов. Вы поймете, что меня это очень встревожило. — Опыт был для меня не совсем вновь. Я еще раньше заметил, что “граесох-чувство” — образно говоря — является реверсивным. Я приобрел этот опыт у шизофреников, которые долгое время находились на инсулинотерапии, а также не столь уж редко у шизофреников, которых — с успехом или нет — лечили резерпином. Я еще не решаюсь уверенно представить объяснение. Также мне еще не вполне ясны теоретические выводы. Возможно, нам удастся как-то приблизиться к ответу на этот вопрос, если мы отдаем себе отчет в том, какие факторы возникновения этого чувства нам сейчас известны, а затем попытаемся понять, какие из этих факторов изменились у старых шизофреников. В своей “Психиатрии II” я написал приблизительно следующее: Это — переживание внутренней неуверенности, поскольку не совершается нечто такое, что обычно всегда случается в контакте с людьми, а именно: образуется реципрокность, на уровне которой это тоже может произойти. С шизофреническим пациентом врач оказывается перед чем-то ему совершенно чуждым; вчувствование дает сбой; мимика и речь утрачивают коммуникационный характер. Это создает еще другую неуверенность: Возможно, я не замечаю попыток пациента наладить коммуникацию? Врач чувствует что-то вроде нарциссической обиды; другой не принимает того, что мы хотели бы ему дать: контакт, тепло, понимание. Опять новая неуверенность: Может быть, мы назойливы? Тогда было бы совершенно естественным, что пациент замыкается. Со многими шизофрениками мы чувствуем себя ущемленными в наших эмоциональных потребностях; мы более или менее “фрустрированы”. Мы чувствуем себя как-то принижено, испытываем что-то вроде чувства неполноценности. Сюда добавляется и то, что расстройства мышления делают нас почти беспомощными. Мы хотели бы понять, но не можем. Ко всему этому примешивается еще и восхищение, которое многие из нас чувствуют по отношению к шизофреническому пациенту. Это чувство нелегко объяснить. (Оно связано с его упорным нонконформизмом?)

Постараемся теперь выявить, в чем отличие контакта со старым шизофреником. Упомянутая неуверенность не возникает, поскольку с пациентом образуется определенная реципрокность. С ним врач тоже оказывается перед чем-то чуждым; но чуждое встречает его по-другому, я хотел бы сказать: почти по-другому. Здесь вчувствование тоже дает сбой; но в этой обретенной покой личности есть также многое, во что можно вчувствоваться. Мы больше не идентифицируем его личность с недоступным вчувствованию; мы почти вместе с ним можем ощупью искать недоступное вчувствованию. Это стало возможно потому,

что дистанция между его Я и его бредовым миром стала у него намного больше, чем в начале шизофрении. Мимика и речь вновь обнаруживают возможность к коммуникации. Я не испытываю никакой нарциссической обиды, несмотря на то, что я равным образом переживаю с этими шизофрениками: Они как-то образом ощущают большое превосходство над нами, и, кто знает, возможно, они правы. Это чувство тоже знакомо моим сотрудникам. Я, определенно, не считаю, что оно индуцировано мной. Порой ощущение утраты чувства шизофрении заставляет нас сомневаться: Действительно ли этот пациент шизофреник? Это сомнение можно легко преодолеть, если мы привлечем все анамнестические данные. К этому надо добавить, что образ старого шизофреника невозможно сравнить ни с каким другим.

Каково же следствие для теории граесох-чувства? Возможно, что оно возникает в нас по отношению к больному только в том случае, пока “процесс” еще на ходу. В нашей клинике мы, прежде всего, имеем дело с настоящими резидуальными состояниями. Пациенты, у которых, по нашему мнению, процесс еще не отзвучал, в самом деле снабжали нас граесох-чувством. Но, с другой стороны, это чувство исчезло у получавших лечение резерпином, но не вылеченных шизофреников. В общем, по всей вероятности, граесох-чувство связано не с гипостазированным первичным расстройством, а имеет намного более сложный генез.

2. Об аффективности

О том, что наши концепции аффективности шизофреников нуждаются в пересмотре, я уже писал. Оценка аффективности у старых шизофреников вызвала существенные трудности. Об аффективном слабовии можно говорить только у очень немногих. Нужно также быть очень осторожными со словами “поверхностный” и “пустой”. Вновь и вновь в беседах с большими выясняется, что они способны на вполне нормальное страдание, на настоящую печаль, прежде всего, если мы заговорим об их ситуации. Мимические выражения страдания, также слезы, совершенно адекватны. Но в повседневной жизни это страдание почти незаметно. Вновь и вновь аффективность оказывалась нарушенной меньше, чем я ожидал, — несмотря на то, что к некоторым суждениям о шизофренической аффективности я все-таки всегда относился несколько скептически. Станным было то, что, по моему мнению, аффективность у старых шизофреников нарушена меньше, чем в начале шизофрении. Это позволяет предположить, что аффективное расстройство не является первичным. С другой стороны, я вынужден признать, что значительная сдержанность аффективных выражений у многих очевидна. Среди пациентов мы видели только незначительную аффективную связь; зато мы видели ее между пациентами

нашей клиники и нешизофрениками из “Willem-Arnstsz-Haus”.

Женщина, уже более двадцати лет болеющая шизофренией, очень закрытая по отношению к нам и другим пациентам, обнаруживала ярко выраженную эмоциональную привязанность к глухонемому мужчине, кастрированному из-за патологических приступов гнева, которые были связаны с гиперсексуальными наклонностями. После операции он стал намного спокойнее. Сексуальные действия между обоими пациентами никогда не были замечены; но взаимная нежность была умилительна. Нам было ясно, что жизнь этой женщины теперь целиком центрирована на ее отношении к этому мужчине. Свои свободные часы она посвящала ему. Эта женщина никогда и слышать не хотела о своем дне рождения, и она отвергала все маленькие дополнительные услуги. Теперь она строила планы, как она могла бы провести этот день со своим другом, и она осуществила эти планы. — Также нежная связь с родственниками прочнее и теплее, чем мы думали. При этом часто проявляется большая скромность, действительно нежное чувствование. “Им не понравится, если я буду приходить так часто”. Когда впоследствии выяснилось, что сердечные приглашения были искренними, пациент с удовольствием пришел.

Деликатность шизофреников, которая всегда меня трогала, я видел неоднократно. Она, конечно, не является редкостью. Еще один пример:

Пациент совершенно спонтанно отправился в дом своего врача, который был болен. Супруга, услышав его звонок, отворила дверь. Он сказал: “Не бойтесь меня; я из клиники. Я хотел бы знать, как дела у господина доктора”. Этот человек в самом деле имел отталкивающую внешность, и было ясно, что он это знал.

Искренняя симпатия к своему врачу часто очевидна. Со всей отчетливостью это выступает тогда, когда время от времени происходит неминуемая смена молодых врачей. Часто несколько недель уходит на то, чтобы пациент привык к новому врачу. Примечательно, если врач некоторое время отсутствует. В этом случае очень заметно, что пациентам его недостает. Когда врач возвращается, они часто дуются на него, как маленькие дети обижаются на своих родителей, если те некоторое время отсутствовали. Сам я тоже нередко испытывал это. Тем не менее, также был налицо неподдельный интерес к тому, где я был, чем я в это время занимался и т.д.

Поразительный случай произошел однажды в мой день рождения. Один пациент случайно услышал о нем. Санитарка рассказала мне, что он спонтанно кричал другому пациенту: “Мы должны что-то сделать для него!” Он собрал немного денег, один пошел в цветочный магазин, купил маленькое цветущее растение и с сияющим лицом принес его мне домой.

Настоящую веселость мы не видим в клинике почти никогда; смеются очень мало. Большинство, тем не менее, обладает способностью адекватно улыбаться. Веселость, что-то вроде приветливости и общего смеха, тем не менее, замечали неоднократно, когда принимали небольшие прогулки в маленьких группах. Один мой сотрудник, который с группой шизофреников смотрел по телевизору смешную передачу, был очень впечатлен тем, что больные всему сопереживали, реагировали, как он сам, и всегда смеялись в надлежащий момент. Мы были очень разочарованы, когда один шизофреник во время очень тяжелого заболевания своей жены, которая навещала его каждую неделю, не выказал ни малейшего следа беспокойства и с ледяным равнодушием реагировал на вопросы.

3. Выбирает ли иногда шизофреник свои симптомы? (Теоретический базис шизофрении)

Этот вопрос также часто занимал меня при начинающейся шизофрении. С тех пор как я ставлю свои вопросы в этом направлении, я получаю замечательную возможность вникнуть в эту проблему. У старых шизофреников этот вопрос, прежде всего, всплывает тогда, когда, в сущности, все-таки вполне нормальная беседа вдруг прерывается и пациент, чаще всего, если его задевает что-то, что ему неприятно, начинает говорить крайне путано и обнаруживает, что он живет в совершенно непонятном, странном бредовом мире. Порой удается вернуть пациента к нормальному разговору. Затем я спрашиваю: “Вы сейчас сами сделали такой выбор, чтобы отделиться от меня? Вы просто-напросто убежали, или Вы плавно съехали на лифте? Или с Вами что-то внезапно случилось?”, и почти никогда не получаю прямого ответа. Однажды пациент другой клиники, у которого диагноз шизофрении был не вполне достоверен, незамедлительно ответил: “Наполовину это был мой выбор, наполовину это случилось со мной”. — Я осмелюсь утверждать, что пациенты очень хорошо понимают мои вопросы; это доказывает их мимика. У меня сложилось впечатление, что это действительно связано с “выбирать”, возможно, так, — оставаясь в вышеупомянутом образе, — что они в лифте нажимают на кнопку и что то, что тогда происходит, случается с ними. — Как бы то ни было: Мы стоим перед фактом внезапного переключения из упорядоченной беседы на резко выраженную шизофазию с неологизмами. В этой связи я также вспоминаю об апофении Конрада. Это, конечно, теоретические выводы. Раньше я занимался вопросом о том, не могли бы мы при шизофазии, неологизмах и, возможно, также при вербализации бредового переживания иметь дело с высшей формой афазии. Об этом со своим сотрудником Нийдамом я писал в статье “Aphasia and Delusion” (Folia Psych. Neurol. Neurochir. Nederl. 1958). Эта точка зрения мог-

ла бы поддержать органическую теорию шизофрении. Новый опыт, однако, делает органический генез шизофрении весьма сомнительным, можно было бы сказать. Сейчас я снова вижу это по-другому. Для того, чтобы прояснить это, позвольте мне сделать небольшое отступление. В своей “Психиатрии II” я подробно изложил свою теорию шизофрении. Я хотел бы здесь очень кратко и несколько упрощенно упомянуть об этой теории. Шизофрения представляет собой следствие затухания источника энергии. Благодаря этому возникает “гипотензия” — слово Берце — в различных системах, но не во всех в равной мере. Этот органический изъян отчетливее всего проявляется в мире инстинктов (в смысле фон Монакова). Мы видим недостаточность влечения, которая определяет морфологию. Это можно вывести из многих больших и малых соматических расстройств. Затем мы обнаруживаем эту недостаточность в генеративном инстинкте; у шизофреников мы почти никогда не находим нормальной сексуальности. Тяжелейшее расстройство мы находим в социальном инстинкте. Нарушаются все отношения к другому и к обществу. Теперь я очень осторожно добавляю: Возможно ли, что благодаря смещению инстинктов фон Монакова космический или религиозный инстинкт стал бы чрезвычайно акцентирован, и объяснило бы это тенденцию к построению порой весьма путаных, порой весьма импонирующих космогоний — может быть, вместе с регрессией? Это тот инстинкт, который мобилизует столь многие юнговские архетипы? Я считаю, что это энергетическое истощение обусловлено генетически и, в соединении с аутоинтоксикацией — гормонально, энзиматически поврежденными биохимическими процессами, — определяет симптоматику. Я также считаю, что это затухание происходит исподволь, с эпизодическими вспышками. То, что эта недостаточность может проявляться во всякой психической активности, уже Берце признавал вполне вероятным. В соответствии с этой органической гипотезой расстройства долгое время могут быть обратимыми, в конечном счете, возможно, становятся необратимыми. Но эти расстройства будут, главным образом, в распаде высших, очень сложных, высокоинтегрированных активностей проявлять себя как функциональные дисрегуляции. Постоянная шизофазия могла бы быть расстройством одной из наших высокоинтегрированных функций, ставшим необратимым, но это не обязательно. Старые шизофреники, у которых процесс затухания остановился, у которых сошли на нет бесчисленные психические проявления защиты, попыток компенсации регрессии, могут, отчасти, держаться при правильном “экономическом распределении” еще имеющейся в распоряжении энергии и очень осторожно жить, и действовать на нормальном уровне. Но резервов они не имеют. Разве не могло бы быть возможным, что пациент, когда напряжение еще только что нормальной беседы становится слишком

большим, не только возвращается на более низкий уровень, но что он срывается, что в известной степени было бы выбором? Красивую параллель я нахожу у людей, которые, когда они устали, говорят слегка парафазически. Это кажется отчетливо наследуемым. Такие люди могут — я знаю это по опыту — в какой-то мере “играть” с этой парафазией. Если беседа становится несколько затруднительной, возникает парафазия, и это чуть-чуть является выбором.

Простите мне это отступление. Для меня эта гипотеза объясняет, что при остановке процесса благодаря точному регулированию ситуаций можно многого достичь. Также она объясняет то, что мы с помощью одного из самых мощных стимуляторов, какие нам известны, человеческого контакта, можем кое-что, подчас многого, достичь. Кроме того, она делает понятным то, что мы различными нашими средствами — инсулинотерапией, электрошоком, новыми лекарственными препаратами — только тогда достигли бы чего-то прочного, если бы эти средства смогли бы надежно компенсировать или преодолеть затухание энергии. Это, конечно, еще недостижимо.

4. Дистанция между переживающим Я и переживаемым (Оценка классических симптомов)

Одним из самых значительных изменений у старых шизофреников — в хорошем смысле этого слова — я считаю гораздо большую дистанцию, которая возникает к мучительным переживаниям. Это способствует тому, что больные несколько напоминают лоботомированных шизофреников, конечно, не совсем. Большая дистанция делает картину болезни более старых шизофреников ощутимо иной, нежели у более молодых. Вновь и вновь отмечают, что у внешне вполне спокойных пациентов, по сути дела, еще сохраняются все бредовые структуры и галлюцинации. Они, тем не менее, так смещаются на задний план переживания, что даже мы, врачи, уделяем им гораздо меньше внимания. Если мы дадим себе отчет в улучшении, то мы оцениваем это улучшение преимущественно по изменениям в контакте и в активности.

Вновь и вновь мы спрашивали себя: “Каковы важнейшие симптомы, которые мы все еще находим? Почему мы все-таки всегда убеждены, что пациенты являются шизофрениками?” И мы были бы такого же мнения, если бы не знали всех анамнестических данных. Тут я снова прихожу к такому же выводу, как у всех шизофреников. Тайна шизофрении есть тайна жизненной формы, и у старого шизофреника — тайна достигнутого к концу, дефектного жизненного стиля. Содержания переживания вследствие большей дистанции играют меньшую роль, даже если они теоретически все еще довольно интересны. Мы, конечно, еще не ответили на вопрос: “Что же, в сущности, осталось от симптоматологии?”. Однако, здесь я хочу дать

предварительный обзор того, что мы в настоящее время воспринимаем в постоянном общении с пациентами.

Они уже не живут в своем бредовом мире, но они живут со своим бредовым миром. — Все еще существует некоторая тревога; то, что они чувствуют угрозу, проявляется снова и снова, но намного меньше, чем прежде. Некоторые пациенты также говорят об этом. Осталось, несмотря на все позитивное, описанное мной: апатия, недостаток инициативы, низкая спонтанная активность. При этом ясно, что активность, несомненно, можно вызвать, как бы трудно это часто ни было. Реактивная активность, несомненно, больше, чем при начинающейся шизофрении. Я хотел бы сказать, что эти больные позволяют нам пробудить их активность, что мы часто очень бережно, но также очень настойчиво совершаем. Вслед за такой активностью, например, после народных танцев, большинство вновь погружается в апатию и полное одиночество. У некоторых мы также видим спонтанную активность.

В качестве примера я хочу сообщить следующее: Один мужчина, который был госпитализирован почти тридцать лет назад, вернулся к своей профессии — он был кондитером. Он все еще живет в клинике, но работает в магазине. Очевидно, что он с удовольствием выполняет эту работу, и как мы слышали от его шефа, мужчины, который с величайшим благоволением помогает больному, наш пациент предложил несколько преобразований способа работы, которые оказались весьма полезными.

Обращение к окружающим и миру-с-другими (Mitwelt) по-прежнему ничтожно. Очень выделяется нарушенное отношение к времени, к минувшему времени и к будущему. Один из самых впечатляющих фактов — другие тоже описывали это, — что многие пациенты, отвечая на вопрос о своем возрасте, указывают возраст в год госпитализации. Большинство остается при этом; другие корректируют. Один пациент говорит, что у него украли двенадцать лет. Каково отношение к будущему? Строят ли они еще планы? Большинство пациентов не занимаются этим, или очень мало. Они ничего больше не хотят, ничего больше не ожидают. Однако, мы также видим другие установки. Есть больные, которые все еще жаждут возвращения в общество. Некоторые проявляют при этом удивительное знание своей ситуации: “Кто хочет еще держать меня, что я могу еще сделать?”. Мы, в нашем стремлении вернуть пациентов к обычной жизни, должны быть очень осторожны, чтобы не породить слишком большой страх. Это так удивительно, что человек после тридцатилетнего или, может быть, более продолжительного больничного ухода не проявляет бурного восторга, если мы подготавливаем возможность возврата в мир? Один из моих сотрудников полагал, что это было бы подобно тому, что чело-

века, который тридцать лет был мелким канцелярским служащим, который всегда жил в ничтожных, жестко регламентированных условиях, он радостно спросил бы: “Что Вы думаете об эмиграции в Австралию? Я уже позаботился о паспорте”. Этот человек реагировал бы настолько иначе, чем шизофреник, которому мы предлагаем нечто еще более сложное?

Многие из наших больных впервые за долгие годы вновь до некоторой степени вернулись в мир. Поразительно видеть, как изумлены они тем, что родные за эти годы состарились, переехали в другие жилища, что дети выросли, вокруг построены целые городские кварталы. Ясно, что они еще всецело живут в прошлом. Поразительно было, как одна старая женщина, впервые снова увидев деньги, подумала, что деньги ненастоящие, поскольку образ королевы на другой стороне выглядел так, как в то время. В самом деле, согласно обычаю, монеты в Голландии после смены монарха чеканятся по-другому.

Правда ли, что все конечные состояния шизофреников одинаковы? В определенном смысле это правда; это одна и та же симптоматика. Но это неправда, если мы свяжем с этим идею, что эти люди эссенциально все были бы одинаковыми, так сказать, нивелированными. Это тоже одна из больших неожиданностей; все эти пациенты обладают своей собственной физиономией, телесной и душевной. Все они имеют свою собственную, неповторимую личность. И это совершенно точно: О слабости или распаде личности не может быть и речи.

Можно было бы еще о многом упомянуть: проблемы госпитализации, исследовательских проектов, чего мы уже достигли, чего мы еще надеемся достичь и т.д. Возможно, было бы хорошо также несколько больше сказать о наших разочарованиях, о глубоком разочаровании, что мы все снова и снова оказываемся перед чем-то, что мы, в сущности, не можем изменить. Все время обнаруживается, что мы переоценили пациента. — Тогда нас снова охватывает, несмотря на значительную перемену в атмосфере клиники, также чувство монотонности жизни наших пациентов. И тем не менее — совершенно очевидное улучшение, что-то благоприятное, на что мы никогда не смели надеяться, всегда заново пробуждает наш энтузиазм продолжать работать с этими, именно с этими больными.

Дорогой коллега Блейлер, я знаю, что Ваш интерес к шизофрении очень большой, очень многогранный, всегда искренний, ни разу не доктринерский. Поэтому я не мог отказаться от того, чтобы именно Вам адресовать это первое сообщение из нашей “Клиники шизофрении”. Я благодарен за то, что Ваш юбилей побудил меня описать эти мои первые впечатления.

Перевод П. Ю. Завитаева

КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ

Открытый диагноз. Помочь может только совместная работа психиатра и психотерапевта

Разбор ведет проф. А. А. Шмилович¹, врач-докладчик Н. Б. Солодовник²
(Психиатрическая клиническая больница № 4 им. П. Б. Ганнушкина, 14.06.2018).

Врач-докладчик: Вашему вниманию представляется пациентка Евгения (имя изменено), 43 лет, жительница Москвы.

Наследственность психическими заболеваниями неотягощена.

Мать — 64 года. Имеет среднее специальное образование. Работала на фабрике. Пациентка характеризует ее фразами: “в бой рвется первая. Есть дело до всего”.

Отец — умер в 2017 г. в возрасте 65 лет от рака печени. Имел среднее образование. Работал шофером. По характеру описывает его как “спокойного, до тех пор, пока не выпьет”.

Брат — 42 года. Имеет среднее специальное образование. Проживает в Чувашии с семьей. Совместно с женой занимается предпринимательством. По характеру “спокойный”.

Родилась в Чувашии старшей из двоих детей, в срок, от физиологически протекающей беременности и родов. В младенчестве страдала пищевой аллергией, наблюдалась у педиатра, лечилась средствами народной медицины. Росла и развивалась соответственно возрасту. ДДУ не посещала, находилась под присмотром прабабушки и бабушки. Проживала с матерью, отцом, братом, бабушкой по линии отца.

Отец периодически алкоголизировался. Была свидетелем частых конфликтов между родителями, из-за чего постоянно переживала. Однако в целом отношения в семье пациентка оценивает, как “дружелюбные”. По характеру была спокойной, послушной, общительной. В основном общалась с родственниками своего возраста.

В школу пошла с 7,5 лет. Школьную программу осваивала без труда. Училась на “хорошо” и “отлично”. В школе проявила себя как ответственная, общительная, спокойная. Предпочтение отдавала точным

наукам. В среднем звене помогала на внеклассных занятиях с первоклассниками. Активно посещала различные кружки, спортивную школу (занималась легкой атлетикой, зимними видами спорта). Даже в летнее время постоянно была занята в различных кружках и секциях. В коллективе сверстников быстро адаптировалась. Имела 4-х близких подруг. В классе “не стремилась занимать ведущие роли”, однако по инициативе преподавателей всегда назначалась старостой, с чем успешно справлялась. Окончила 11 классов. Затем переехала одна в г. Пензу. Поступила в Пензенский государственный университет на бюджетную форму обучения на факультет автоматике и телемеханики. Первое время проживала у дяди (родного брата матери), затем переехала в общежитие. Трудностей в смене места жительства не отмечала, адаптировалась без труда. Со слов пациентки в общежитии “жили как одна семья”. Учеба давалась без труда. После 5 лет обучения получила специальность инженера-программиста.

Mensis с 14 лет, цикл установился сразу. Проблем в общении с противоположным полом не отмечала. Половая жизнь с 18 лет. В этом же возрасте через общих приятелей познакомилась с парнем из Москвы старше ее на 7 лет. В течение всего обучения в университете поддерживала с ним связь. Одновременно с этим стала увлекаться другими мужчинами. Имела еще двух половых партнеров. В 23 года от одного из них забеременела. Беременность закончилась выкидышем.

После окончания учебы переехала к парню в Москву. С этого времени пациентка не работает, попыток к трудоустройству не предпринимала, “не было необходимости”. Все свободное время проводила дома, была занята домашними делами, рукоделием, любила вышивать, шить. Однако на коммерческую основу свою работу не переводила. Также стала подбирать на улице бездомных кошек, через общих знакомых и социальные сети пристраивала их. Периодически навещает мать в Чувашии, поддерживает с ней контакт путем регулярных телефонных разговоров. Со школьных лет поддерживает близкие отношения с

¹ Д.м.н., зав. кафедрой психиатрии и медицинской психологии РНИМУ им. Н. И. Пирогова.

² Врач-психиатр отделения № 7 ПКБ № 4 им. П. Б. Ганнушкина.

двумя подругами, общается с ними также по телефону. В течение 9 лет пациентка жила в гражданском браке. В 32 года официально зарегистрировали брак. Первое время пара пыталась завести детей, но затем, после проведенных обследований, установили бесплодие у супруга. В настоящий момент пациентка относится безразлично к отсутствию детей. В 34 года развелась с мужем по причине конфликта из-за его родственницы. Об этой ситуации пациентка отказалась рассказывать, “он встал на ее сторону, такое простить нельзя”. Однако после развода пара продолжала жить в одной квартире. Через два года отношения нормализовались, но официально брак не оформили.

Из хронических заболеваний отмечает железодефицитную анемию. Травмы головы с потерей сознания отрицает. Алкоголь употребляет крайне редко.

Ухудшение состояния началось с 8 марта 2018 г., когда без видимой причины впервые стало “плохо” на улице, казалось, что сейчас потеряет сознание и “никто не окажет помощь”. С трудом добралась до дома, в течение нескольких дней лежала, “не могла пошевелить ни рукой, ни ногой”. 11 марта в обеденные часы впервые появился “первый приступ”, когда в голове стали возникать мысли причинить себе или окружающим вред: “выпрыгни с 6 этажа”, “выйди из квартиры, открой дверь, навреди кому-либо”. Возникла сильная тревога, стала опасаться, что совершит эти действия, в связи с чем не вставала с кровати. Старалась заглушить их, пела, рассказывала стихи вслух. Данный эпизод длился около 2 часов. Вечером этого же дня возник “второй приступ”, вновь появились мысли императивного характера, страх, тревога, снизился аппетит (похудела на 3 кг за месяц), нарушился сон. Опасаясь возникновения навязчивых мыслей на улице и страха потерять контроль, перестала выходить на улицу без сопровождения. На следующий день по направлению участкового врача поликлиники обратилась за помощью в ПНД № 9, был назначен оланзапин 10 мг утром, сертралин 50 мг утром, с незначительным эффектом, при этом при приеме оланзапина отмечалось огрубление и болезненность молочных желез, в связи с чем оланзапин был заменен на кветиапин. Нормализовался ночной сон, однако на фоне приема терапии возник “третий приступ”. Данное состояние привело к дезадаптации больной, основное время бездеятельна, залеживалась в постели, настояла на том, чтобы мать жила вместе с ней, так как стала опасаться находиться одна в квартире. Участковым психиатром была направлена в дневной стационар для коррекции терапии. Выставлен диагноз **“Шизо-типическое личностное расстройство. Тревожно-депрессивный синдром с навязчивостями конт-растного содержания”**. Назначено: рисперидон 2 мг/сут, золофт 50 мг/сут. 30.03.2018 возник “четвертый приступ”. Внезапно проснулась среди ночи от возникших мыслей, страха, тревоги, “боялась навредить матери и мужу”. Попросила родственников уб-

рать все острые предметы, открыть дверь, “если я наброшусь, чтобы успели выбежать”. Самостоятельно попросила вызвать СМП и по путевке дежурного психиатра направлена на лечение в наш стационар по добровольной госпитализации.

Психический статус при поступлении: На беседе пришла самостоятельно. На стуле сидит напряженно в закрытой позе. Мимика маловыразительная. Выражение лица напуганное. Тревожная, подавленная, взволнованная, беспокойная. Речевому контакту доступна. Голос обычной громкости. Речь слабомулирована. Сознание ясное. Ориентирована всесторонне верно. На вопросы отвечает после паузы, сбивчиво, в основном в плане заданного. Предъявляет жалобы на приступы в виде наплывов мыслей приказывающего содержания, страх, тревогу, пониженное настроение, плохой аппетит, тошноту. Рассказывает, что “приступы сменяются ощущением пустоты и трудностями сосредоточения”. Говорит, что под “влиянием” мыслей боится навредить себе или кому-то ещё, “борюсь, пока хорошие мысли побеждают, в это время стараюсь не двигаться, не воплотить в реальность плохие мысли”. Мышление непоследовательное. Перескакивает с темы на тему. Фон настроения снижен. Эмоционально маловыразительная. Наличие суицидальных мыслей отрицает. Память на прошлое и настоящее не нарушена. Внимание рассеянное. Сон нарушен по типу трудностей засыпания. Аппетит снижен. Критика к состоянию формальная.

Назначено строгое психиатрическое наблюдение, определена в палату № 2.

Лечение:

- Trifluoperazini 0.005 in tab. По 1 т. 1 р/д.
- Sol. Trifluoperazini 0.2%-1.0 В/м 1 р/д.
- Phenazepam 0.001 in tab. По 1 т. 1 р/д.
- Sol. Amitriptylini 1%-2.0 pro injec. В/м 1 р/д.
- Amitriptylini 0.025 in tab. По 1 т. 1 р/д.
- Cyclodoli 0.002 in tab. По 1 т. 3 р/д.

В течение 10 дней лечения пациентка большую часть времени проводит в палате. Фон настроения снижен. Тревожная, подавленная. К общению с окружающими не стремится. На вопросы отвечает в плане заданного, после паузы. Жалобы на слабость, вялость, сонливость, “состояние предобморочное”, на ощущение пустоты в голове, “не могу думать, плохие мысли купируют все мои мысли”. Наличие приступов с наплывом мыслей неприятного, приказывающего содержания отрицает. Эмоционально невыразительная. Сон с пробуждениями. Лечение изменено:

- Olanzapini 0.01 in tab. По 1 т. 2 р/д.
- Fevarini 0.1 in tab. По 1 т. 1 р/д.
- Phenazepam 0.001 in tab. По 1 т. 1 р/д. вечер
- Phenazepam 0.0005 in tab. По 1 т. 1 р/д. утро

Состояние пациентки оставалось нестабильным. На 24-ый день госпитализации стала многословной, конфликтовала с пациентами. Предъявляла жалобы

на болезненность и набухание молочных желез. Пациентка тревожна, ипохондрична. Навязчива, предъявляла множество соматических жалоб. После разъяснения вновь задавала прежние вопросы. Рассказала, что просыпается ночью от онемения одной руки, в дневное время “разрабатывает” кисть. Отмечает, что в голове “неправильные” мысли. Рассказала, что вновь в вечернее время появились “цветные мысли, навредить кому-либо, сковывал страх”. Отмечает, что не может находиться одна в помещении, передвигаться без сопровождения, т.к. боится появления “приступов”. Тревожна, охвачена внутренним беспокойством. Ответы торопливы, сбивчивы. Затрудняется сформулировать свои переживания. В высказываниях амбивалентна, то просит о помощи, то требует лечебного отпуска и выписки. Суждения легковесные. Склонна к рассуждательству. Критика к состоянию отсутствует.

В лечении:

- Aminazini 0.05 in drag. По 1 т. 2 р/д. утро, вечер под контролем АД
- Sol. Haloperidoli 0.5%-1.0 В/м 3 р/д.
- Cordiamini 15.0 in flac. 2 р/д. по 15 капель при снижении АД ниже 90/60 мм.рт.ст
- Cyclodoli 0.002 in tab. По 1 т. 3 р/д.
- Fevarini 0.1 in tab. По 1 т. 1 р/д.

Через пять дней (29 день) состояние с незначительной динамикой. Пациентка стала спокойнее, однако, остается ипохондричной, фиксированной на своих ощущениях. Предъявляет жалобы на боль в затылке, “поднимающаяся от шеи до макушки, перекручивается, давит”, при этом подробно демонстрирует это. Мышление несколько замедленное. Эмоционально остается маловыразительной. Фон настроения переменчив. Агрессивных и суицидальных тенденций в поведении нет. Лечение принимает, осложнений от проводимой терапии нет. Ночью спит. Аппетит усиленный, съедает несколько порций ужина. После чего самостоятельно вызывает рвоту и продолжает вновь употреблять пищу. Общее соматическое состояние стабильно удовлетворительное. Получен анализ крови на пролактин(нг/мл) 122,89

В лечении:

- Dostinexi 0.0005 in tab. 2 р/нед.
- Haloperidoli 0.005 in tab. По 1 т. 3 р/д.

43-ий день госпитализации. Пациентка предъявляет жалобы на появление тремора кистей рук, сонливость. Наличие эпизодов “наплывов мыслей” не отмечает. Однако сохраняется боязнь выходить одной на улицу, оставаться одной в палате. Несколько ипохондрична, однако поддается разубеждению. Внешне стала менее тревожной. На вопросы отвечает в плане заданного. Мышление в невысоком темпе. Суждения амбивалентны. Фон настроения с тенденцией к стабилизации.

В лечении:

- Aminazini 0.025 in drag. отменить
- Haloperidoli 0.005 in tab. По 1 т. 2 р/д. утро, вечер
- Phenazepam 0.001 in tab. По 1 т. 1 р/д. на ночь
- Cyclodoli 0.002 in tab. По 1 т. 3 р/д.
- Fevarini 0.1 in tab. По 1 т. 1 р/д.
- Binaviti 2.0 in amp. В/м 1 р/д. № 5

На 54 день пациентка выписана из отделения.

Состояние с улучшением. В ходе лечения редуцировались навязчивые мысли, ипохондрические переживания. Будучи в лечебном отпуске, пациентка стала самостоятельно ходить в ближайшие магазины. Мышление в обычном темпе, без грубых логических нарушений. Галлюцинаторно-бредовой симптоматики не отмечается. Фон настроения с улучшением. Мимика остается маловыразительной. Критика к своему состоянию достаточная. Сон и аппетит в норме. Назначенную терапию переносит без осложнений. Пациентка выписана из отделения в дневной стационар при ПКБ № 4. Проведена разъяснительная беседа, даны рекомендации:

1. Haloperidoli 0.005 in tab. По 1 т. 2 р/д. утро, вечер.
2. Paroxetini 0.02 in tab. По 1 т. 1 р/д. вечер
3. Cyclodoli 0.002 in tab. По 1 т. 3 р/д.

Электрэнцефалография: Стойкой локальной патологической симптоматики нет. Типичной эпилептиформной активности нет.

Терапевт: Диффузная кистозная мастопатия.

Гинеколог: Гиперпролактинемия.

Невролог: Менингеальной, очаговой неврологической симптоматики не выявлено.

Эндокринолог: Гиперпролактинемия. Эутиреоз.

Пациентка доступна контакту. Ориентировка во времени и собственной личности сохранена. Общий эмоциональный фон неустойчивый с оттенком тревоги, эмоциональные проявления маловыразительны и слабо дифференцированы, в поведении спокойна и сдержана, тяготеет своим болезненным состоянием. На вопросы отвечает развернуто, охотно рассказывает об обстоятельствах, приведших к госпитализации в психиатрическую больницу, объясняет все следующим образом: “когда мама, племянница и муж ушли в магазин, случился приступ...наплыв страшных мыслей о самоповреждении, сдерживала себя, страшно было находиться одной, боялась пошевелиться... иногда бывают мысли нанести кому-то повреждения”; пациентка не указывает внешних стрессоров и психологических причин, способствующих болезненному состоянию, с трудом идентифицирует собственные эмоции и чувства, отношения с близкими описывает формально, себя описывает в двойственной манере, противоречиво. Отношение к нахождению в стационаре нейтральное. Жалобы на память и внимание не предъявляет, интересуется результатами обследования.

Результаты экспериментально-психологического исследования (Медицинский психолог Н. А. Мартынов). Исследование проведено методами беседы, наблюдения и эксперимента. Инструкции к заданиям понимает, нуждается в поддержке психолога. Темп работы средний, активная произвольная память и внимание неустойчивы (методика 10 слов: 7, 8(6), 9, 10...5; Шульте: 37 с., 47 с., 47 с., 34 с., 52 с.), что обусловлено дефицитностью мотивационного компонента психической деятельности, требуется дополнительное мотивирующее воздействие психолога, отсроченное опосредованное запоминание с подключением ассоциативных процессов также малопродуктивно (7 понятий из 18). По результатам диагностики мыслительной деятельности, пациентке доступен высокий категориальный уровень обобщения, однако при выполнении заданий имеет склонность одновременно актуализировать существенные и малозначимые связи, тем самым демонстрирует нарушения операционального и мотивационного компонентов мышления по типу актуализации латентных признаков и разноплановости (Классификация: выделяет группы “люди” и отдельно “ребенка” — “детский сад”; группа “животные”, при этом отдельно выделяет “летающие животные (насекомые, птицы)” и “плавающие птицы”; “инструменты” и “сад (лопата, овощи, фрукты, цветы)”. Четвертый лишний: “космическая ракета, корабль, самолет, вертолет” — “ракета лишняя, это VIP-транспорт, остальное обычный”). В методике пиктограммы также актуализирует отдаленные связи с понятиями (на понятие “теплый ветер” рисует короткую юбку, поясняет: “летом в короткой юбке гуляешь по ветру”), в тоже время обследуемая способна к адекватному выбору. В эмоционально-личностной сфере демонстрирует неадекватную самооценку и уровень притязаний с крайними высокими значениями (Дембо-Рубинштейн), которые не всегда соответствуют суждениям пациентки при описании своих психологических проблем. По результатам шкалы депрессии и тревоги Бека, отмечаются выраженные признаки тревожного состояния и отсутствие депрессивных симптомов. Присутствуют признаки эмоциональной холодности, пациентка с большим трудом описывает свои чувства к близким людям, отмечаются примитивные механизмы психологической защиты, такие как проекция и расщепление. В личности отмечаются такие черты как малообщительность, обидчивость, подозрительность, высокие требования к себе, нерешительность и излишний самоконтроль (опросник Шмишека). В стрессовой ситуации для пациентки характерны такие копинг-стратегии (опросник “Способы совладающего поведения”) как планирование решения проблем, избегание (обесценивание собственных переживаний) и поиск социальной поддержки, что в совокупности направлено на разрешение проблемной ситуации, а не на снижение эмоционального дискомфорта.

Таким образом, на первый план выходят нарушения мотивационного и операционального компонентов мышления по типу актуализации латентных признаков и разноплановости. Нарушения в эмоциональной сфере проявляются выраженными признаками тревожного состояния. В личности отмечаются признаки эмоциональной холодности и дефицитности мотивационного компонента психической деятельности, характерны такие черты как обидчивость, подозрительность, высокие требования к себе, завышенная самооценка и слабая способность идентифицировать собственные эмоции и чувства.

В настоящий момент пациентка находится на лечении в дневном стационаре при ПКБ № 4. Состояние с ухудшением. Стала ощущать скованность, тремор нижних конечностей. Рассказала, что появляются “секундные плохие мысли”, “например, еду в автобусе и появляются мысли сказать гадости женщине”, однако пациентка отмечает, что может с ними справиться. Отмечает трудности засыпания, частые пробуждения. Жалуется “на провалы в памяти, не помню целые события дня, не помню события в больнице”, так же сообщает, что ощущает “в голове какое-то внезапное движение-как качели, после чего дыхание захватывает”. При этом добавляет “таблетки помогают, но мысли все равно возникают о том, что могу родственникам навредить”. Фиксирована на своих переживаниях. “Голоса” категорически отрицает, поведением не обнаруживает. Эмоционально маловыразительна. Мимика бедная. Суждения паралогичные. Агрессии, аутоагрессии не проявляет. Суицидальные тенденции не обнаруживает. Сон медикаментозный. Аппетит достаточный, со слов пациентки. Критична к своему состоянию. В отделении посещает ЛФК.

Принимает лечение:

- Trifluperazini 0.005 in tab. По 1 т. 2 р/д.
- Cyclodoli 0.002 in tab. По 1 т. 3 р/д.
- Azaleptini 0,025 1 р/вечером.

БЕСЕДА С ПАЦИЕНТКОЙ

Ведущий: Спасибо большое, давайте тогда приглашать. Присаживайтесь здесь.

— Давайте познакомимся. Меня зовут Андрей Аркадьевич. — *Евгения.* — Вас зовут Евгения. Все присутствующие здесь люди — это специалисты, врачи-психиатры и психологи. Здесь нет ни одного постороннего человека, и мы, конечно, конфиденциальность всей нашего сегодняшней беседы будем соблюдать, абсолютно. — *Хорошо.* — Об этом никто не узнает, не волнуйтесь. Как Вы себя сейчас чувствуете? — *Волнительно.* — Что это значит? — *Ну, волнуясь предстоящим событием.* — Вы волнуетесь в связи с этой аудиторией? — *Да-да-да.* — В связи с тем, что придется сейчас о чем-то говорить? — *Ну да.* — Ну, это Вам свойственно, вообще? Вот такая волнительность перед аудиторией? — *Я не люблю...* — Не

любите? — *Нет.* — Ну, понятно. Постарайтесь тогда представить, что здесь стена такая, и разговариваем только мы с вами. — *Хорошо. Хорошо.* — У Вас уровень представления хороший? — *Попытаюсь.* — Умеете? Ну, ладно. Вот Вы здесь находитесь на лечении уже длительное время. — *Да, с тридцатого числа, с тридцатого марта.* — Фактически, это апрель, май, два с половиной месяца. — *Да.* — Что Вы можете сказать? За это время есть какие-то подвижки, изменения? — *Подвижки есть, да. То есть, вот, как я попала сюда 30 марта, у меня нет таких приступов, которые были с 8 по 30 марта.* — С 8-го по 30-е? — *Да.* — Всего было четыре приступа? — *Четыре.* — Больше ничего? — *Нет.* — В промежутках между этими приступами ничего не беспокоило? — *Состояние предобморочное.* — А, все-таки... — *Да, да. То есть с него все началось, собственно говоря, 8 марта.* — А здесь ничего такого не было? Ни предобморочных состояний, ни приступов? — *На днях разговаривала с родными, оказалось, что у меня провалы в памяти, то есть целые события не помню. Я рассказала вчера доктору, она сказала, что это, возможно, связано с болезнью, то есть целыми днями.* — А Вы что, впервые такое заметили у себя, чтобы Вы так забывали прямо кусками? — *Вроде недавно произошедшие события, а я не помню полностью, абсолютно.* — Раньше такого не замечали, не было такой проблемы? — *Не было разговоров, наверно, об этом.* — Нет, причем здесь разговор? Просто живете-живете, и вдруг раз, не можете вспомнить, что было на прошлой неделе. — *Сейчас это все связано с болезнью, поэтому это было тревожным знаком.* — Тревожным знаком к чему? — *То, болезнь так повлияла на память.* — Это Вам доктор сказали? — *Да.* — Вы тоже считаете, что это болезнь — то, что с Вами произошло? — *Сразу после первого приступа я призналась себе, что что-то не в порядке, а именно где — в голове.* — В голове? — *Да.* — У Вас есть какие-то предположения, что это за болезнь, какие у нее... — *Мне никто ни разу не озвучивал диагноз, кроме депрессии.* — Как Вы думаете? — *Я не могу знать.* — А Вам хотелось бы узнать? — *Скажите Вы мне, пожалуйста, что это за болезнь и как от нее избавиться, в конце концов?* — То есть Вам хотелось бы узнать? — *Мне хотелось бы решить эту проблему.* — Нет, но узнать о том, что это за болезнь, Вам хочется? — *Не столько, сколько как ее решить.* — Но, чтобы ее решить, надо знать, что мы решаем. — *Вы же профессионалы, это ваша работа, ваша жизнь.* — Я просто знаю, что Вам предлагали, у нас есть тут такие специальные семинары по психообразованию. — *Почему? Я же ходила на эти семинары.* — Вы ходили? — *Конечно. Когда я лежала в стационаре.* — Были? Вы что-то почерпнули там для себя? — *Я не помню, я просто ходила, но я не помню, о чем там была речь.* — Это Вы и забыли? — *И это тоже.* — Повторенье — мать ученья. — *Да.* — Надо повторно пройти. — *Хорошо.* — Хорошо, я по-

нял. А как Ваше настроение? Скажите мне, пожалуйста. — *Вообще?* — В текущий момент, сегодня. — *Не могу сказать. Чуть-чуть волнуюсь, и все.* — Ну а так среднее? — *Среднее, нормальное.* — Нормальное? — *Ровное, то есть никаких перепадов таких нет.* — Хорошо. А в тот момент, когда появились эти состояния, эти приступы, каким оно было? — *Отчаяние, потому что сначала я подумала, что это у меня проблемы с кровью, так как у меня была железодефицитная анемия, а когда понятно стало... После того, как сдали анализ, и выяснилось, что с кровью все в порядке, начали уже перебирать, что может быть. Потому что скорая помощь первая, которую вызывала, она предложила лежать в неврологии. Но я испугалась, что, когда у меня будет приступ, они там просто со мной не будут знать, что делать. И я отказалась ехать в больницу.* — Как же они не будут знать, что делать, если они врачи? Да еще и в больнице, где все оборудование есть, реанимация, много лекарств. — *Я просто боялась. У меня состояние такое было — бояться все время.* — Без врачей-то страшнее, чем с врачами. — *Потом уже я сама пошла.* — Но тогда Вы отказались от госпитализации? — *Да.* — Почему? — *В неврологию. Я же Вам объяснила, мне было страшно.* — Просто это нелогично. Если человек боится... — *Я понимаю, я же объяснила, мне было страшно, что они не справятся с моим приступом — это.* — Ну хорошо, они не справятся, а дома кто справится тогда? Вы выбрали между ними и домом — а кто у Вас дома, кто мог бы справиться? — *Дома мне было спокойно. И тем более они были проходящими, волнами были эти приступы.* — Дома спокойнее, чем если бы Вы были в больнице? — *Да, не люблю больницы. Никогда не лежала — это был первый раз.* — Может быть, Вы и правильно поступили действительно. Но если так, если это дома проходит, а не в больнице, может, это не болезнь? — *Потом же я сама пошла за направлением сразу к психиатру. И сразу же в этот день поехала на Соколиную гору к психиатру.* — Это Ваше решение? — *Да.* — Это Вы решили, что у Вас психическое расстройство? — *А что было делать, если у меня были мысли навредить своим родным? Это же неправильно, правильно?* — А как именно навредить? — *Неважно, как. Предметов много в квартире, правильно? И были мысли самой с шестого этажа сигануть — тоже неправильно. Здоровых людей не посещают такие мысли.* — Конечно. Ненормально. Ясно. А что раньше таких не было мыслей? — *Нет, только 8 марта случилось.* — А каким образом навредить родным-то? Вернее, это я уже спрашивал. — *Я маму попросила убрать, спрятать все ножи, когда спать...* — Мама была 8 марта? — *Нет, она приехала 10-го числа.* — 10-го? — *Да, с 8-го по 10 марта я лежала, мне было плохо.* — А мысли вредить родным появились не 8-го? — *Нет, 8 марта у меня случилось предобморочное состояние, когда я домой шла. А потом уже, когда они приехали, и все*

ушли в магазин, а я дома осталась одна — вот тогда у меня первый сильный приступ случился. — А приезд мамы планировался? — Нет. — Не планировался? — Когда мне стало уже совсем страшно, я позвонила маме, сказала, что я заболела. — Она в Чувашии живет? В Чебоксарах? — Нет, рядом, 100 километров. — 100 от Чебоксар? — Да. — То есть она на поезде приехала? — Да, с племянницей. — Сколько же они ехали? — Девять часов. — А племянница там живет? — Да. — И брат там? — Да. Девять часов на поезде. — Хорошо, ясно. А брат не приехал? — Нет. Но я же попросила маму только приехать. — Но она с племянницей приехала. — Но это уже сноха так решила. — Сколько лет племяннице? — Группа поддержки. 18 только что исполнилось. — 18 лет? — Да, школу заканчивает, экзамены сдает. — Хорошая девочка? — Да. На английский очень хочет. — А брату Вашему сколько? — Брат на год младше — 42. — 42? У него все нормально? — Да, он женат одним браком, есть дочь. — Успешный брак, да? — Да. — Хорошо. Какие у Вас отношения с племянницей? — С племянницей — стараюсь не мешать, много учится, целыми днями почти. Поэтому поступать сейчас будет. — Смотрите, как быстро реагирует Ваша семья на Ваше это... — Потому что я человек не проблемный, поэтому первый раз я позвонила. — Вы человек не проблемный? — Нет. — Что это значит? — Я не составляю проблемы своим родственникам. То есть о чем-то я, если бы попросила — это бывает крайне редко. — Почему? — Характер такой. — Вам тяжело просить? — Все сама. Зачем напрягать людей по какому-то поводу? — Но это же родственники близкие, иногда бывает приятно даже. — Далековато. Если бы было поближе — это еще бы было понятно. — Но Вы при этом отзывчивый человек? — Обязательно. — Если Вас просят, Вы сразу же едете? — Обязательно. — Я знаю, что Вы туда к маме тоже ездите регулярно. — Да, обязательно. — А Вы ездите тоже так по первому же зову, по первому сигналу? — Конечно. — И таких поездок много было? — Не скажу, что много, но бывает. — Подолгу Вы там находились? — Нет, я же здесь живу. — Но все-таки? — Два дня максимум, и назад. То есть приезжаешь, делишки делаешь и уезжаешь. — Делишки? — По какому-то поводу же всегда едешь, на какое-то мероприятие. — Можете припомнить какие-нибудь такие наиболее яркие из последних поездок? — Последнее было — дом сгорел у родителей. — Ничего себе, делишки. — Вот позвонили... — Сгорел дом у родителей, где они жили? — Да. Все живы, но все сгорело дотла. У соседней загорелась баня. — И огонь перешел на их дом, да? — Да, ветер дул с той стороны, полностью, дом сгорел дотла. — А они были в это время в доме? — Нет, были только папа и бабуля. Они успели выйти. — Это в деревне где-то? — Нет, в городе. — Но дом деревянный, да? — Частный, да, деревянный был. И вот через два с половиной месяца после этого папа еще

умер. — У Вас умер отец? — Да, но я уже не смогла поехать. — Подождите, а дом сгорел, они остались без жилья и без вещей? — Нет, без вещей, да, но жилье, мама живет в ее мамы квартире, а папа жил в моей квартире. То есть жить где было, всех сразу распределили. — Папа переехал в Вашу квартиру? — Да. — Теперь он там же... А он умер. — Папа умер через три месяца после пожара. — А что с ним было? — Цирроз печени, рак. — Понятно. Вы думали... Когда это произошло? — 13 мая, в прошлом году. — Его смерть? Соответственно, пожар был, получается, в марте? — Да. — В марте прошлого года? — Да, правильно. Два с половиной месяца он пробыл после пожара. — Переживали? — Более чем, за него. — А что значит более чем? — Ну потому что мы разговаривали каждый день, он переживал, говорил, что вот все звездочки, все шурупчики, все досочки сам собирал, дом строил, теперь ничего не осталось. Он сильно переживал по этому поводу. — Но Вы себя-то винили в этом как-то? — В чем? — В том, что произошло? В том, что этого могло бы не произойти, если бы Вы там как-то что-то иначе? — Да нет, им же нравилось там жить, комфортно. — Хорошо. — Картошечка своя, все свое. — Хорошо. — Но я же приехала, решила проблемы. — Как Вы решили проблемы? — Всех расселила. — Ясно. Это последняя Ваша была поездка туда? — Да, на похороны я уже не смогла поехать. — Почему? — Он умер, можно сказать, по телефону. Мы разговаривали, и там же вызвали скорую, увезли в больницу, и все на телефоне. Очень сильно голова заболела. Не ожидала. Не ожидала. — Голова заболела у кого? — У меня, когда мама сказала, врач подошел к ней и сказал, что он умер, все. — А, в это время Вы с ней разговаривали... с ним? — Все на телефоне было. По телефону все, как-то голова сильно так заболела. — Как заболела голова, можете припомнить? — Не знаю, просто боль такая очень сильная, резкая была. Разговаривать я дальше не смогла. Дальше уже без меня там все делалось. — В каком месте? — Я не могу Вам сейчас... — Затылочная область, может быть, шея? — Я помню, что вот боль была такая сильная-сильная. Никогда такой не было. Она как бы так сжалась, и все. — Но она потом быстро прошла или она еще длилась потом? — Нет, потом дальше шок был, то есть нужно было прийти в себя. Я не плакала, просто шоковое состояние. Ну сами представьте, по телефону разговариваешь с человеком — и через три часа его нет. — Конечно, тяжело. — Все. — Тяжело. — Да. — Сколько Вы лежали в этом шоке потом, и продолжительность этого состояния? Месяц, два, год? — Не месяц, все, наутро я уже смогла разговаривать по телефону. Но сказала, что я не поеду, потому что я не хочу смотреть, что он лежит в гробу. То есть по телефону решали какие-то вопросы. Мама звонила мне, я звонила ей. — Вы не хотели видеть его в гробу? — Да. — Почему? — Ну тяжело. Потому что после пожара мы с ним каждый день,

можно сказать, чуть ли не целыми днями разговаривали. Мне хотелось как-то его отвлечь, что ли, от мыслей. — То есть Вы жили его проблемами, по сути? — Получается, да, потому что ему было тяжело от этого. Мы с ним прямо целыми днями, с утра, можно сказать, до вечера, на телефоне, когда была возможность. — С утра до вечера на телефоне? — Ну да, разговаривали мы с ним так. — Каждый день? — Каждый день. — Получается, сколько? Три месяца? — Два с половиной, 40 дней. — Скажите, а что-то изменилось в Вашей жизни после его смерти? То есть в Вашем внутреннем состоянии что-то произошло? — Первое время очень тяжело было, честно, морально. То есть позвонить — а, позвонить, уже не дозволюсь. Потом потихоньку отошла. На поминки ни на одни тоже не ездила. — Вы отошли-то окончательно к какому моменту? — Я не могу сказать, просто... — К новому году отошли? — Это да. — Настроение выравнилось как-то более-менее, да? — Да, да. — Скажите, а отношения с мужем не менялись в этот период времени? — Нет. — Как он вообще? Поддерживал Вас в этот период или он относился к этому холодно, безразлично? — Нет, он как сочувствующий человек. Скорее да, чем нет. — Если Вы не возражаете, давайте тогда поговорим о Ваших семейных отношениях. Я так понимаю, что это тоже такой непростой у Вас момент в жизни. — Нет, там все просто. Просто, когда озвучиваешь — это звучит весело. Сначала встречались, потом просто жили вместе, потом брак, потом развод, потом опять просто живем вместе. — Я бы не сказал, что это весело. Это, в общем, довольно такая распространённая история. Часто такое встречаешь. — Не знаю, не интересуюсь, это личное дело каждого. — Конечно. А что происходило? Почему Вы расходились, сходились? Что привело? — Почему был развод? Он поступил некрасиво. Я не буду рассказывать, о чем это, просто поступок его был некрасивый. — Хотя бы общая тема, не надо подробностей, деталей, конечно, пожалуйста. — Касается его родственников. То есть все, дальше не буду говорить. — А что это? Какая-то тайна большая? — Да не тайна, почему? Просто не хочу об этом разговор вести. — Понимаете, это я не из любопытства спрашиваю, нам нужно разобраться, что с Вами происходит. — Я же понимаю. — Психиатры изучают личную жизнь человека. — Объясняю Вам — он попал в больницу, ему дали первую группу. — По какому заболеванию? — Сепсис у него был. — У него был сепсис? — Да. Ему сразу дали группу, три месяца лежал в больнице, ему сразу первую группу инвалидности дали. — Так. — Соответственно, правая рука, правая нога плохо работают, левой чуть-чуть может писать. — Это и сейчас так? — Да, сейчас все осталось так. — То есть у него правая рука и нога не работают? — Нет, работают, но не так, как у обычном человека. То есть правой писать рукой, допустим, он не может. — Так. — Он с первой группы до третьей. — Восстанав-

ливается? — Да, восстанавливается. Когда родственники узнали, что он лежит в больнице, они как бы активизировались по поводу наследства, так скажем. Вот с этим все некрасиво. С его стороны. — Родственники с его стороны, кто там? Сестра? — Нет, седьмая вода на киселе там родственница какая-то. — А наследство — под наследством подразумевается квартира, прежде всего, да? — Наверное. — В которой Вы живете? — Да. — И что? Они хотели его сделать... — Они уже просто думали, что он не сможет... — Не выживет? — Да. И раньше времени начали принимать действия там какие-то. — Чтобы Вас оставить в стороне, что ли? — Можно не говорить на эту тему? Просто мне не хочется. — Пожалуйста, ладно, давайте не будем. Для нас важно знать, что это за переживания, понимаете? Это же важно, тем более в вашем случае. — Просто он стал на сторону родственников — вот и все, своих родственников так называемых. — Это когда было? В каком году? — Это было в 2008-м. — И тогда Вы развелись? — Нет, через три с половиной года. — Значит, Вы развелись не в связи с этим? — В связи с этим, но так как плохая у него была реабилитация, туда-сюда, пока на работу его взяли по старой памяти с инвалидностью. Хотя с такой инвалидностью уже не берут на работу. — А можете припомнить в те годы, когда все это происходило, эти коллизии, тогда были состояния, похожие? — Нет. — Может, предобморочные какие-то? Или онемение в руках? — Нет. Онемение в руках у меня было где-то за две недели до 8 марта в этом году, левая рука. Ушли вены из левой руки, сутки. Я разработывала ее мячиком. Все, единственное. — Как это, ушли вены? — Сейчас видно вены, что они есть. — Видно, да. — А они прямо, как бы не было, не видно — это доктор сказал: “У вас вены ушли из руки”. — Это слова доктора? — Да. — Вены не уходят. — Она так сказала. — Это такое образное выражение. — Нет инсульта, признаков инсульта нет. — Да. Давайте вернемся все-таки к ситуации с мужем. Вы через три года с ним развелись. — Да. — Почему? Как это объяснить? — Просто ему некогда было — он работал, это же нужно заниматься этими бумагами, чтобы сходить. Он с лентой, поэтому все так эта тема... — Каких бумаг? — На развод. — Кто был инициатором развода? — Я попросила его развестись. — В связи с этой историей? — Да. Не хотелось мне называться женой после таких событий. — Так, да? — Да. — Но при этом Ваши чувства к нему остались? — А как? Что делать? — Это вопрос. Остались? — Можно сказать, что да. Поэтому же и живем вместе столько лет. — И его чувства к Вам тоже остались такими же? — Он не хотел разводиться. А мне было важно, что будет развод, что будет бумага такая. — Для чего Вам это надо было? — Это как будто ответ на его поступок. — Ясно. Но потом мы вновь женились? — Нет. — Вы просто живете вместе? — Одного раза хватит. — Но

вне брака? — Да. Как это называется? Гражданский. — Понятно. С его стороны поступают в Ваш адрес предложения: “Давай пойдём, опять зарегистрируемся”? — А зачем? — Как зачем? Чтобы Вы... — Лирика уже никому не нужна сейчас. — Нет, дело не в лирике, а в имущественных вопросах. — Нет, хватит с меня имущественных вопросов. Достаточно того, как они сейчас обстоят. — Я не понимаю Вас. Что значит “достаточно с меня имущественных вопросов”? Существует законодательство, в соответствии с которым супруги при официальном заключении брака — это брачный договор, договор юридический, на основании которого в разных ситуациях идет распределение наследства. — Мы обсудили эту ситуацию и больше не хотим ее касаться. — Вы с кем это обсудили? — С мужем. — Такое создается ощущение, что это было условие. — Это не было условие. — Ваш развод — это как условие. — Мне просто не хотелось называться женой такого человека, вот и все. — Странно, что Вы сейчас до сих пор с ним тогда живете. — По характеру мы друг другу подходим — он спокойный, я спокойная. — Похоже, что он Вам нужен просто как человек, который Вам помогает справляться со своими проблемами медицинскими. — Не поняла. — Вы не можете выйти на улицу, например, без сопровождающего. — Так это вот случилось 8 марта. А живем-то мы сколько? — Не поэтому? — Нет, точно не поэтому. — Хорошо. — Я же ходила к нему три месяца в больницу, когда он лежал. — Я знаю — это удивительно. — Потом он еще не раз лежал, правильно. Такие болезни, как у него же за один раз не лечатся. — Вы ухаживали за ним? — Обязательно, да. Не бросишь же человека в беде. — А он был лежачий больной? — Первые три месяца да. — Понятно, требовал ухода, обработки кожи и все остальное. — Нет, такого не было. У него проблемы с движением. — Я понимаю. — То есть там покушать, допустим. — Вы его кормили, все остальное? — Да. — Хорошо. Скажите мне, пожалуйста, после того, что случилось 8 марта, Ваши отношения с ним все-таки изменились как-то, на Ваш взгляд? Прошло три месяца. — Он, видимо, решил добром ответить на добро. То есть сейчас он нянчится со мной, можно сказать, сопровождает меня, тоже сегодня пришел. — А для Вас это удивительно? — Немного да, потому что все-таки мужчине несвойственна забота. — И Вы от него не ждали этой заботы так уж прямо? — Нет, честно, нет. Это было приятным сюрпризом. — Приятный сюрприз. И что же Вы думаете, что это просто его ответ на Ваше добро? Как Вы сказали, добром на добро. — Почему? — Баш на баш. — Когда же я ходила, у меня же никто не спрашивал, нужно, не нужно, я просто вставала утром, готовила ему, ехала в больницу. — Я вопрос задам конкретнее. Если бы не было той ситуации, когда Вы за ним ухаживали? — Я не смогу ответить на этот вопрос. Это, наверное, надо было у него спрашивать. — Предположения

Ваши какие? Вы же его знаете лучше, чем кто-либо здесь. — Скорее бы, он поступил так же, как сейчас. — Он порядочный человек в этом смысле? — Да. — Хорошо. — Я же ему супы не пересаливала. Поэтому и он добром ответил. — Хорошо. Он сейчас очень озабочен Вашим состоянием? — Наверное, ему и страшно отчасти — такие мысли в голове. Не у всех бывает. — 8 марта — это же праздник, насколько я знаю. — Да. — В нашей стране, во всяком случае. — Бывает. — Что он Вам подарил? — Мы не делимся подарками. Я практичный человек. — То есть? — Купили машинку: “Это тебе на 23 февраля”, — или что-то такое. Я не лирик. — Лирик, не лирик, но все равно. — Не романтик, нет. И цветы я не люблю, когда дарят. — Да? — Да. — То есть он Вам ничего не подарил? — Нет. Вы хотите сказать, что первый раз? Нет, не первый раз. Просто первый раз, когда после свадьбы он подарил безделушку, я попросила — лучше ничего, чем какие-то безделушки. Так и повелось. — То есть Вам этот подарок очень не понравился? — Зачем дарить то, что мне не пригодится? Я практичный человек. — Практичный? Хорошо. То, что в хозяйстве — это хороший подарок. — Правильно. — Ясно. Ничего такого практичного он Вам не подарил на 8 марта? — Да, безделушек не нужно. — А я про 8 марта говорю 2018 года. Я почему? Потому что именно в этот день началась Ваша болезнь. — Случилось бы 7-го или 9-го. — Но случилось это 8-го. — Я не могу сказать, что это связано именно с этим праздником. — Может быть, это совпадение. — Скорее всего. — Тем не менее, давайте тот день вспомним, что тогда произошло? Вы сказали, что еще до него какое-то время у Вас были онемения. — За две недели рука немела. — Как немела рука? Пальчики? — Нет, полностью кисть. — Как перчатка? — Да. Я помню, ночью проснулась, она онемела. — Онемела. Это бывает, когда человек отлежал руку. — Да, но она не проходила. И я тут же пошла на следующий день к терапевту. — Так. — Она сказала: “Инсульта нет, разрабатывай”, — и дала анализ обций сдать. — Так, понятно. И это прошло? — Сутки мячиком я разрабатывала. — И все ушло? — Да, все ушло. Но, как она сказала, вены ушли из руки, такое говорит, рассмеялись, что так доктора не говорят. — Хорошо. Это был какой-то короткий эпизод, но Вас он встревожил? — Сутки — это же не простое было онемение. — А какое? — Так же не должно быть. — Не должно, но выявили... — Значит, это там с кровью, с сердцем там. — Да они выявили, что там все нормально, значит, от нервов, от стрессов. — Так я не думаю точно. — Но сейчас-то Вы так думаете? — И сейчас так не думаю. — А третий вариант какой? — Третий вариант? — От сосудов — первый вариант, от стрессов — второй вариант, а третий какой? — Показалось. — То есть? — То есть не было ничего. — Не было онемения? — Да. Такое тоже может быть. — Но это тогда тоже относится — от стрессов. — Не

думала, не думали ни про какие стрессы. Просто напугалась, что так долго она не работает. Ну как не работала? Покальвания были. — Тогда, может быть, показались и обмороки? — *Может быть. Предобморочное.* — Предобморочные показались. Тогда, может быть, показались и эти мысли относительно... — *О, нет.* — ...Шестого этажа, ножей? — *Нет, я пела песню вслух, стихи читала, лишь бы не сигануть. Знаете, как страшно мне было? Я подвинуться боялась.* — Подвинуться? — *Да. Думаете, показалось такое?* — Я не знаю, спрашиваю Вас. — *Что я сама себе надумала? Я очень прямо отчетливо помню — первый и четвертый.* — Сколько длились эти приступы? — *Первый где-то час.* — Час длился. — *Да.* — Дальше. — *Второй, третий не скажу.* — Примерно, приблизительно. — *Тоже в районе часа. А четвертый покорооче, потому что сразу же я разбудила маму, вызвали скорую. Сначала одна скорая приехала, потом вторая...* — Четвертый длился дольше, чем час? — *Нет, наоборот, короче.* — А, короткий бы? — *Все быстро.* — Ясно. — *Все быстро, потому что было четыре часа ночи, и они быстро все приехали.* — Понятно. Хорошо, видите, как у нас скорая работает здорово? — *Да.* — Значит, четвертый приступ короткой ночью, первый приступ тоже где-то около часа длился. — *Нет. Да. Час был днем.* — Днем был? Днем? Вечером? — *В обеденное время.* — В обед, когда Вы шли из магазина? — *Нет, я как раз лежала, у меня сил не было вставать. А они все в магазин ушли, родственники.* — А, это после 8-го уже, да. Все понятно. — *Да. Когда они приехали.* — Вы остались одна дома? — *Да. И я хотела очень встать в туалет, но я боялась, что я что-нибудь натворю и спрыгну с шестого этажа.* — И что Вы сделали? Позвонили им? — *Две SMS я написала.* — Какого содержания? — *“Мне плохо”.* — А про шестой этаж? — *Про шестой этаж я не писала.* — Просто “мне плохо”? — *Да.* — Кому? — *Маме. И вторую SMS через сколько...* — Тоже маме? — *Да.* — Не мужу? — *Нет. Ну мама же.* — Но вернее-то мужу. — *Почему? Мужчины не так реагируют. У женщин более эмоционально.* — Но они среагировали быстро? — *Да, они взяли такси и приехали.* — И Вам сразу стало лучше? — *Не лучше. У меня наоборот, истерика сначала была.* — Какая? — *Я им рассказала все, что творилось со мной в течение этого часа. То, что мне было страшно, то, какие мысли у меня в голове были. Они не верили, на меня смотрели, мама так не верила, на меня смотрела.* — Не верила? — *Нет.* — Это как понять, не верила? — *Какое-то у нее лицо такое было.* — Сомнительные для нее были эти жалобы? — *Да.* — Но она высказывала Вам свои подозрения? — *Нет, но как-то она недоверчиво на меня посмотрела.* — Вам это не понравилось? — *Почему не понравилось?* — Ну как? Когда родственник Вам не доверяет. — *Просто я думала, что есть хоть один здравомыслящий человек. Может, на самом деле ничего не было — вы же тоже*

вопрос этот задали. — Вы маму называете здравомыслящим в этом смысле? — *Да.* — А мужа нет? — *Муж как-то более спокойно реагирует на все.* — Сколько длилось это состояние? Тогда без скорой все обошлось? — *Да.* — Что Вас стали успокаивать? — *Да. Покушать приготовили.* — И Вы успокоились? — *И я успокоилась.* — Хорошо. Третий приступ через сколько возник? Второй, я уже сбился со счета. — *Второй, наверное, через неделю.* — И тоже в их отсутствие было? — *Нет, это уже было в их присутствии.* — А что-нибудь там происходило? — *Нет, я дома была.* — Это утро, день? — *Это был вечер.* — Вечер? — *Да, ближе к вечеру. Потом на следующий день мы сразу пошли на прием на Соколиную гору. А третий приступ был через пять дней, то есть сократился интервал. Сначала неделя, потом через пять дней.* — Ясно. — *А потом четвертый, и уже все.* — Мама еще в Москве? — *Сейчас опять приехала навещать.* — Она уезжала, пока Вы здесь лежали? — *Она со мной здесь жила почти месяц, когда приехала. Потом она уехала, сейчас опять приехала.* — Уехала она, пока Вы здесь лежали в больнице? — *Да, муж ходил.* — Муж ходил к Вам. — *Каждый день.* — Хотя свидания с родственниками, наверное, не каждый день, или как? — *Почему? Каждый день.* — Раньше так было, что не каждый. — *Сейчас можно каждый день.* — И он на выходные Вас забирал домой? — *Нет, меня не отпускали.* — Не отпускали бдительные врачи? — *Да, очень бдительные. В субботу, в воскресенье два раза приходил.* — То есть утром пришел там, покорчил Вас и вечером? — *Да.* — Слушайте, просто идеальный какой-то супруг у Вас. Вам позавидовали бы многие женщины. — *Спасибо. Пусть завидуют дальше.* — Да. Я понял, скажите, я не буду Вас долго мучить, еще буквально пару вопросов, потом еще врачи. Выявилось у него бесплодие, насколько я знаю, да? — *Да. Неактивные сперматозоиды.* — Но ведь это такое условное бесплодие. Можно было бы полечиться. — *Не получилось в результате. Лечились — не получилось.* — В конечном итоге можно было бы попробовать какие-то другие способы деторождения. — *Наверное, ни он, ни я не захотели. Раз не получилось, значит, так надо было.* — Тем не менее, у меня вопрос. Кто принял решение о том, что не будем заниматься? — *Само собой оно получилось, что не будем заниматься. Он же согласился.* — Нет, смотрите, возникла проблема. — *Не каждый мужчина пойдет сдавать такой анализ, во-первых.* — У Вас возникла проблема — диагностически выявилось у него бесплодие. — *Да.* — В этот момент Вам врачи предлагают (это всегда так делается): мы лечимся и стремимся к тому, чтобы у Вас семье появился ребенок, или Вы отказываетесь от лечения. — *Морально для него было тяжело признать сей факт, понимаете?* — То есть это его инициатива — не лечиться? — *Нет, он лечился, почему? Он ходил, препараты всякие ему прописывали.* — Он лечился? — *Да.* — Понятно, там

есть следующий шаг, следующий шаг, если это не помогает, то дальше, вплоть до — экстракорпоральное там делают. — *Я понимаю. Мы решили, что естественным путем если не получается, то значит нет.* — Кто решил? — *Оба, почему кто?* — Всегда кто-то один решает, а второй соглашается с этим. — *Не бывает так.* — Как не бывает? — *Пришли к общему мнению, так скажем. Это не болезненная тема, нет — не получилось, значит, не получилось.* — Не болезненная? — *Нет.* — Вы к этому спокойно относитесь? — *Да.* — У Вас же там есть материнский инстинкт. — *У меня племянница на глазах росла — мне этого достаточно. Я с ней нянчилась.* — Племянница — это все-таки дочка брата. — *Она еще и похожа на меня, все говорят.* — Ясно. — *Так что мне хватает.* — Понятно. В общем, Вы на будущее тоже для себя эту тему закрыли? — *После такого теперь точно.* — Почему? А после чего такого? — *После такой болезни.* — А что такого? — *Я еще несамостоятельна, Вы еще хотите, чтобы ребенок — нет.* — Я не хочу. — *Вы так говорите.* — Я просто спрашиваю. — *Нет.* — Я так говорю, как будто я хочу, да? — *Да.* — Муж так не говорит Ваш? — *Нет.* — Ладно. Хорошо. Последний мой вопрос относительно этих мыслей, которые мы называем такими контрастными мыслями, то есть они контрастируют с настоящими желаниями человека. Настоящее желание человека жить, а появляется мысль прыгнуть из окна. Настоящее желание человека любить, а появляется желание убить — такие контрасты. — *Да.* — У меня вопрос — Вы всегда контролировали их? — *Да.* — Они всегда были под Вашим контролем, несмотря на их ужасное содержание? — *Длительно звучит “всегда”, тут небольшой период у меня. Или Вы считаете, слишком...* — Нет, четыре... — *Да, то есть я победила, не так...* — Вы победили. — *Хорошие мысли победили плохие мысли.* — Да. И всегда хорошие мысли доминировали над плохими? — *Получается, что да.* — Хорошо, спасибо. — *Спасибо.* — Несколько вопросов теперь Вам зададут доктора. Прошу, коллеги. — *Все стесняются?* — Нет, все просто сейчас думают, как сформулировать.

Вопросы пациентке.

— Вы знаете, по тем сведениям, которые мы о Вас знаем, некоторые поступки Ваши или некоторое поведение не соответствует тому, что мы видим сейчас. У меня такой вопрос — то состояние в прошлом году, когда Вы в течение трех месяцев постоянно звонили своему папе, это же Вы были инициатором звонков? — *Нет, он тоже звонил.* — Все-таки Вы набирали или он звонил? — *Иногда ему некогда было, он все-таки был больной человек. Поэтому иногда он звонил, но я перезванивала.* — Мне так представляется все-таки, что Вы были инициатором звонков, и постоянно держали на связи всю ситуацию. Что за состояние тогда было у Вас эти три месяца? — *Я пыталась помочь.* — Оно такое было, как... — *Потому что он никогда не жил один, а я, получается, на пятом эта-*

же пешком один жил пожилой человек с таким диагнозом. — У Вас были опасения постоянно, что с ним что-то случится? — *До того он два года лежал в состоянии растения, то есть мама за них ухаживала, ему ставили рак. Потом два года лежал. Через два года он встал потихоньку.* — Когда он лежал, Вы не звонили? А началось какое-то состояние, Вы стали звонить постоянно в течение трех месяцев? — *Нет, просто у них с мамой был конфликт, поэтому они не общались. Поэтому мне нужно было как-то поддерживать человека, правильно? Я не была там, я считала себя виновной, что не еду туда к ним.* — Считали себя виновной. В этом состоянии Вы считали себя виновной, считали, что должны постоянно это контролировать? — *Нет, что я не могу быть там с ним.* — Да. Но Вы не были с ним все это время. А состояние началось такое, что Вы не могли не звонить ему, не интересоваться — чувство вины было настолько сильным. — *Я так не думала, и не думаю, но если вы так считаете или так со стороны это выглядит...* — Да. Еще один вопрос у меня. После того, как муж переболел тяжелым заболеванием, прошло три года, и через три года Вы инициировали... — *Нет, разговоры были, просто он все...* — Вы инициировали все это? Это активность нужна. Он не хотел, Вы настаивали, Вы говорили, что делать, такой был период. — *События, которые предшествовали разводу, они случились в 2008 году.* — Да, они три года назад были. — *Да. Он откладывал, но он не хотел, он честно говорил, что он не хотел разводиться.* — Он-то не хотел, я и говорю — Вы настаивали. Этот процесс требует больших сил, требует активности от Вас, целенаправленной активности. — *Это просто SMS или e-mail — это же не сложно. Давить на него — я не давила. Просто то, что...* — Но Вы его направляли. — *Мне хотелось, чтобы был развод, вот.*

— Еще вопрос, если позволите. Глядя на Вас, на Вашу деликатную беседу с Андреем Аркадьевичем, возникает сомнение, как Вас могли назначить старостой группы, активистом в институте, в школе и так далее? — *Я не могу голос повышать?* — У меня такое ощущение, что Вы тогда несколько в иной ситуации находились, нет? — *Там же все по учебе. Я была хорошей ученицей, поэтому...* — Хороших учеников много. Старостами назначают не тех, как правило. Нам сказали, что Вы были именно такой человек, активный. — *Да, а что сделаешь. Ну, тогда все были активные, было советское время. Там по-другому нельзя было быть, правильно? Все были в коллективе. Если ты хороший ученик — ты должен, ты обязан, вот с этой точки зрения.* — Хорошо, еще один момент. Когда появились эти приступы, было состояние, когда Вы находились дома, никуда не ходили, не вставали с кровати, похудели на три килограмма, потому что у Вас не было аппетита, Вы не могли ничего есть. Вот это состояние, оно же отличалось от предыдущих состояний? — *Вопрос не понял.* — Это со-

стояние, когда Вы не выходили из дома вообще и даже не поднимались с кровати. — *Там за два дня я почти сбросила этот вес, просто слишком тяжело мне было. Резко как-то все это получилось. Я лежала только два дня, а потом мама приехала.* — Мама приехала, да, но само состояние было не такое, как обычно? — *Нет, конечно. Кушать я точно не хотела.* — У Вас не было аппетита? — *Не было аппетита.* — У Вас не было активности? — *Не было ничего.* — В течение месяца Вы находились в таком состоянии? — *Не в течение месяца, 30-го же я уже в больнице оказалась. Три недели всего.* — И в больнице произошло еще одно изменение, то есть на фоне вот этого состояния, на 24-й, по-моему, день, или на 44-й, Вы вдруг стали очень... — *Да-да, мне тоже рассказывали, вот я говорила, что я не помню, что мне все говорили, что я много кушала.* — Нет, Вы много кушали, много говорили, Вы постоянно обращались с вопросами. — *Да?* — Вам объясняли, Вы снова обращались с вопросами. Вы плохо спали, Вы, так сказать, конфликтовали, можно сказать, немножко. — *Первый месяц плохо помню, я признаюсь, потому что начали, когда с мамой разговаривать, некоторые события не очень.* — Ну память у Вас неплохая. — *Я не жалею на память, я говорю просто про ...* — Да, психолог нам сказал, что память неплохая. — *А, да, тесты, где я проходила. Да.* — Все, спасибо. — *Спасибо.*

— У меня будет вопрос, слишком вмешивающийся в Вашу семью, но все же: Вы не работаете, насколько я понимаю? — *Нет, домохозяйка.* — И муж у Вас инвалид, да? — *Но он работающий.* — Работающий, да. — *Да-да-да.* — Но Вам хватает на жизнь? — *Да, да.* — Как Вы живете? — *Он мне помогает, я помогаю ему.* — Нет, я в плане бюджета. Все-таки жить в Москве — это недешевое удовольствие. Как Вы справляетесь в бюджете? — *Его зарплаты хватает.* — Похоже, не только на Вашу семью хватает его зарплаты. — *Почему?* — Ну, Вы ездите еще там разруливать делишки, как Вы их называете, после пожаров. — *Помогать родственникам.* — Но это же тоже финансы определенные. — *Ну какие определенные?* — Ну как там, все решить, расселить. — *Ну, если быть экономным и правильно распоряжаться...*

— Следующий вопрос по поводу звонков вашему папе. Вот когда Вы три месяца ему звонили, с мамой Вы как-то поддерживали связь в этот момент? — *А я Вас знаю же, да?* — Да, знаете. — *А, Вы с Соколиной горы, Вы доктор?* — Да. — *Я Вас узнала.* — Я Вас тоже знаю. Так вот, скажите, Вы с мамой в тот момент общались? — *Да, обязательно. То есть разговор с папой — тут же звонок маме, нужно рассказать, что он там делает. Если что-то нужно помочь, чтобы она сходила, ему помогла, там сделала что-то. Нет, то есть они общались, у них не полностью было прекращено общение, они как-то общались, но...* — Но Вы общались свободнее. — *Да, обязательно. И с бабулей тоже. То есть все эти три месяца я им звони-*

ла, всем троим. — Пожалуй, у меня еще один вопрос. Вы всю жизнь не работаете. Не возникало ли у Вас желания пойти поработать? — *Ну как бы сразу было оговорено, что я буду домохозяйкой, поэтому нет.* — Нет? И как Вы себя самореализуете в этой жизни, поскольку, на мой взгляд, человек нуждается в самореализации. — *Рукоделием занимаюсь, да.* — Слушайте, за 20 лет не работы у Вас, наверное, рукоделия... — *А что?* — Ну Вы что, вяжете? — *Вяжу, шью, вышиваю. Любую вещь могу сшить.* — А что именно? — *Ну любую. Вашу рубашку, Ваши брюки.* — Нет, вот мужу. — *Мужу можно купить, так экономичнее.* — А что Вы еще делаете, кроме рукоделия? — *Ну не знаю, по дому, по хозяйству.* — Ну чем? Ну дом, хозяйство — ну это не весь день же. — *Общение.* — Общение? — *Конечно.* — С кем? — *Ну, подруги старинные.* — У Вас есть подруги? — *Да.* — Много? — *Ну две, с которыми общаюсь постоянно.* — Как? — *По телефону.* — Только? — *Они не здесь живут.* — А здесь, в Москве? — *Ну, здесь знакомые по поводу котов, помогаю, пускают.* — Знакомые по поводу котов? — *Да, да.* — Это кто такие? — *Ну такие там женщины, бабушки, которые занимаются пристройством, вот я им помогаю. Ну, иногда там кормом, иногда объявления размещаю, у кого Интернета нет.* — То есть Вы занимаетесь пристраиванием бездомных кошек? — *Ну скажем да, так.* — Именно кошек, не собак? — *Я не по собачкам, я по кошечкам.* — Почему? — *Не знаю, так получилось. Мне комфортнее с кошками, чем с собаками.* — То есть собаки пусть гибнут там на свалке? — *Они не гибнут, там есть другие люди.* — Но они тоже бездомные, они мерзнут, им тоже нужна помощь. — *Там немножко другая ситуация. Я не умею обращаться с собаками, а с кошками я умею обращаться.* — А, это связано с тем, что Вы просто умеете? — *Да.* — И Вы любите кошек? — У Вас дома-то есть? — *Нет, никого нет, ни одного.* — Почему? — *Ну, был кот, он умер уже два года назад, поэтому пока не могу, не готова.* — Странно — Вы любите кошек, и у Вас нет кошек дома. Казалось бы. — *Ну потому что он внезапно, не заметили болезни.* — Нет, я про то, что Вы потом, после его смерти никого. — *Не получается, вот как-то он меня не отпускает. Ну не могу я нового кота завести пока еще. Как созрею, заведу.* — Ну хорошо, значит, Вы не созрели пока? — *Нет пока еще.* — Я понял. И что же, Вы пристраиваете? То есть Вы выходите на улицу, находите бездомную кошку, как это все происходит? — *Я нигде не выхожу, есть бабушки, у которых много кошек, или кто-то там помогает, подкармливает ходит. Ну, уже такие пожилые люди, у которых нет, допустим, Интернета. Я фоткаю, размещаю объявления, потом звонят этим бабушкам, дедушкам, кто забирает, кто не забирает — вот таким образом.* — Ну ясно. Ну вот, может, смотрите Вы телевизор, что-то читаете? — *Телевизор я не смотрю.* — Куда-то ходите с мужем там, на какие-то концерты там, в кино? —

Обязательно, концерты, театр, все такое. — Посещаете, да? — Да, да. — У Вас такая вот... А в гости? — В гости — нет. — Вы приглашаете кого-то? — Не очень я хлебосольная в этом смысле. Родственники — пожалуйста. — А если Вы к кому-то идете? — Не люблю по гостям ходить, лучше в театр. — А муж? — Мужу все равно, лишь бы вкусно поесть. — То есть он у Вас тоже такой не очень социальный человек? — Ну почему, социальный. — Ну потому, что у Вас в Москве нет никого, с кем бы Вы могли проводить время вне семьи. — А вдвоем — это разве плохо? — Я про другую жизнь. — Не знаю, я же его тоже редко вижу, целыми днями на работе. — Об этом я и говорю, он целыми днями на работе, а Вы одна. — Ну есть же звонки, есть же скайп, в конце концов. Я не скуучаю, мне нравится, когда скуучно. — Вам нравится, когда скуучно? — Да-да-да.

— Скажите, вот Вы получаете терапию здесь, уже длительное время Вы получаете препараты. Как Вы оцениваете их действие, Вам помогло наше лечение? — *Лечение помогло, да, то есть вот приступов у меня уже нет такой силы. Мысли — да, они возникают в голове, а вот приступов, спасибо всем докторам, которые мне помогли — спасибо, что нет этих приступов, это да. — А как Вы переносите терапию? — Ну вот последние таблеточки, у меня от них качели в голове, я не могу никак объяснить, как еще это. Ну вот бывает, дух захватывает, да, когда на качелях качаешься, вот. А мне почему-то их не хотят поменять, говорят, что это классика, говорят, что она хорошо помогает. — Скажите, пожалуйста, а ощущение скованности — нет таких у Вас моментов? — Скованности? — В движениях. — Нет, нет. — Такого нет? — Нет. — Скованность в мимике, как-то Вы не можете... — Нет ничего такого. — Таких нет ощущений? — Нет ничего такого. — Скажите, еще такой у меня вопрос. Как у Вас со сном сейчас? — Ну, я пью таблеточку на ночь. — А были до этого проблемы со сном, до получения? — Нет. Сплю я хорошо, но перед этим, перед этой толстенькой таблеточкой мне выписывали феназепам — феназепам не помогал то есть. А вот эта вот таблетка, которую я пью сейчас, вот она помогает, то есть я сплю. — И еще вопрос относительно травм головы, были? — Нет. — Травм головы не было. Как Вы переносите душные помещения, транспорт? — Не очень, но сейчас получше вот. Первое время даже пила от тошноты. — То есть Вас укачивает в транспорте? — Да-да-да, я впереди всегда сажусь, в хвост я не иду, сажусь всегда впереди, потому что меньше укачивает. — Это с детства у Вас? — Да. — А мама доношенную Вас родила? — Да, здоровую. — Роды протекали... — Да, из болезней была только аллергия сильная. — Это в детстве совсем? — Да.*

Ведущий: Спасибо. Еще вопросы? Давайте тогда отпустим нашу подопечную. — *Спасибо. — Всего*

Вам хорошего. — *До свидания. — Удачи, здоровья. Сейчас она уйдет. Так, начнем с лечащего врача.*

Врач-докладчик. Исходя из клиники и динамики заболевания, необходимо провести дифференциальный диагноз со следующими заболеваниями:

1. Шизотипическое личностное расстройство. F21.8
2. Шизофрения псевдоневротическая (неврозоподобная). F21.3
3. Биполярное расстройство 2 типа. F31.3
4. Обсессивно-компульсивное расстройство F42

В клинике заболевания на протяжении 3 месяцев отмечалась неврозоподобная симптоматика, эпизоды наплывов, обрыва мыслей. Мысли носили вычурный, навязчивый, императивный характер, были чуждыми для пациентки, что можно квалифицировать как психические автоматизмы. На фоне этого появилась тревога, сопровождающаяся вегетативными проявлениями, непреодолимый страх “навредить себе или окружающим”, агорофобические переживания. Возникло ощущение своеобразной “пустоты” в голове, когда “плохие мысли купировали мои мысли”. Выражены “негативные” симптомы, такие как сглаженность эмоциональных реакций, появление социальной отгороженности и снижение социальной продуктивности. Значительное и последовательное качественное изменение поведения, что проявляется утратой интересов, самопоглощенностью и социальной аутизацией. Во время экспериментально-психологического исследования помимо процессуальных расстройств мышления определяются нарушения в эмоциональной сфере, проявляющиеся выраженными признаками тревожного состояния. Таким образом, согласно критериям МКБ-10, целесообразна дифференциальная диагностика с диагнозом “**Шизофрения псевдоневротическая (неврозоподобная)**”. F21.3.

Однако стоит отметить, что заболевание развилось у личности с неотягощенной наследственностью. В преморбиде развивалась как активная, жизнерадостная, общительная. Анализируя анамнестические сведения можно выделить периоды аффективных колебаний, когда пациентка была деятельна, могла без труда одновременно справляться с учебой и различными спортивными увлечениями; с легкостью меняла места жительства, будучи в близких отношениях с мужчиной, дважды заводила сексуальные отношения с другими мужчинами, что не являлось характерным для пациентки. В структуре настоящей клинической картины можно выделить отчетливое появление депрессивной симптоматики в виде снижения настроения, снижения аппетита, нарушения сна, трудностей в концентрации внимания, появления двигательной заторможенности. Кроме того, можно отметить два эпизода измененного аффекта: внезапный развод с мужем по внешне незначительному поводу и во время текущей госпитализации, когда на фоне приема анти-

депрессантов изменился стереотип поведения с появлением гневливости, многоречивости, навязчивости к мед.персоналу с различными претензиями и жалобами, высокомерным отношением к окружающим. На фоне измененного аффекта отмечалось внезапное появление приступов тревоги, страха, навязчивых мыслей. К появившимся психопатологическим симптомам сохраняется критическое отношение, пациентка воспринимает их как собственные мысли, но чуждые по содержанию, не свойственные ей. Из-за этого мысли носят мучительный характер. Пациентка пытается бороться с ними, вытесняя “хорошими мыслями”, напевая песни, что может характеризовать их как контрастные навязчивости. В экспериментально-психологическом исследовании определяются такие черты личности как обидчивость, подозрительность, высокие требования к себе, завышенная самооценка и слабая способность идентифицировать собственные эмоции и чувства. Таким образом, согласно критериям МКБ-10 целесообразна дифференциальная диагностика с **Биполярным аффективным расстройством 2 типа. F31.3. Коморбидным с обсессивно-компульсивным расстройством. F42.**

Рассматривая заболевание в динамике, необходимо отметить, что с 23 лет пациентка изменилась по характеру. Нарастала социальная отгороженность. Сократился круг знакомых, к общению и созданию новых социальных связей не стремилась. Круг интересов стал ограниченным бытовыми делами. Не предпринимала попыток к поиску работы, безразлично относилась к отсутствию полноценной семьи. На серьезные конфликты с мужем реагировала холодно, даже после развода продолжила жить с ним в одной квартире. Появились своеобразные увлечения, стала находить бездомных животных на улице, пристраивала их. В возрасте 43 лет появились эпизоды навязчивых мыслей, которые носили приказывающий, непреодолимый характер. В то же время четких психотических эпизодов параноидного или кататонического круга, псевдогаллюцинаций, четких нарушений мышления, характерных для синдрома Кандинского (“открытость мыслей, эхо мыслей, чувство сделанности”), не отмечалось. Во время осмотра определяется эмоциональная холодность, монотонность, однообразие. В мышлении выявлены выраженные нарушения целенаправленности в виде соскальзывания, резонерства, разноплановости. По данным экспериментально-психологического обследования на первый план выходят нарушения мотивационного и операционального компонентов мышления по типу актуализации латентных признаков и разноплановости. В личности отмечаются признаки эмоциональной холодности и дефицитарности мотивационного компонента психической деятельности. Таким образом, согласно критериям МКБ-10, можно выставить диагноз **“Шизотипическое личностное расстройство”. F21.8.**

Вывод: учитывая вышеизложенное, целесообразно остановиться на клиническом диагнозе: **“Шизотипическое личностное расстройство”. F21.8.**

Ведущий: и Ваши рекомендации по терапии, дальнейшему лечению, ведению, с учетом этой диагностики. — *Я считаю, что лечение, которое она получает в данный момент, целесообразное, поскольку пациентка плохо переносит атипичные нейролептики. Как мы видим, она принимала оланзапин, рисперидон, но это давало побочные действия. Мы остановились на типичных нейролептиках в стационаре. Сейчас дневной стационар поддерживает ту же тактику сохранения типичных нейролептиков.* — Все-таки поконкретнее немножко, какая тактика и дальнейшая стратегия ведения этой больной. — *По лечению так, и теперь по поводу психореабилитационной работы. Пациентка сказала, что она проходила психообразование, но она прошла не весь курс, а была только на одном занятии. Я бы ей рекомендовала прохождение психообразовательных мероприятий, тренингов социальной коммуникации, и возможно, тренинга трудоустройства, но у нее нет мотивации, поэтому пока это не получается. Оценка трудового прогноза неблагоприятная.* — Ей нужно проходить тренинг социальной коммуникации, она в этом нуждается? Она тяготится своим одиночеством и тем, что у нее не получается устанавливать социальные связи, или она тяготится своей безработицей? — *Ну, она не тяготится этим, но социальная аутизация налицо.* — Зачем тогда тренироваться этому? Она же не испытывает социальной дезадаптации. У вас есть такой замечательный тренинг, компьютерный, как распознавание эмоций, чтобы пациентка смогла, хотя бы обращаясь к врачу, как-то идентифицировать свое состояние эмоциональное, поскольку у нее слабая способность говорить о своем состоянии. Она говорит о том, что она кому-то помогает, что-то делает, либо как она относится к кому-то или к кому-то, а об эмоциях вообще ничего. — *Это потому что она не хочет или не может?* — Не может. Я уточняющие вопросы несколько раз задал в различных сферах, в том числе не обязательно в стрессовых, ей как-то тяжело выражать их.

Ведущий: Хорошо, спасибо. Есть вопросы к докладчику?

— Хотела бы уточнить по поводу ее колебаний аффекта, как Вы к ним относитесь? То есть вот она описывала, что три месяца отцу звонила, у нее было некое состояние, может быть, повышения активности, и в стационаре, когда она стала навязчива к персоналу, Вы ей аминазин добавляли в схему. — *Не навязчива, а претенциозна. Она высказывала претензии к персоналу и вела себя вызывающе.* — Высокомерно? — *Высокомерно, совершенно верно. Если говорить о повышении настроения, то до гипоманиакального уровня она не доходит, потому что изменения только в поведении. Мы можем об этом судить*

только по косвенным признакам. Пациентка сама не отмечает повышение настроения, отсутствие потребности в отдыхе каком-то. Она стала звонить чаще своему отцу, но это никак не повлияло на изменение ее настроения, то есть не было подъема, чтобы она стала такая деятельная. И сама пациентка не оценивает это как патологическое, и родственники так не оценивают. То есть объективных данных за какое-то гипоманиакальное состояние мы не видим. В отделении пациентка в какой-то момент действительно стала более претенциозной и гневливой, но не было гипоманиакального подъема, не было повышения настроения, деятельности. Она оставалась такой же маловыразительной, слабой, она была не деятельна абсолютно, ничем не занималась в отделении, ни к чему не стремилась. Потребность во сне у нее очень сильная была, она даже говорит: “Я соня”. Она где-то около 10 часов может спать.

— У меня такой еще к Вам вопрос. У Вас вначале прозвучала фраза “психический автоматизм”, Вы говорили — наплыв, обрыв мыслей, психический автоматизм. А потом Вы то же самое трактовали как навязчивые мысли. Все-таки навязчивые мысли? — Да, мы сейчас трактуем это как навязчивые мысли. Мы думали трактовать их как автоматизмы, но критерии автоматизма — она их в общем не добирает. Не добирает? — Да, поэтому это остается навязчивой мыслью, навязчивой контрастностью, контрастной навязчивостью.

Ведущий: мой вопрос провокационный, сразу говорю: чем для Вас отличается шизотипическое расстройство личности от шизотипического псевдоневротического расстройства? Это F21.8, а это F21.4, по-моему, или 3. — При шизофрении псевдоневротической более выражена психотическая симптоматика, то есть характерная конкретно для шизофрении, по критериям — эхо мысли, открытость мысли, наличие автоматизмов, социальная отгороженность. — Там психотической симптоматики не бывает. Это же вялотекущая... — Но шизотипическое по сути ведь тоже вялотекущее. — Хорошо, я по-другому задам вопрос. Шизотипическое расстройство личности и шизоидное расстройство личности чем для Вас отличаются? А может, есть такая рубрика — шизоидное расстройство личности, она в Ф-60? — Если мы говорим о расстройствах личности, тогда пациентка должна и в преморбиде обладать шизоидными чертами, она должна не меняться в поведении. — А шизотипическое расстройство личности — это тогда что, в нашем представлении, в нашей отечественной номенклатуре, классификации? — Это значит постепенное течение заболевания, нарастание этой симптоматики, состояние декомпенсации, постепенное нарастание социальной отгороженности, социальной аутизации, эмоциональной холодности. — То есть это по-старому — бедная симптомами шизофрения, так ее называют. Латентная, бедная симптома-

ми, или простая форма шизофрении. Спасибо. Какие есть мнения, коллеги, давайте будем высказываться. Я думаю, что чем больше мнений, тем лучше в этой ситуации.

Участник разбора: В реабилитационном плане может быть полезна семейная психотерапия, которой у нас нет, но она могла бы сгладить ее симптомы.

Ведущий: Я бы попросил тогда уточнить, конкретизировать, каковы цели семейной терапии, и с кем, с какими членами семьи ее проводить. — Мне представляется, что это с ее мужем. Конечно, хотелось бы еще задействовать маму, потому что мы видим, что у них коммуникация достаточно своеобразная семейная, и она периодически чередуется, они меняются — кто болеет, кто не болеет, какими-то ролями. И возможно, работа с семьей, прояснение каких-то моментов может сгладить эти ее симптомы, улучшить ситуацию. — Спасибо. Это в качестве предложения у Вас?

Участник разбора, психотерапевт: с моей точки зрения, этой пациентке не очень показаны какие-либо групповые формы работы. Мне эту пациентку достаточно сложно представить участницей группы. Я думаю, у нее поведение будет такое же изолирующее.

Ведущий: Как вы думаете, почему? Я согласен, я думаю, здесь все практически такого же мнения. Почему? — Мне кажется, здесь прозвучало, что она в принципе не хочет менять статус. Ее устраивает такая ситуация. — Важен глагол — не хочет или не может? — Мне представляется, что все-таки не хочет. — Почему? Вы уж извините, что я Вас перебиваю. — Знаете, если бы мы терминами прежней психотерапии оперировали, у нее нет этой дефензивности, у нее нет ощущения своей какой-то дефицитарности, которая могла бы ее подвинуть к поиску помощи. Но при этом я увидела, что, откликаясь на Ваши вопросы, она достаточно охотно к себе разговаривает, в специфическом формате, но тем не менее она готова говорить о себе. Поэтому мне представляется, что это в первую очередь для индивидуальной работы. Возможно, для занятий в каких-то студиях, которые связаны с творческим самовыражением, у нее явно этот компонент личности присутствует. — Но ведь ТТС — это как раз с дефензивными? — Студии. — Арт-терапия же была. — Арт-терапия, а как занятия в арт-студии. — В арт-студии это все равно дефензивные, если ТТС. — В меньшей степени, может быть, это будет. — Я понял, о'кей.

Участник разбора: насчет семейной психотерапии согласен, потому что пациентка склонна на самом деле к себе людей обращать и даже несколько манипулировать ими, мужем в том числе. Он полностью погружен в ее жизнь. Насчет индивидуальной психотерапии или психокоррекции — думаю, что нет, ей лучше групповые формы работы. Потому что она очень много внимания обращает на свое здоровье и на свою собственную персону, даже в больнице, ей

очень много внимания уделяется со стороны персонала. И мне кажется, нет смысла работать с ней индивидуально. Лучше группы, направленные на социализацию. Ей этого не хватает.

Ведущий: Мне кажется, мы как-то сосредоточились сейчас активно на психотерапии, а диагностическая трактовка происходящего? Или я просто не знаю, может, вы психологи, поэтому? Тогда я бы попросил еще врачей, если кто-то хочет добавить что-то к этому диагнозу или собственное мнение высказать диагностическое, именно клинический разбор — симптомы, синдромы, дифференциальный диагноз. Смелее, коллеги, кто может?

Участник разбора: попробую некоторую гипотезу. Шизотипическое личностное расстройство, вопрос, может быть, к коллегам, как нарастает личностное расстройство, F21.3? Потому что в 23 – 24 года шизотипическое личностное расстройство проявлялось, оно формируется несколько ранее, чем F21.3. И они могут по степени вот так быстро развиваться: 8 марта это случилось, и пошло-пошло?

Ведущий: да нет, манифестация болезни может произойти в любой момент. Просто в отличие от тяжелых форм шизофрении, настоящих, она обычно все-таки не происходит в один день, она такая постепенная, исподволь, медленно нарастает. — *Тот и другой диагноз может нарастать постепенно.* — Да, это не так, как параноидный манифестный психоз, который как гром гремит, и за две-три недели человек из здорового превращается в тяжелобольного. Здесь такого не бывает, как правило. Поэтому если уж мы выставляем шизотипическое расстройство, то мы должны до 8 марта у этой пациентки что-то такое типичное для этого заболевания обнаруживать, выявлять, и как-то это включать в наше обоснование диагноза. Коллеги, я согласен совершенно, что это очень непростой клинический случай, я думаю, что многие из вас просто не решаются высказать свое мнение. Но я предлагаю это сделать, потому что мы не на экзамене Московского врача или школы какой-нибудь, мы в абсолютно непринужденной обстановке.

В. Н. Гладышев, зам главного врача КПБ № 4 им. П. Б. Ганнушкина: Почему мало мнений? Мне кажется потому, что симптоматика такая не “красивая”, не яркая. — *Не развернутая.* — Не демонстративная. Так что, коллеги, вы уж извините, что мы такой случай вам представляем. Действительно этот дифференциальный диагноз очень субъективен, я бы так сказал, он субъективен по мнению того или иного доктора, врача-психиатра. Действительно, была активная девушка, жизнерадостная, легко уехала из дома одна в другой город, легко адаптировалась, везде была на виду, душа компании. Легко адаптировалась в разнообразных обстоятельствах, имею в виду и спортивные успехи, и активную сексуальную жизнь, и так далее. Потом вдруг все это пропадает, резко стереотип жизненный меняется, она (мы бы так сказали)

становится все более аутичной, более замкнутой, утрачивает прежние интересы, прежний жизненный стереотип. Я бы даже сказал, как условный врач-психиатр, появляются странные интересы, не типичные для нее ранее. Вот что характерно, наверное, для диагноза шизотипического личностного расстройства, когда постепенно нарастает аутизация, постепенно нарастает дефицитарная, условно говоря, симптоматика, снижается эмоциональная насыщенность, которая была раньше. Но ко всему этому нужно относиться, на мой взгляд, очень аккуратно и осторожно. Потому что это жизнь человека, это его выбор, это его предпочтения, это его личность, его жизнь. Сколько угодно у нас есть людей, которые выбирают именно такой образ жизни. Сложнейшая, на мой взгляд, непростая семейная обстановка, которая так или иначе определяет ее стереотип, она вынуждена мириться с этой семейной обстановкой. Она проживает с мужем, у него здесь родственники. Муж, видимо, тоже, непростой человек. Когда Наталья Борисовна (*лечащий врач*) мне его описывала, она описала в более жестких выражениях, мы сейчас здесь не можем это повторить. Непростая обстановка, которая переломила, поменяла судьбу этой женщины. Она в той или иной степени суррогатно к ней адаптировалась, эрзацная адаптация произошла, она более или менее существует, живет. Вы знаете, она не ходит на работу, она спит сколько хочет, просто представьте, а мы ее жалеем. Вот другая точка зрения. Поэтому я предлагаю третью точку зрения — на какие-то островки опираться, на какие-то объективные данные. С моей точки зрения, это колебания аффекта, хотя они тоже здесь такие косвенные. Их приходится подразумевать по некоторым симптомам. Но они просто не могут не быть под резким изменением поведения и состояния в целом человека, когда человек меняется полностью — он был один, потом стал другой. Это не может быть обусловлено ничем другим, как изменением аффективного фона, аффективного состояния в данной ситуации. Поэтому это колебания полярного аффекта, хотя ни солнечной мании, довольной жизненной позиции, ни достаточно тяжелой депрессии мы тоже не видим. Все здесь как с самого начала жизни — все незрелое, все незавершенное, все не до конца сформированное. И все было бы ничего, но вдруг появляются у нее достаточно типичные, на мой взгляд проявления... Уважаемые коллеги, мы не взяли в кавычки эти психические автоматизмы, надо было взять в кавычки, или мы просто пытались дифференцировать с этим и говорили о том, что можно было бы в определенный момент времени предполагать, что это могут быть психические автоматизмы. Все-таки, я думаю, мы должны здесь сказать, что это не психические автоматизмы, в этих переживаниях, в описаниях чуждых мыслей нет чувства сделанности, а есть чувство нетипичного — она говорит, что это нетипичные для нее мысли, и они ее мучали, они ее тревожили. Но го-

ворить всерьез о синдроме Кандинского и о психических автоматизмах нельзя. Но появились достаточно типичные невротические расстройства, обсессивные расстройства, и действительно здесь можно и внутриличностный конфликт очень легко выстроить. Я думаю, психотерапевты здесь лучше меня все объяснят. Такой шантажно-манипуляционный механизм поведения, более гладко, как это у вас представлено. Но появились достаточно тяжелые невротические расстройства, которые потребовали госпитализации данной пациентки, которые произошли именно, на мой взгляд, на фоне измененного аффекта и сложной семейной ситуации. Что делать в данной ситуации? Оланзапин она не переносит, но почему обязательно трифтазин — я тоже до сих пор не могу понять, галоперидол и трифтазин. Есть другие атипичные антипсихотики, которые можно было бы подбирать. И я попросил бы сделать, конечно, еще раз анализ на пролактин, посмотреть, что сейчас с пролактином. Было 122, это, конечно, не критично, но это значительно больше нормы. Сделать пролактин можно будет и амбулаторно, если она к нам придет, посмотрим. Я бы ее все-таки повел на атипичных антипсихотиках. И безусловно, здесь нужны реабилитационные мероприятия, психотерапевтические мероприятия, которые позволят ее социализировать. Но нажимать здесь на нее, на мой взгляд, нельзя. Потому что она не даст потом заниматься собой. Здесь необходима аккуратная тактика, в связи с тем, что нет яркой клинической картины.

Ведущий: Спасибо. Виталий Николаевич. Я не согласен, что это пациентка неинтересная, что Вы даже начали извиняться — “Извините, что у нас такая больная, что мало симптомов.” — *Психические автоматизмы в кавычках — это мое извинение.* — Нет, конечно, это очень интересно. С моей точки зрения, как раз для таких больших врачебно-психологических разборов чем меньше симптомов у пациентки, тем интереснее. Это интереснее, чем какая-нибудь очевидная параноидная продукция, где все, как в студенческой аудитории, на демонстрации показывается и так далее. Те случаи, когда возникают мысли о том вообще, болен человек или здоров, есть это симптомы или это какая-то манипуляция, психологические какие-то механизмы и так далее — именно эти случаи как раз для таких совместных психолого-психиатрических разборов представляют колоссальный интерес. И в моей голове точно так же, как и у многих присутствующих, я уверен абсолютно, сложился определенный дуализм, плюрализм, схизис, диссоциация и так далее.

В общем, я считаю, что в данной ситуации можно поставить два диагноза пациентке: психиатрический и психотерапевтический. И авторство этого диагноза соответственно будет зависеть от того, в чьей голове он возник. Если это голова психиатра, то это, конечно, диагноз психиатрический, и это диагноз такой и

даже, может быть, более тяжелый, чем такой. Если это в голове психотерапевта, то это совсем другой диагноз — я имею в виду врача-психотерапевта, который точно так же изучает психиатрию, как и все остальные врачи, и который знает клинику, знает, что это такое, и так далее.

Но в данной ситуации номенклатура шизотипического расстройства F21 до сих пор остается невероятно спорной номенклатурой. И если говорить об адаптации МКБ-10 в России, то только у нас, в российской версии МКБ-10 есть разграничения F21, — для нас его сделали, — на псевдоневротическую, псевдопсихопатическую и так далее, вплоть до этого. Потому что нам больше всего было забывать вялотекущую шизофрению — наследие нашей советской психиатрической школы. Тем не менее дифференциальная диагностика между личностным расстройством и действительно патологическим, психопатологическим процессом в данной ситуации у этой пациентки является главным и определяющим вообще, о чем сегодня можно говорить. Начну с психиатрического диагноза. Я сейчас переключу тумблер на психиатрическую голову. Здесь было очень красиво сказано о том, что наша пациентка имеет две жизни — одну жизнь до 23 лет, и другую жизнь с 23 до 43 фактически, то есть это уже 20-летний период жизни, ровно пополам жизнь ее делится по сути. Первая половина жизни — мы видим умеренно эмоционального ребенка, который растет, развивается и в пубертатном возрасте демонстрирует себя социально активным, как вы правильно сказали и на это обратили внимание, — староста. Вы пытались от нее это узнать, но она, как ко многим другим вопросам, отнеслась с очень большим подозрением. Староста — это прежде всего громкоголосый человек, это человек, который должен взять группу, сказать: “Все, пошли”. А здесь мы ее просили, чтобы она немножко, хоть чуть-чуть более выразительно выражалась о своих проблемах и переживаниях, но ничего не добились. И вот она живет, вот у нее любовь и романтика, она прекрасно заканчивает институт, она имеет двух подруг пензенских до сих пор, старинных, о которых она говорит. Это значит, что компания и жизнь у нее была достаточно бурная и эмоциональная. И вдруг она встречает молодого человека. Что там происходит, какая история? Я так понимаю, что там был выбор между мужчинами, параллельно были еще пара романов, даже беременность была от параллельного романа, но как-то это все произошло, и она оказывается с ним, женой этого человека, переезжает в Москву. И с этого момента у нее начинается принципиально другая жизнь, происходит прямо кардинальный поворот. Она становится замкнутой, она становится необщительной, она превращается в домохозяйку, все ее планы и надежды, которые она выстраивала, поступая в институт — все-таки это высшее образование, профессиональное образование — исчезают. Она вяжет,

она занимается поимкой или не поимкой, неважно, фотографированием этих несчастных бездомных животных, поимкой бабушек, которые этих животных выращивают. И что она еще делает — она конфликтует с родственниками мужа, и этот конфликт приводит к тому, что у них с мужем происходит раздрой в отношениях. Она никого не подпускает к себе в принципе, кроме своей мамы и своего папы, с которым у нее явно болезненные, тяжелые отношения. Маму она держит на дистанции, но при этом у них как будто идет соперничество в том, кто кому быстрее будет помогать. И у нее возникают очень непростые, сложные взаимоотношения с мужем, которые я бы назвал паранойяльными. В этих отношениях очень много подозрительности. Включаются определенные схемы, вообще это начинает становиться похожим на шахматную партию, на какое-то Бородинское сражение: вот есть родственники мужа, вот есть муж, который принимает их сторону, но при этом чувства у нас остаются, то есть здесь я связь не теряю. Вот есть еще моя мама. Мы, кстати, не выяснили, каково отношение мамы к этому браку. Плюс ко всему здесь у нас есть проблемы с деторождением, но здесь я тоже могу эту ситуацию держать на дистанции. То есть везде такой контроль, подозрительность. Можно предположить, что эта тема имеет отношение к паранойяльному синдрому, это и есть та самая бедная продукция, которая может вполне составлять основу вялотекущей шизофрении, которая протекает малопрогрессирующе, с очень незначительным нарастанием продуктивных и негативных, прежде всего, симптомов. Можно придраться и к ее мышлению, и у психолога справедливо совершенно замечено, что у нее есть тенденция к опоре на латентные признаки, и операциональная сторона — это действительно в беседе, мне кажется, несколько раз прозвучало, такой уход от прямого ответа, соскальзывание и так далее. Обращает внимание на себя бедная мимика, вообще слабая выразительность эмоций, интонаций голоса. И паранойяльность, и подозрительность в беседе — собственно, что она от нас скрывает? Какие-то непонятные совершенно с нашей точки зрения, не имеющие прямо уж такого важного значения в ее жизни события. Вот такие моменты. Все это вместе в конечном итоге делает возможной диагностику даже, наверное, не такого диагноза, а, может быть, паранойяльного варианта вялотекущей шизофрении. Такая тоже есть. В МКБ-10, правда, ее нет, а в клинике она есть, и мы это знаем. Соответственно, выставляя такой диагноз эндогенного заболевания, мы даем рекомендации. Совершенно очевидно, что раз речь идет об идеаторной продукции, да, эти контрастные навязчивости тогда вполне могут уложиться в какой-то момент времени в так называемые квазипсихозы, это симптомы, которые — недоделанный Кандинский. То есть если бы болезнь была чуть более прогрессивной, если бы нашей больной чуть менее повезло, скажем так, то тогда

это бы развернулось в нормальный, обычный, классический, понятный каждому врачу-психиатру психоз. Понятно, как его лечить, и все остальное. Но больной повезло, поэтому болезнь не такая прогрессивная, и поэтому все застряло, этот психоз недоразвился и застрял на этом обсессивно-компульсивном уровне, на уровне контрастных навязчивостей. И не перешел дальше в острый психоз. Можно также предположить, что в рамках этой несостоявшейся манифестации в марте месяце имело место еще эпизодическое состояние дереализационное, деперсонализационное, которое она описывает в какой-то момент времени. Так же точно можно сказать, что там были и полиморфные все-таки, сенестопатические, ипохондрические, и истероконверсионные, и диссоциативные, кстати, тоже расстройства, потому что там с памятью что-то произошло. Вариант такой псевдоистерии, будем называть ее так. В соответствии с этим диагнозом, с этим подходом, с этим мышлением мы выстраиваем тактику лечения, которая ориентирована, прежде всего, на биологическую терапию, в основе которой лежат нейрорептики, естественно, потому что в основе лежит расстройство мыслительной деятельности, и именно продукция идеаторная у нашей пациентки, паранойяльно обсессивная, можно так ее назвать. Значит, это нейрорептик, это дофаминовый блокатор. Попробовали атипичики — не пошло, попробовали типичики — тоже не пошло. Мы в тупике. Поэтому я и задал вопрос: что мы будем делать дальше с этой пациенткой? У нас выраженная метаболика, у нас гиперпролактинемия на не очень больших дозах оланзапина, у нас сейчас появился экстрапирамидный синдром, тоже на в общем-то небольших дозах — 10 мг галоперидола, трифтазина тоже, по-моему, не больше 10 мг там было, то есть разные варианты. Но на малых дозах, очень осторожно и аккуратно мы пробуем, и у нас эффект, мягко говоря, не ахти. Максимум, чего мы добились — мы добились только того, что в условиях стационара, в окружении медицинских сотрудников и работников наша пациентка чувствует себя относительно спокойно, потому что у нее нет этих приступов. А мысли, как она сказала, ее не покидают, контрастные мысли. Мы можем предположить, что дальнейший ее маршрут с учетом нашей психиатрической тактики — психиатрическая тактика может подразумевать еще под собой, конечно, тренинги, но как мы выяснили, с тренингами тоже как-то у нас не клеится, потому что нечего тренировать — и соответственно, маршрут ее идет в диспансер, в дневной стационар, верно? Там, в этом дневном стационаре, куда она будет приходить с какой-то периодичностью, если у нее установится хороший контакт с врачом, то она будет время от времени принимать и получать различные препараты. Но что это даст в реальном выражении нашей пациентке? Ничего. Ее проблемы, ее переживания никуда не денутся.

А теперь давайте я переключу тумблер в другую сторону, туда, где психотерапевтическая голова, и рассмотрим эту ситуацию совершенно иначе. Не будем называть слово “заболевание”, теперь уже слово “заболевание” не называем — расстройство. Расстройство возникло внезапно, в один день. Я совершенно согласен с Виталием Николаевичем, что каждый выбирает себе свою судьбу сам. И таких личностей достаточно много. Чувствовала ли наша пациентка на протяжении 20 лет в этой новой своей жизни какой-то дискомфорт? Нужна ли ей была какая-то помощь в это время? Абсолютно нет, наоборот, она себя чувствовала очень комфортно. Я совершенно согласен, она высыпалась, и не только. Я уверен совершенно, что помимо всего прочего, мы не услышали сегодня от нашей пациентки очень многого из того, чем она живет. Это не только рукоделие. Относительно того, что мы не услышали, и почему мы не услышали, я тоже обязательно выскажусь, если не забуду. Итак, психически здоровая женщина, назовем это так, живет до своего определенного возраста, до 8 марта 2018 года. У нее созависимые отношения с отцом, абсолютно точно. Я начинаю бросаться психотерапевтической сейчас терминологией, уж извините. И там, у отца, алкоголизм, мать — есть дело до всего, в бой рвется первой. Развелись, отец спился. Отец спился после того, как развелись, из-за того, как развелись. “Развелись, возможно, из-за меня, поэтому я виновата в том, что отец спился и умирает”. Такую условную гипотезу, пусть она, может быть, передана уже в нашей интерпретации, неважно, но тем не менее мы можем предположить, как психотерапевты, для того чтобы начать с ней работать. Эти взаимодействия с отцом, явно они были патологическими — с утра до вечера по телефону без остановки, и даже когда он умирал. И после этого она не поехала туда, поскольку она не могла его видеть в гробу. Ну, здесь поле для психотерапевтической работы просто колоссальное. Дальше, с матерью отношения явно конкурентные. Сегодня они перешли в конкурентно-истеро-ипохондрические — кто кого переистероипохондрит, если хотите. Посмотрите, у матери возникает что-то со здоровьем, наша больная внезапно срывается, летит туда, это все-таки не ближний свет, понятно. Все бросает и едет туда. Обратная ситуация — то же самое. И так несколько раз, это такие качели. Очень интересная ситуация складывается с мужем, который становится инвалидом, за которым она ухаживает, и которого она, похоже, не любит, если уж говорить опять же психотерапевтическими, прошу прощения, терминами. И соответственно, в этой ситуации, оказывается, еще замешаны родственники мужа, которые настраивают его против нее. В общем, возникает такая неприятная семейная дрязга, где она не получает удовлетворения от сделанного. То есть она ухаживает, а вместо того, чтобы ее поблагодарили за это и сказали ей, что она молодец, и какая

она вообще морально развитая, этичная и так далее, женщина, ей говорят о том, что “ты тут лишняя, и что вообще это имущество может принадлежать и не тебе”. Мы не знаем этого, она об этом не говорит, это все скрыто в тайне ее проблем. Но это явная проблема. И именно с этой проблемой она ассоциирует свое состояние в дальнейшем, ухудшение своего состояния. Пусть это дистанцировано по времени произошло, в 2008 эта история — это 10 лет. Но смотрите, все это время муж восстанавливается. И произошел наконец тот момент, когда муж восстановился, и в настоящий момент как бы ее помощь по уходу за мужем перестает быть нужной. Как известно, если я тебе теперь не должна помогать, значит, качели поворачиваются в другую сторону, теперь давай ты мне помогай. И вот возникает эта ситуация, баш на баш, как она говорит: “Он теперь обрабатывать должен мою помощь”. Вы уж извините за то, что я так косноязычен, потому что я все-таки больше психиатр, чем психотерапевт, и поэтому мои психотерапевтические варианты, может быть, не столь выглядят гладкими и логичными. Но тем не менее мне видится в этом очень много связей и цепочек. Если рассуждать таким образом, то мы переходим к диагнозу — обсессивно-компульсивное расстройство в виде контрастных навязчивостей в рамках невроза. И тогда, если мы размышляем психотерапевтическим образом, а не психиатрическим, если это невроз, у нас появляется, помимо галоперидола, трифтазина, оланзапина очень интересные варианты, которые без побочных эффектов, без гиперпролактинемии, без ЭПС и без всего прочего, более или менее понятны с точки зрения целей, целеположений своих. Мы понимаем, чего мы добиваемся с помощью психотерапевтического лечения здесь, и к чему мы идем, у нас появляются какие-то цели. К чему мы идем, когда мы назначаем галоперидол, какая у нас цель? Только чтобы не было приступов? Но тогда это неврология.

И теперь самое главное. Вопрос — не хочет или не может? Самое главное, что бросается в глаза в психическом статусе — это очень незначительное количество информации. Мы из этой пациентки эту информацию выжимаем просто по капле. Она дистанцируется, не случайно был этот эпизод в отделении, где она вела себя надменно и как-то вызывающе, и так далее. Я уверен совершенно, что это тоже была реакция на попытки врачей все-таки как-то поподробнее узнать обстоятельства прошлого, анамнеза, состояния и так далее. И это была ее реакция. Она просит о помощи, но при этом очень формально. Она выстраивает очень жесткие границы, и эти границы не случайны. Я думаю, что мы имеем дело с паранойяльной личностью. Я думаю, что если дифференцировать этот диагноз с расстройством личности, то не с шизоидным, а именно с паранойяльным расстройством личности. И тогда мы можем предположить, что эта личность как паранойяльная сформировалась

как раз к этому возрасту, 22 лет, после которого она нашла свою нишу, как любой психопат может найти свою нишу. Она нашла свою нишу в этой семье. И эта личность продолжала в этой семье свои паранойяльные размышления генерировать и выстраивать определенные связи, вот эти взаимоотношения с мужем, тоже достаточно сложные, паранойяльные, взаимоотношения с врачами, взаимоотношения с его родственниками и так далее. И произошла декомпенсация паранойяльной психопатии в какой-то момент времени, в результате которой появились контрастные навязчивости как невротические. Это вторая версия диагноза.

И тот, и другой вариант диагноза с моей точки зрения на сегодняшний момент с одинаковым успехом можно и доказать, и опровергнуть. Поэтому я глубоко убежден, что диагностика в таких ситуациях должна быть делом договорным в буквальном смысле, как голосование. Все врачи, которые принимают участие в работе с этой больной, должны договориться, какой на сегодняшний момент они ставят диагноз — расстройство личности, психопатия, или это все-таки вялотекущая шизофрения. Идеальный вариант договоренности — это дипломатическое соглашение между врачом-психиатром и врачом-психотерапевтом, где, несмотря на разность взглядов диагностических — здесь расстройство личности с невротическими, здесь шизофрения с вялотекущей, обсессиями и так далее, — несмотря на разность взглядов, все равно работа сообща. Здесь идут нейролептики, здесь идет психофармакотерапия, умеренная, правда, с учетом ее переносимости, а здесь идет психотерапия, но только с учетом другого диагноза. В такой ситуации, я думаю, наша пациентка может действительно дать очень хо-

рошую продуктивную динамику, и я надеюсь, что именно в дневном стационаре такая возможность будет, где с этой больной будут работать сразу два специалиста — психиатр и психотерапевт одновременно, это очень важный момент. И я согласен абсолютно, что это не для групповой психотерапии больная, именно потому, что она паранойяльная. Вот именно эта паранойяльность мешает, и она никогда не пойдет ни на групповую терапию, ни на тренинг. Как может параноик пойти на тренинг? Представляете себе тренинг, где над ним какой-то тренер что-то ему говорит, что делать, куда идти, и не думай, главное, вот иди туда, и все. Нет, конечно, параноик будет подозревать каждого, кто так говорит с ним. И абсолютно прав Виталий Николаевич, говоря о том, что надо быть очень осторожным здесь во всех этих рекомендациях с ней. И здесь, может быть, в какой-то момент лучше отойти немножко назад, именно с учетом ее паранойяльности.

Я думаю, что это очень интересная больная, и я благодарен тройне за такой прекрасный клинический случай. Надеюсь, что и в дальнейшем наши с вами разговоры будут происходить также живо, интересно и активно.

— *А что Вы еще хотели сказать насчет того, чем она живет? Вы сказали: “Если я не забуду, то скажу”. Чем она живет, чем она занимается?*

Ведущий: Это я как раз не забыл, я сказал. Я имел в виду, главное, думал, не забыть про паранойяльность сказать. Мы не знаем, чем она живет, и не знаем именно потому, что нас туда не пускают. И с кошками тоже, возможно, какая-то идея есть. Даже не возможно, а наверняка есть. Но для этого нужно подольше с ней поработать психотерапевтически.

Судебная практика оспаривания обоснованности и качества лечения

Ю. Н. Аргунова

Рассматриваются судебные решения по делам об оспаривании пациентами обоснованности и качества проводимого лечения.

Ключевые слова: обжалование действий по оказанию психиатрической помощи; качество лечения.

Помимо дел об обжаловании пациентами непредоставления информации о состоянии психического здоровья, оспаривании диагноза психического расстройства и установления диспансерного наблюдения, число которых заметно возрастает, суды нередко рассматривают споры между пациентами и психиатрическими учреждениями по поводу обоснованности и качества проводимого лечения.

Когда пациент вправе потребовать компенсации морального вреда, причинённого ненадлежащим лечением?

Пациенты требуют через суд в рамках искового производства компенсации морального вреда, если, по мнению пациентов, их здоровью был причинён вред. Необходимым условием для компенсации морального вреда, причинённого в связи с причинением вреда здоровью, является установление самого факта повреждения здоровья. Кроме того требуется установить наличие причинной связи между проведённым лечением и последовавшим ухудшением состояния здоровья пациента. Может потребоваться, например, установление такой связи между преждевременной (по мнению пациента) выпиской его из стационара и возникновением оснований для повторной госпитализации. Поскольку потерпевший в связи с причинением вреда его здоровью во всех случаях испытывает физические или нравственные страдания, факт причинения ему морального вреда предполагается. Установлению в данном случае подлежит лишь размер компенсации.

Потерпевший представляет в суд доказательства, подтверждающие факт повреждения здоровья, размер причинённого вреда, а также доказательства того, что ответчик является причинителем вреда или ли-

цом, в силу закона обязанным возместить вред.¹ Установленная ст. 1064 ГК РФ презумпция вины причинителя вреда предполагает, что доказательства отсутствия его вины должен представить ответчик.

В удовлетворении исковых требований будет отказано, если суд установит, что наступивший вред здоровью явился следствием собственных необдуманных действий пациента, например, в случае отказа от продолжения стационарного лечения, от приёма назначенных препаратов после выписки, от рекомендованного обращения за помощью в амбулаторных условиях и др.

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

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

Впоследствии К. вновь была доставлена бригадой скорой помощи в психиатрическую больницу. По словам её коллег, состояние К. вновь ухудшилось: она дезориентирована в окружающей обстановке, не реагировала на обращённую речь, кружилась в танце, бесцельно бродила по поликлинике, делала нелепые записи в амбулаторных картах, пор-

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

тила меддокументацию, не пускала никого в кабинет. Поскольку пациентка отказывалась от лечения в условиях стационара, а по заключению врачебной комиссии она нуждалась в таком лечении, больница обратилась в суд с заявлением о недобровольной госпитализации, т.к. истица представляла опасность для себя и окружающих. Тяжесть состояния пациентки обосновывалась частыми психомоторными пароксизмами и сумеречными расстройствами сознания. Суд удовлетворил заявление больницы. В судебном заседании К. находилась в отрешённом состоянии, что суд воспринял как проявление болезни.

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

По делу была назначена СПЭ. В заключении экспертов указывалось, что на следующие сутки после назначенного К. лечения наступило улучшение. Врачебная комиссия после беседы с К. удовлетворила её заявление об отказе от дальнейшего лечения, несмотря на то, что К. нуждалась в его продолжении. В день выписки К. непосредственной опасности для себя и окружающих не представляла, и удерживать её в стационаре врачи не имели права. Выбор вида дальнейшего лечения или отказ от амбулаторного лечения с выходом на работу зависел от волеизъявления самой К. При повторной госпитализации клиническая картина характеризовалась психопатоподобным состоянием на фоне изменённого сознания, что может квалифицироваться как «эпилептический психоз». Нейролептики (аминазин, галоперидол) были назначены только при возбуждении, однако, в связи с отсутствием меддокументации комиссия не может ответить на вопрос о реальном введении данных препаратов испытуемой. Перечень препаратов, в т.ч. аминазин с галоперидолом, указанных в листе назначения, соответствует рекомендуемым стандартам лечения. Они обладают противосудорожным и антипсихотическим действием. Заторможенность с утратой памяти на период судебного заседания может объясняться проявлением заболевания, состоянием изменённого сознания после эпилептических приступов, а не воздействием нейролептиков. Продолжительность пребывания К. в стационаре допустимую норму не превышала. В рекомендациях Минздрава России и

Фонда социального страхования РФ от 21 августа 2000 г. № 2510/9362-34,02-08/10-1977П нет указаний об ориентировочных сроках временной нетрудоспособности при эпилепсии. По врачебной практике они составляют не менее месяца после последнего приступа. Данных о том, что отсутствие продолжения лечения К. после выписки повлияло на её повторную госпитализацию, нет.

В апелляционной жалобе К. указала на нарушение принципа независимости эксперта, который предполагает иерархическую или институциональную независимость, а также практическую независимость экспертов. СПЭ проводилась в АККПБ им. Эрдмана. Эта больница, как и ответчик, является краевым учреждением здравоохранения и подведомственно Главному управлению Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности. Главное управление в свою очередь является учредителем ответчика и собственником его имущества. Соответственно оно заинтересовано в сохранности имущества подведомственных учреждений и в исходе настоящего гражданского дела. Между экспертным учреждением и ответчиком имеется институциональная зависимость, и проведение СПЭ в таком учреждении не соответствует положениям ст. 6 Конвенции о защите прав человека и основных свобод о праве каждого на справедливое судебное разбирательство. Однако ходатайство К. о проведении повторной СПЭ суд отклонил.

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

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

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

Так, Судебная коллегия по гражданским делам Алтайского краевого суда (определение от 18 июня 2013 г. по делу № 33-4867/2013) оставила без удовлетворения апелляционную жалобу П. на решение Бийского городского суда по жалобе П. на нарушение права на бесплатное предоставление лекарственных средств при оказании психиатрической по-

мощи в Психиатрической больнице г. Бийска. Городской суд отказал заявителю в удовлетворении требований.

П. обратилась на приём к врачу-психиатру с жалобами на плохую память, сонливость и просила выписать льготный рецепт на препарат <...>², который улучшает мозговое кровообращение, концентрацию внимания, умственную деятельность, настроение. Участковый врач-психиатр Б. Г. С. отказала в выписке данного препарата, ссылаясь на отсутствие его в списках аптеки. Зав. диспансерным отделением Б. Е. Н. отказалась заказать лекарство в аптеку для П. Заявитель полагала, что эти действия нарушают её право на бесплатное получение жизненно необходимого лекарства по льготным рецептам. Предлагаемые врачами препараты, по её мнению, не приносят пользы, а от одной таблетки указанного ею препарата она сразу чувствовала прилив сил.

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

По мнению П., врач назначил ей другой препарат необоснованно, т.к. он оказывает более тяжёлые побочные действия, на которые П. и жаловалась врачу, когда просила назначить <...>. Она полагала, что оснований для отказа в его назначении не имелось, и что этот отказ обусловлен желанием врачей-психиатров причинить вред её психическому здоровью.

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

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

² Из определения суда апелляционной инстанции, выложенного в базе данных судебных решений, название препарата удалено.

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

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

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

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

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

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

Судебная коллегия с таким утверждением больницы не согласилась. Согласно ст. 37 Федерального закона “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” медицинская помощь оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, обязательными для исполнения всеми медорганизациями, а также на основе стан-

дартов медицинской помощи. Порядок и стандарты утверждаются Минздравом России. Назначение и применение лекарственных препаратов, не входящих в соответствующий стандарт медицинской помощи, допускаются в случае наличия медицинских показаний (индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям) по решению врачебной комиссии.

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

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

Судебная коллегия сослалась на ст. 2 и 70 Федерального закона “Об основах охраны здоровья граждан

дан в Российской Федерации”, согласно которым именно на лечащего врача возложены функции по организации и непосредственному оказанию пациенту медицинской помощи, по установлению диагноза, основанному на всестороннем обследовании пациента.

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

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

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

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

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

ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА

Очередное заказное дело против религиозной организации с участием психиатрии

В Омске вот уже более года сотрудники ФСБ борются с религиозной организацией “Возрождение XXI век”. Эта протестантская организация существует с 2014 г., а ее руководитель — пастор Николай Кузнецов приехал из Украины. Многочисленные проверки деятельности организации, которые начались после 2014 г., ничего не дали и тогда решили пустить в дело испытанный прием — привлечь психиатров. Скрытой камерой провели видеосъемку собраний организации, главный внештатный специалист по клинической психологии министерства здравоохранения Омской области Д. В. Четвериков, врач-психиатр-психотерапевт-нарколог написал свое заключение (“психолого-психотерапевтическое исследование”?!), в котором утверждал, что руководители организации используют методы психологического насилия в отношении прихожан, чем приносят вред их психическому здоровью. Летом 2017 г. было проведено 11 комплексных психолого-психиатрических экспертиз, в результате которых эксперты судебные психиатры не обнаружили психических расстройств у большинства подэкспертных. Однако включенные в состав комиссий Д. В. Четвериков и ассистент кафедры психиатрии и медицинской психологии Омского государственного медицинского университета, врач-психиатр-психотерапевт-нарколог Д. Ю. Коломыцев написали свои заключения в продолжение каждой экспертизы, где утяжелили все выявленные нарушения, добавили новые диагнозы и написали практически про всех, что под действием используемых в организации “психотехнологий” у них формируется зависимое расстройство личности, а дальнейшее посещение собраний организации будет способствовать возникновению “иных психических расстройств”. Рассказы прихожан об ощущениях “прикосновения святого духа”, “просветлении”, “чувстве единения с Богом”, “открытости Богу” и т.п. были расценены экспертами как возникновение “измененных состояний сознания”, которые представляют опасность для психического здоровья. Часть свидетелей в результате была признана потерпевшими, в двух случаях уже проведена комплексная судебная экспертиза, которая квалифицировала выявленные психические расстройства как тяжкий вред здоровью. И это при том, что никто из “пострадавших” за медицинской помощью не обращался, больничный лист не брал, образ жизни не менял. Остальные “пострадавшие” вообще говорят, что

посещение этой религиозной организации помогло им стать более спокойными, уверенными в себе, многие отказались от употребления наркотиков и алкоголя, стали вести социально одобряемый образ жизни. Однако эксперты Четвериков и Коломыцев утверждают, что такая смена “химической” зависимости на “нехимическую” также представляет опасность, поскольку речь идет лишь об условно социально приемлемом объекте зависимости. Вероятно, лучше употреблять наркотики и пьянствовать, чем молиться в церкви, если она не угодна ФСБ и Московской Патриархии. Пастору предъявлено обвинение по ст. 239 УК РФ — создание некоммерческой организации, посягающей на личность и права граждан, и по ст. 111 УК РФ — умышленное принесение тяжкого вреда здоровью, и ему грозит до 12 лет лишения свободы. В начале ноября в Независимую психиатрическую ассоциацию России обратился адвокат Алексей Косарев, который защищает пастора в этом нелегком деле. Специалисты Независимой психиатрической ассоциации России проанализировали все 13 заключений судебно-психиатрических и судебно-медицинских экспертиз и пришли к выводу, что посещение религиозных собраний не только не вредит, но во многих случаях привело к улучшению психического здоровья. Процесс близится к концу. Адвокат, опираясь на заключение НПА, которое приобщено к материалам дела, добивался повторных экспертиз, по нашей рекомендации в Центре им. В. П. Сербского, но суд отказал в этом.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ СПЕЦИАЛИСТОВ ПСИХИАТРА И ПСИХОЛОГА ПО ДОКУМЕНТАМ РЕЛИГИОЗНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ “ВОЗРОЖДЕНИЕ XXI ВЕК Г. ОМСК”

Настоящее заключение составлено 16 ноября 2018 г. по запросу адвоката Косарева А. А. на основании представленных им ксерокопий следующих документов:

- 1) Заключение эксперта (экспертиза по материалам дела) № 117 в отношении А. А.;
- 2) Заключение эксперта (экспертиза по материалам дела) № 116 в отношении Л. А.;
- 3) заключение судебно-психиатрической комиссии экспертов от 20 апреля 2017 г. № 428/А на А. А.;

4) заключение судебно-психиатрической комиссии экспертов от 20 апреля 2017 г. № 429/А на Л. А.;

5) заключение судебно-психиатрической комиссии экспертов от 31 июля 2017 г. № 850 на О. А.;

6) заключение судебно-психиатрической комиссии экспертов от 24 июля 2017 г. № 794/А на П. В.;

7) заключение судебно-психиатрической комиссии экспертов от 7 августа 2017 г. № 876/А на Е. А.;

8) заключение судебно-психиатрической комиссии экспертов от 26 июля 2017 г. № 836/А на О. В.;

9) заключение судебно-психиатрической комиссии экспертов от 3 августа 2017 г. № 865/А на Л. В.;

10) заключение судебно-психиатрической комиссии экспертов от 10 августа 2017 г. № 872/А на Н. Г.;

11) заключение судебно-психиатрической комиссии экспертов от 2 августа 2017 г. № 853/А на С. Г.;

12) заключение судебно-психиатрической комиссии экспертов от 9 августа 2017 г. № 871/А на Д. Г.;

13) заключение судебно-психиатрической комиссии экспертов от 8 августа 2017 г. № 866 на А. В.;

для ответа на вопрос: соответствуют ли представленные документы требованиям действующего законодательства, регламентирующего производство экспертиз и исследований: являются ли заключения комплексных судебных психолого-психиатрических, а также комплексных судебных экспертиз по материалам дела всесторонними, полными и научно обоснованными? Является ли вывод о принесении вреда психическому здоровью прихожан религиозной организации “Возрождение XXI век г. Омск” научно обоснованным?

ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ЧАСТЬ

На основе анализа представленных документов, можно прийти к заключению, что исследование проводилось по следующей схеме: сначала была проведена проверка видеозаписей богослужений религиозной организации “Возрождение XXI век г. Омск”, в которой принял участие главный внештатный специалист по клинической психологии МЗОО, зав. психотерапевтического амбулаторного отделения БУЗОО “КПБ” Четвериков Д. А., которая сделала вывод, что в данной религиозной организации применяются методы психологического насилия, которые могут принести вред здоровью прихожан; затем было проведено 11 комплексных судебных психолого-психиатрических экспертиз, где экспертам было задано по 16 – 22 вопроса, половина из которых касались самих подэкспертных, а вторая половина — в большей степени организации и ее возможному влиянию на подэкспертных. В каждой экспертизе участвовало 4 – 5 психиатров и психолог, причем на вопросы о психическом состоянии подэкспертного отвечали судебные психиатры, а на вопросы об организации — психиатры, не являющиеся специалистами по судебной экспертизе, Четвериков Д. В. и Коломыцев Д. Ю.

Впоследствии А. А. и Г. А. были признаны потерпевшими и в отношении них были проведены также комплексные судебные экспертизы по документам.

Два “Заключения эксперта (экспертиза по материалам дела) № 116 и № 117”, проведенные на основании постановления следователя о “назначении комплексной судебной экспертизы” для производства “комиссионной судебно-медицинской экспертизы” 4-х представленных материалов (постановление о назначении экспертизы от 01.06.17; материал проверки № 575 пр-17; Заключение судебно-психиатрической комиссии экспертов от 20.04.17 № 428/А и 429/А; медицинские карты пациентов, получающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях), для ответа на 4 вопроса, совокупность которых требовала участия в ответах на все из них всех членов комиссии, т.е. обязательно психиатра и психолога.

1. Применялись ли по отношению к А. А. (Л. А.) методы *психологического воздействия* в религиозной организации “Возрождение XIX век г. Омск”?

2. Имеется ли причинно-следственная связь между данными методами *психического воздействия* и психическими расстройствами, обнаруженными у А. А. (Л. А.)?

3. Могут ли наступить последствия для здоровья А. А. (Л. А.) и каков возможный характер этих последствий?

4. Какой вред причинен А. А. (Л. А.) в ходе посещения местной религиозной группы “Возрождение XIX век г. Омск”?

Комплексная судебная экспертиза была проведена двумя врачами судебными медиками-экспертами с 20 и 30 летним стажем и ассистентом кафедры, в одном лице врачом-психиатром, психотерапевтом, наркологом и медицинским психологом с 7 летним стажем преподавательской и лечебной, но не экспертной работы. Именно ему следовало также принять участие в ответе на 4-й вопрос “какой вред принесен А. А. в ходе посещения местной религиозной группы “Возрождение XIX век г. Омск”?” (XIX — одна из многочисленных ошибок по небрежности), чтобы оправдать постановление следователя о назначении “комплексной экспертизы”, и объяснить судебным экспертам и следствию, **что такое соматоформное расстройство F 45.8 по МКБ-10**, которое он установил у А. А. без исследования подэкспертного, а только на основании медицинской документации. Между тем, в первичной судебно-психиатрической экспертизе, которая была проведена А. А. 20 апреля 2017 г. (№ 428/А), эксперты — судебные психиатры сделали вывод о том, что “А. А. **каким-либо психическим заболеванием не страдал и не страдает** в настоящее время... во время проведения религиозных обрядов имели место на фоне личностных особенностей **психосоматические реакции**, проявляющиеся гастроэнтерологической симптоматикой”. Только эксперт-психиатр мог объяснить, чем “соматоформное расстройство отличает-

ся от “психосоматических реакций”. Кроме того, юридическое значение имеет не столько диагноз, сколько степень выраженности психического расстройства в рамках этого диагноза. Этот диагноз выставляется при жалобах при отсутствии не только объективных признаков соматической болезни, но даже таких вегетативных проявлений как покраснение, потение, сердцебиение, а ограничивается только субъективными ощущениями покалывания, онемения, мимолетных болей в разных частях тела, истерическим комом в горле и т.п. в моменты эмоционального напряжения или когда просто делаются объектом чьего-либо внимания, даже медиков, т.е. это самое легкое из всех прочих видов соматизированных расстройств, менее значительное, чем появление сердцебиения в таких ситуациях. Поэтому, согласно МКБ-10, если F 45.0, F 45.1 и F 45.2 — это наличие “множественных переменных соматических симптомов, которым не было найдено адекватного соматического объяснения”, а F 45.3 — это наличие, по крайней мере, объективно фиксируемых расстройств вегетативной нервной системы, то F 45.8 не опосредуется даже таким вегетативным сопровождением, т.е. эти шифры фактически степени выраженности соматоформного расстройства. Но на всех них распространяется следующее указание МКБ-10: “достоверный диагноз требует наличия всех нижеперечисленных признаков: а) наличие в течение **не менее двух лет** множественных и переменных соматических симптомов, которым не было найдено адекватного соматического объяснения; б) постоянное неверие различным врачам, которые пытались разубедить пациента в существовании органической причины их симптомов и отказ следовать их советам; в) некоторая часть нарушения социального и семейного функционирования может быть отнесена за счет природы симптомов и обусловленного ими поведения”. Таким образом, даже самая легкая форма соматизированного расстройства требует для достоверного диагноза наличия соответствующей симптоматики в течение не менее двух лет. Термин “психосоматические реакции” тем и отличается от “соматоформного расстройства”, что реакции бывают эпизодическими, непродолжительными и не меняют образ жизни. Между тем, эксперты судебные медики квалифицировали этот диагноз как “тяжкий вред здоровью”. При этом в тексте заключения полностью отсутствуют сведения относительно того, насколько соматизированное расстройство изменило образ жизни А. А., что только и могло аргументировать это утверждение. Согласно его медицинской карте он ни разу не обращался за медицинской помощью, не оформлял больничный лист. Сведений о том, что он лечился в каком-то другом месте, также не представлено. А указанные “психосоматические реакции” не остановили его от повторных посещений религиозной организации.

От правильной констатации, что у А. А. “во время проведения религиозных обрядов имели место **психосоматические реакции...**”, что **могло быть связано** с психотерапевтическими и психологическими методами подсознательного воздействия на личность” эксперты неожиданно переходят к категоричному выводу, что обнаруженное у А. А. **расстройство** (не реакции, а уже расстройство) находится “в прямой причинно-следственной связи с технологиями психологического воздействия, применяемыми в организации “Возрождение XXI век”. При этом они основываются не на каких-то объективных исследованиях и научной аргументации, а на давно опровергнутом доводе, что если “после этого”, то “от этого”, игнорируя, что для утверждения, что причиной возникновения этих жалоб является посещение религиозной организации, такого довода совершенно недостаточно. Необходимо было проверить, есть ли у этих жалоб соматическая основа, возникали ли они ранее, возникали ли на каждом богослужении, возникают ли они только в это время или могут возникать и в других ситуациях и т.д.. Дистанция между утверждением о прямой причинно-следственной связи и корреляционной связи очень велика и требует основательной аргументации, которая отсутствует. Сильное эмоциональное впечатление от процедуры изгнания бесов с намного большим основанием можно отнести за счет индивидуальных психологических особенностей подэкспертного и его неадекватно называть “психотравмирующим фактором”, вызывающим чувство беспомощности, также как боли в животе и голове во время проповеди обычно не называют ни коликами, ни цефалгиями, для которых не характерна привязка к определенной ситуации. Многократное акцентированное повторение выражения “психотравмирующий фактор”, даже “хронический психотравмирующий фактор”, обнаруживает явную тенденциозность экспертов, так как адекватным было бы сказать “впечатляющий фактор”.

Для текста заключения характерна терминологическая небрежность, использование терминов из паранаучной литературы, вплоть до собственного новояза: термин “психолого-психотерапевтическое исследование видеоматериалов” в правовом поле не существует и грамматически и содержательно ошибочен. Говоря о “психологических методах воздействия, направленных на снижение критичности мышления участников, подавление волевых качеств личности, стимуляцию чувства неуверенности, ревизию прежней жизни как “грешной”, формирование религиозно-ориентированной идентичности участников, введение новых шаблонов мышления”, эксперты игнорируют, что это неспецифично не только для любой религиозной проповеди, но и для их собственного экспертного заключения, которое тоже “нагнетает эмоции”, являясь в том числе и методом психологического воздействия. В приведенной цитате со всей оче-

видностью выступает тенденциозность экспертов, так как взвешенным утверждением относительно мотива ведущих богослужение является только “формирование религиозно-ориентированной идентичности участников”, совершенно естественное и гарантированное Конституцией, а все остальное — негативно-оценочное, привносящее преступный мотив: “снижение критичности мышления участников, подавление волевых качеств личности” и т.п.

Утверждение экспертов относительно изменённых состояний сознания использованием внушения и гипноза, “вкладывания в подсознание” и т.п. игнорирует давно известное сведение, что пресловутые потери сознания, которые непосредственно не удостоверяли врачи, скорее всего, были состояниями транса, который рассматривается в научной психотерапевтической литературе как целительное средство. Это не потери сознания, а его особое состояние, сопровождающееся отключением контроля за мышечным тонусом. Психотерапевтическое воздействие оказывают не только религиозные обряды, но и добрые знакомые. Психотравмирующим скорее было общение со следователем и экспертами. Тем не менее, согласно заключению судебно-психиатрической комиссии экспертов от 20.04.17, “комиссия приходит к заключению, что А. А. каким-либо психическим заболеванием, в том числе склонностью к патологическому фантазированию, псевдологии, не страдает”, “данных о наличии признаков повышенной внушаемости не получено”, что находится в полном противоречии с выставленным ему впоследствии психиатрическим диагнозом F 45.8.

Эксперт-психиатр Коломыцев Д. Ю. написал дополнительное развернутое заключение, целиком опираясь на тенденциозно подобранную квазинаучную литературу, в котором он использует доморощенную лексику американских депрограмматоров, книги которых были переведены на русский язык Волковым Е. Н. в период антисектантской кампании второй половины 90-х годов. При этом умалчивается, что система этих взглядов, волна которых прокатилась в США на 20 лет раньше, была квалифицирована Американской психологической ассоциацией как антинаучная, и по ее обращению представителям этих взглядов Верховный суд США запретил выступать в судах в качестве специалистов. Во второй половине 90-х годов эти взгляды были признаны Российским обществом психиатров и НПА России не имеющими отношения к науке.

Единственный эксперт-психиатр, ассистент кафедры целиком положился на материалы проверки, которая включала анализ видео-записи проповеди, которая увидела все, что знала, — чуть ли не весь существующий арсенал используемых психотерапевтических методов от внушения и гипноза, даже фракционного, зеркального и др., до транзактного анализа и нейролингвистического программирования, и тем са-

мым очень перестаралась, квалифицируя без доказательной аргументации.

Использованный экспертами подход чуть ли не на 100% гарантирует возможность квалифицировать таким же образом не только всех священнослужителей всех конфессий, но и всех работников масс-медиа, рок-концертов, дискотек и т.п., более того, любого человека, который кого-то в чем-то убеждает, рекламирует, продает, за кем-то ухаживает или порочит.

Утверждение, что ведущие богослужение используют медицинские (психотерапевтические) техники, не имея соответствующего образования, сертификата, лицензии, игнорирует простой факт, что это эксперты так именуют на свой выученный лад приемы, которые намного древнее всех психотерапевтических методов и которые были позаимствованы у разных конфессий для психотерапевтических целей. Все решает смысловой контекст рассмотрения. Приходя на проповедь, никто не дает информированного согласия на оказываемое на себя психологическое воздействие. Такого рода требование — ноу-хау экспертов. Они путают объект и предмет форм деятельности. Один и тот же объект, одни те же методические приемы в руках разных специалистов (психиатров, психологов, судебных медиков, священнослужителей и т.д.) — нечто принципиально разное, по-разному увиденное в соответствии с предметом своей деятельности. Все они имеют разный смысл: лечебный у врача, воспитательный у педагога, манипулятивный у пропагандиста, духоподъемный у священнослужителя. Наконец, одни и те же действия, по любви и согласию или по принуждению и насильно, оказываются принципиально разными по смыслу и квалификации в зависимости от смыслового контекста происходящего для самих участников и других лиц — отрицательно или положительно относящихся к их поведению. В знаменитом деле школы Столбуна то, что для экспертов выглядело скабрёзным, для Ролана Быкова было целительной процедурой, и он самостоятельно сформулировал более научный принцип, чем тот узкоаналитический, которого держались множество экспертов: все решает смысловой контекст ситуации для конкретного человека. Посещение богослужений было добровольным, так же как их прекращение. Квалификация действий организации как деструктивных требует намного более тщательной научной аргументации и деликатности, чем представленный экспертами текст.

Утверждение экспертов о принесении “вреда психическому здоровью”, “трансляции установок религиозного содержания в подсознание”, о котором эксперты отзываются как имеющем “низкую смысловую нагрузку” представляет вторжение не в свою сферу и даже нарушением Конституции, которая для них явно менее значима, чем установка следствия. Если бы не их “высшая квалификационная категория”, их многостраничный опус, восполняющий обилием страниц

отсутствие научной аргументации, можно было бы рассматривать как анекдотический, но в контексте нашей действительности это откровенная тенденциозность.

Таким образом, ни “принесение вреда психическому здоровью”, ни “использование психотерапевтических методов” не могут считаться доказанными, так как научную аргументацию подменяют тенденциозные оценки.

Утверждение о том, что “паства готова и способна выполнять любые распоряжения пастора, причем абсолютно некритично, не отдавая отчета в последствиях этих распоряжений, без учета ранее сформированных морально-этических норм и соображений собственной безопасности” является совершенно бездоказательным, не подкреплено никакими примерами и отражает тенденциозность автора исследования главного внештатного специалиста по клинической психологии МЗОО Четверикова Д. В.

Все свидетели и потерпевшие говорят о том, что они начали посещать собрания церкви добровольно, многие ранее посещали другие церкви и отмечают, что здесь им нравится “внутренняя обстановка в церкви, ее прихожане. Там всегда стоит доброжелательная атмосфера”. Никаких документов, в том числе о передаче имущества, они не подписывали, посещение собраний добровольное, никаких санкций за непосещение не предусмотрено, предусмотрены денежные пожертвования — “десятина” в размере 1\10 месячного дохода, однако прихожане вносят пожертвования в соответствии со своими возможностями, некоторые вообще не платят. Руководители церкви никогда не побуждали к совершению каких-либо правонарушений, к отказу от исполнения гражданских обязанностей, к отказу от медицинской помощи, все свидетели отрицают применение какого-либо насилия в отношении них со стороны руководителей церкви. К другим религиям относятся лояльно. К отказу от медицинской помощи никогда не призывали, однако авторы исследования утверждают, что в церкви насаждается снижение критичности мышления, касающееся вопросов здоровья, что негативно влияет на психическое и соматическое здоровье прихожан.

Та часть заключения экспертов, которая подписана всеми тремя экспертами, заканчивается выводом о том, что “во время проведения религиозных обрядов **возможно** имели место психологические методы воздействия, а именно психологическая манипуляция, групповое психологическое давление”.

Вероятно, не удовлетворившись таким неопределенным выводом, член комиссии эксперт-психиатр-психолог Коломыцев Д. Ю. провел собственный анализ представленных материалов на основе методов, неправомочно названных “методами гуманистической психологии и феноменологического метода”. При этом он полностью положился на материал проверки видеоматериалов и даже развил их, без всякого обоснования назвал “психотехнологии”, применяе-

мые в организации “хроническим психотравмирующим фактором” для А. А. и формирующим у него чувство вины, беспомощности, тревоги и страха. При этом А. А., “являясь объектом психологического насилия со стороны религиозной организации “Возрождение XXI век”, самого насилия “не ощущает и не признает”, поскольку “оно осуществляется помимо его воли, с использованием психологических и психотерапевтических технологий”. Во-первых, психологическое насилие — это действия, разрушающие или уничтожающие положительные нравственные качества личности и поведения, а также самоуважение, благополучие и собственное достоинство, оно должно вести к психологической травме, которая у А. А. в процессе судебной психолого-психиатрической экспертизы не зафиксирована, а во-вторых, если такое насилие не совпадает с внутренними установками и ценностями личности, то оно всегда вызывает сопротивление, а если оно с ними совпадает, то это не насилие.

В нарушение п. 29 “Порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации”, утвержденного приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 12 мая 2010 г. N 346н, все выводы экспертов даны без убедительного обоснования. В ответе на третий вопрос относительно последствий для здоровья А. А. эксперт-психиатр-психолог утверждает, что в дальнейшем при условии посещения собраний организации, у А. А. могут развиваться хронические психические расстройства. Какие именно и как скоро, в выводе не говорится и не аргументируется, хотя это очень ответственное заявление, очень далекое от повседневных религиозных практик.

Другим пострадавшим, в отношении которого проведена и комплексная судебная психолого-психиатрическая, и комплексная судебная экспертиза, признана Л. А., 1989 г.рожд. Как и в случае А. А., эксперты, проводившие первичную психолого-психиатрическую экспертизу, пришли к выводу, что Л. А. “**каким-либо психическим заболеванием не страдала и не страдает...** У нее после и во время проведения религиозных обрядов имели место **аффективные реакции** в виде резких колебаний настроения... а также **соматоформные реакции** в виде головных болей... Ответ на вопрос о связи этих реакций с “психотерапевтическими, психологическими методами подсознательного воздействия на личность” дается в неопределенной форме — “могло быть связано” с оговоркой, что это “следует из протокола психолого-психотерапевтического исследования видеоматериалов богослужения”. При проведении комплексной судебной экспертизы в исследовательской части заключения, подписанной тремя экспертами, достаточно подробно описываются все представленные материалы, в том числе медицинская карта, из ко-

торой видно, что Л. А. обращалась в ГБ № 2 в связи с прохождением онкоосмотра 11.03.16, впоследствии была на приеме 11.04.16, жалоб не предъявляла. Других сведений об обращении за медицинской помощью не имеется. Подписав общее заключение, эксперт-психиатр Коломыцев Д. Ю. провел собственный анализ представленных материалов, в результате чего обнаружил у Л. А. “синдром психической зависимости с астено-депрессивными и соматоформными проявлениями, который ... связан с посещением собраний организации “Возрождение XXI век г. Омск”. При этом он не поясняет, каким образом психиатры, исследовавшие Л. А. лично, не обнаружили у нее такого расстройства, а он — на основе их документов, — квалифицировал ее состояние таким образом, да еще и нашел этому однозначную причину. Эксперт-психиатр Коломыцев Д. Ю. квалифицирует состояние Л. А. как расстройство приспособительных реакций (F 43.2), которое развилось у нее на фоне ее личностных особенностей, предрасполагающих к такому ответу на психотравмирующие факторы, в данном случае — по мнению Коломыцева — участие в актах “изгнания бесов из людей”. При этом сама Л. А. не оценивает посещения богослужений как психотравмирующий фактор, на вопрос, изменилось ли ее душевное состояние в процессе посещения богослужений, она отвечает: “Да, отношение к людям поменялось, изменилась душевная составляющая. Если раньше нервничала на работе, то теперь я свой стресс снимаю молитвой”, т.е. результат посещений оценивается как положительный. Согласно МКБ-10, расстройство приспособительных реакций имеет различные проявления: депрессивное настроение, тревогу, беспокойство, чувство неспособности справиться, планировать, а также некоторую степень снижения продуктивности в ежедневных делах. Эксперты, проводившие первичную психолого-психиатрическую экспертизу Л. А., отметили у нее приподнятый фон настроения, а психолог — повышенный уровень эффективности трудовой деятельности. Она жаловалась на то, что, когда уезжала в длительные командировки, на 2 – 3 недели, у нее появляется бессонница, повышается раздражительность, депрессия. Однако никаких клинически значимых проявлений этих расстройств у нее не обнаружено: она работает организатором массовых мероприятий, с работой справляется, систематически ездит в командировки, общается с большим количеством людей. Несмотря на это, эксперт Коломыцев Д. Ю. утверждает далее, что посещение богослужений в организации “Возрождение XXI век г. Омск” способствует развитию у Л. А. чувства беспомощности, тревоги, страха, что свидетельствует “о высоком риске развития в дальнейшем ... зависимого расстройства личности (F 60.7), а также увеличивает риск и тяжесть иных психических расстройств”. Надо сказать, что в МКБ-10 зависимое расстройство личности входит в кластер “Расстрой-

ства личности и поведения в зрелом возрасте”, про который говорится, что это “клинически значимые состояния, поведенческие типы, которые имеют тенденцию к устойчивости и являются выражением характеристик свойственного индивидууму стиля жизни и типов отношения к себе и другим”. Обычно они появляются рано в процессе индивидуального развития как результат влияния конституциональных факторов и социального опыта, но некоторые приобретаются позднее. Зависимое расстройство личности характеризуется стремлением переложить на других большую часть важных решений в своей жизни, подчинением своих собственных потребностей потребностям других людей, от которых зависит пациент, и неадекватная податливость их желаниям. У Л. А. согласно заключению психолога, в период повышенного настроения отмечаются “легкое вживание в разные социальные разные роли, театральность и демонстративность, потребность нравиться окружающим, зависимость от средовых явлений, поиски признания и стремление к сопричастности в межличностном взаимодействии, повышенная чувствительность к внешним раздражителям. В период сниженного настроения отмечается пессимистическое отношение к будущему, негативная оценка прошлого, резкое снижение самооценки, тревожность, склонность к размышлениям и поиску смысла жизни. Частые смены настроения способствуют непредсказуемому, противоречивому поведению, подверженности внушению.” Такие личностные особенности не способствуют, а наоборот препятствуют формированию зависимого расстройства личности. Ориентируясь на выставленный экспертом психиатром Коломыцевым Д. Ю. диагноз психического расстройства F 43.2, который, по его мнению, находится в прямой причинно-следственной связи с технологиями психологического воздействия, применяемыми в организации “Возрождение XXI век г. Омск”, судебные эксперты-медики квалифицировали вред, который причинен Л. А. в ходе посещения богослужений, как тяжкий вред здоровью. При этом, как и в случае с А. А., не было отмечено никаких проявлений этого “тяжкого вреда”: Л. А. успешно справлялась с работой, не обращалась за медицинской помощью, не предъявляла никаких жалоб, не изменила свой образ жизни.

Еще девяти прихожанам религиозного объединения “Возрождение XXI век г. Омск” проведены комплексные судебные психолого-психиатрические экспертизы. Как сказано в заключениях, “в ходе следствия возникла необходимость в установлении, оказывалось ли на свидетеля какое-либо психическое воздействие, и причинен ли этими действиями вред здоровью, в связи с чем назначена комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза с привлечением в качестве эксперта врача-психиатра-нарколога, медицинского психолога Коломыцева Д. Ю. и главного внештатного специалиста по клинической психологии,

врача-психотерапевта, врача-психиатра-нарколога Четверикова Д. В.», которые не являются судебными психиатрами. В некоторых случаях говорится также о сомнениях в психической полноценности подэкспертных.

Дадим краткий анализ этих заключений.

Подэкспертная С. Г., 1966 г.рожд.. Согласно исследовательской части заключения, она продавец, индивидуальный предприниматель, имеет двоих детей, “муж предал”, 10 лет злоупотребляла алкоголем, кодировалась, сейчас — уборщица в театре. С февраля 2017 г. посещает церковь “Возрождение”, нерегулярно, ходит и в православные храмы. Причина посещения — одиночество, желание общаться с новыми людьми и вера в Бога. Говорит, что посещение богослужений меняло душевное состояние в позитивную сторону. Сознание во время богослужений не теряла, память не теряла, резких перепадов настроения не испытывала, сверхъестественных сил во время проведения обрядов не видела. Употребляет алкоголь более 10 лет, испытывает тягу, светлые промежутки по несколько дней. Нарушений критических и прогностических способностей эксперты судебные психиатры не выявили. Согласно их выводам, С. Г. обнаруживает “признаки синдрома зависимости от алкоголя, активная зависимость, средняя стадия F 10.242”. Эксперты Четвериков Д. В. и Коломыцев Д. Ю., “исходя из показаний и клинико-анамнестических данных Бахтиной”, утверждают, что она “испытывала измененные состояния сознания во время проведения обрядов, что явилось следствием применения гипнотических технологий помимо ее воли”. Поскольку на все вопросы относительно изменения психического состояния (потеря сознания, памяти, резкие перепады настроения) С. Г. отвечала отрицательно, а во время психопатологического и экспериментально-психологического исследований никаких грубых нарушений памяти, внимания и мышления у нее не обнаружено, вероятно, эксперты хотят сказать, что С. Г. не понимала, что испытывает измененные состояния сознания, так же как она не понимала, что подвергается действию гипноза. Но таким образом можно любому человеку приписать какие угодно необычные переживания, о которых он сам не подозревает. Далее эксперты утверждают, что у С. Г. отмечается “формирование нехимической формы аддиктивного поведения”, т.е. происходит “смена способа аддиктивной реализации”. К тому, что с точки зрения любого психиатра и психотерапевта было бы расценено, как большой успех, эксперты-психиатры Четвериков Д. В. и Коломыцев Д. Ю. относятся настороженно, поскольку считают, что имеет место “условная социальная приемлемость объекта аддикции”. С их точки зрения, посещение богослужений религиозной организации “Возрождение XXI век г. Омск” само по себе является “хроническим психотравмирующим фактором” и может быть расценено как форма насилия, осуществ-

ляемого помимо воли подэкспертной. Так, и с намного большим основанием, можно сказать об их активном вмешательстве в свободный выбор вероисповедания. Дальнейшее посещение богослужений, по их мнению, будет способствовать формированию зависимого расстройства личности и повысит риск иных психических расстройств. Никаких пояснений при этом не дается, все объясняется ссылкой на исследование видеоматериалов, проведенное Четвериковым Д. В.

Подэкспертный Д. Г., 1976 г.рожд. — в прошлом вел антисоциальный образ жизни, уголовные преступления, наркотики, алкоголь. В юности диагноз “психопатия возбудимого круга с патологией влечений”, ВИЧ. В религиозную организацию “Возрождение XXI век г. Омск” пришел по совету знакомого в 2016 г., “я был в поисках Бога”, понравилось, поверил в Бога, бросил наркотики и алкоголь. Сейчас перестал посещать, “полковник ФСБ глаза открыл”, понял, что у церкви цели корыстные. В период посещения богослужений состояние улучшается, ощущает прилив сил, облегчение своего физического состояния, “наполняюсь святым духом”. Испытывал “исцеление”: перестала болеть спина. В свободное время читает Библию, книги из библиотеки организации. Сознание и память не терял, наблюдал, как другие члены объединения при наложении руки пастора падали на пол, при этом оставались в сознании. После проведения обрядов чувствовал прилив сил, радость и улучшение настроения. Сверхъестественных сил, умерших близких людей не видел, но ощущал Бога. В процессе посещения богослужений улучшилось здоровье, “ощущаю душевный покой, эмоциональное равновесие, не пью, не курю и не матерюсь”. В части, подписанной одним экспертом-психиатром — Вороновой С. З., делается вывод, что Д. Г. обнаруживал ранее и обнаруживает в настоящее время признаки смешанного расстройства личности (F 61.0) (такие расстройства формируются в подростковом возрасте и сохраняются на протяжении жизни в качестве фона), а также синдром зависимости от опиоидов (в наст. время ремиссия, F 11.202) и синдром зависимости от алкоголя (в наст. время ремиссия, F 10.202), а также реактивно обусловленный синдром сверхценных идей религиозного содержания (F 43.25). Согласно МКБ-10, шифр 43.25 означает “смешанное расстройство эмоций и поведения, обусловленное расстройством адаптации”, которое проявляется эмоциональными симптомами и расстройствами поведения. Эмоциональные расстройства у Д. Г., безусловно, имеются, они подробно описаны в психопатологическом и экспериментально-психологическом исследованиях (неустойчивое настроение с дисфорией, выраженная тенденция к импульсивности, признаки эмоциональной неустойчивости, раздражительность и т.д.), расстройства поведения, скорее, компенсировались (перестал употреблять наркотики и алкоголь, занимается

отделочными работами, улучшились отношения с матерью), а сверхценные идеи религиозного содержания ограничиваются примитивной верой в Бога и его способность творить чудеса, возможность исцелить, наличие духов и бесов, вселяющихся в людей. Синдром “сверхценных идей религиозного содержания” и вообще “синдром сверхценных идей” может быть, как патологическим, так и непатологическим. Сверхценные идеи должны быть у каждого нормального человека. У всех истинно верующих имеются сверхценные идеи религиозного содержания, трактовать это как “синдром сверхценных идей” и “нарушение адаптации” можно лишь в случае религиозного фанатизма, когда этим идеям подчинено все поведение человека: он отказывается от пищи во вред своему здоровью, истязает себя телесными наказаниями, нетерпим к близким, которые не столь истово следуют религиозным предписаниям, и т.п. У Д. Г. формирование сверхценных идей религиозного содержания способствовало отказу от наркотиков и алкоголя, т.ч. трактовать его как расстройство адаптации недопустимо. Эксперты-психиатры Четвериков Д. В. и Коломыцев Д. Ю. идут еще дальше и квалифицируют синдром сверхценных идей как развитие параноидных черт личности, которое произошло в результате посещения организации “Возрождение XXI век г. Омск”. При этом не учитывается, что Д. Г. посещал организацию максимум год, к моменту проведения экспертизы он уже разочаровался и ушел. Тем не менее, эксперты считают необходимым отметить, что Д. Г. испытывал измененные состояния сознания во время проведения обрядов, и это явилось следствием применения гипнотических технологий помимо его воли. Подтверждений этому в показаниях Д. Г. нет. Как и в случае С. Г., эксперты утверждают, что под действием психотехнологий, применяемых в организации, произошла смена способа аддиктивной реализации — с химической зависимости на “условно приемлемую” нехимическую. Они считают, что “параноидные черты личности находятся в опосредованной причинно-следственной связи с описанными в исследовании технологиями, а синдром сверхценных идей религиозного содержания — в прямой. Продолжение посещения церкви будет способствовать поддержанию психической зависимости, развитию параноидных черт личности, а также повышать риск иных психических расстройств, в том числе бредовых”. Эти утверждения даются без всякого обоснования. Вероятно, эксперты считают, что психическая зависимость от церкви опаснее, чем наркомания и алкоголизм, и именно она может привести к бредовым расстройствам.

Подэкспертная Е. А., 1992 г.рожд., — интерн государственного медицинского университета, ранее — никаких связей с психиатрией, с 2015 г. посещает организацию “Возрождение XXI век г. Омск”, работает менеджером, занимается в секции вокала. Говорит, что “стала более жизнерадостной, спокойной, муд-

рой, духовно просвещенной”, исцелилась: ранее лечилась от туберкулеза, страдала аллергическими реакциями, тонзилитом, холециститом, сейчас все прошло. И ранее, и сейчас верит в бога, бесов, духов, сверхъестественные силы. Во время посещения богослужений сознание и память не теряла, но иногда ощущала чувство божественного прикосновения, от сильного присутствия силы святого духа появляется слабость в ногах, от которой человек не может устоять. “Во время молитвы я ощущала прикосновение святого духа, он наполнял меня огнем, и во время молитвы за другого человека я ощущала, как через меня проходила божественная сила”. Судебные психиатры-эксперты Рожков С. Н. и Воронова С. З. пришли к выводу, что Е. А. ранее каким-либо психическим расстройством не страдала, в настоящее время у нее обнаруживается невротическое развитие с формированием устойчивых нарушений убеждений и эмоций у незрелой личности, психогенно обусловленный синдром сверхценных идей религиозного содержания (F 48.8). Никакого обоснования эксперты не дают, никаких клинических признаков невротического расстройства (в виде повышенной утомляемости, снижения профессиональной продуктивности или эффективности в повседневных делах, раздражительности, подавленности, тревожности и т.п.) не приводят. Наоборот, Е. А. продолжает учиться, работает менеджером, занимается вокалом, справляется со своими обязанностями. Экспериментально-психологическое исследование подтверждает, что она является незрелой личностью, что объясняет существование у нее наивной веры в бесов и духов, в сверхъестественные силы. Однако такие сверхценные идеи религиозного содержания не оказывают негативного влияния на ее поведение, к тому же они существовали и до вступления в организацию “Возрождение XXI век г. Омск”. Поэтому вывод о формировании у нее “устойчивых нарушений убеждений и эмоций” и **психогенно обусловленного** синдрома сверхценных идей религиозного содержания не имеет никаких доказательных оснований. Но далее эксперты-психиатры Четвериков Д. В. и Коломыцев Д. Ю. вновь дают свои пояснения и утверждают, что Е. А., как и другие прихожане, испытывала “измененные состояния сознания” во время проведения обрядов. Они не могут представить, что человек с медицинским образованием может испытывать “чувство божественного прикосновения”, “прикосновение святого духа”, получать исцеление и верить в “чудеса”, совершаемые богом. Несмотря на то, что психолог по результатам своего исследования пишет об отсутствии интеллектуально-мнестических расстройств и не отмечает склонности к повышенной внушаемости, они утверждают, что Е. А. отличается повышенной внушаемостью и уровень интеллекта ниже среднего. Они также утверждают, что у Е. Я. формируется зависимое расстройство личности (F 60.73), которое находится в

прямой причинно-следственной связи с методами психологического воздействия организации “Возрождение XXI век г. Омск”. Между тем, расстройство личности по определению формируется в подростковом возрасте. Постоянным использованием терминов вроде “хронический психотравмирующий фактор”, “психическое насилие”, к тому же осуществляемое помимо воли подэкспертных и помимо их понимания, эксперты сами оказывают давление на следователя и суд, и заставляют поверить в свои голословные утверждения. Согласно их выводам, дальнейшее посещение Е. А. организации “Возрождение XXI век г. Омск” будет повышать риск возникновения иных психических расстройств, а также негативно влиять на психическое и соматическое здоровье.

Подэкспертная О. В., 1974 г. рожд., — имеет ребенка-инвалида, подрабатывает домработницей. С 20 лет уверовала в Бога, “к Богу была тяга всегда”, прекратила курить и выпивать, посещала разные церкви, в религиозную организацию “Возрождение XXI век г. Омск” ходит вместе с сыном, который сильно отставал в развитии. Считает, что ей помогли: психическое состояние сына выровнялось, учится в 3 классе коррекционной школы на пятерки, намерена отказаться от инвалидности и перевести его в общеобразовательную школу, улучшились отношения с дочерью. Сознание и память во время богослужений не теряла, резких перепадов настроения не испытывала. Верит в существование сверхъестественных сил, что бог исцеляет людей через руки пастора. В результате психопатологического и экспериментально-психологического исследования у О. В. обнаружены признаки смешанного диссоциативного расстройства у мозаичной личности (истерического, зависимого — F 44.7 по МКБ-10), однако установить период появления данного расстройства судебные психиатры-эксперты не смогли, поскольку “О. В. ранее за психиатрической помощью не обращалась”. Они также пришли к выводу, что в настоящее время у О. В. “отсутствуют выраженные эмоционально-волевые расстройства, болезненные нарушения мышления, какая-либо психотическая симптоматика”, а также признаки индуцированного бредового расстройства. Однако далее эксперты Четвериков Д. В. и Коломыцев Д. Ю. утверждают, что у О. В. имеются “**бредовые идеи** воздействия и колдовства, манихейские идеи, эпизодические **слуховые галлюцинации**, экзотические переживания и соматоформные проявления”, а также патологические черты личности: зависимые и истерические, и добавляют ей еще один диагноз — смешанное расстройство личности (F 61.0). При этом они проводят “филигранную” диагностику и утверждают, что диссоциативные расстройства и зависимые черты личности находятся в прямой причинно-следственной связи с посещением организации “Возрождение XXI век г. Омск”, а истерические черты — нет. На самом деле, любые расстройства лично-

сти формируются гораздо раньше, а у О. В. естественнее было бы говорить о реакции на рождение больного сына, поскольку даже если считать богослужения в церкви “хроническим психотравмирующим фактором”, ситуация с больным сыном является гораздо более психически значимой и скорее вызовет у человека психические расстройства. И опять эксперты без всяких обоснований пишут о том, что при посещении собраний организации “Возрождение XXI век г. Омск” у О. В. будут усиливаться явления психической зависимости и могут возникнуть иные психические расстройства.

Подэкспертный О. А., 1983 г. рожд., — в анамнезе употребление наркотиков, спиртных напитков, многократные травмы головного мозга, в 2001 г. проходил судебно-психиатрическую экспертизу в связи с совершенным преступлением, д-з: “психопатия возбуждаемого круга”, признан вменяемым, отбывал наказание — 9 лет. После освобождения работал слесарем-сборщиком, женился, проживает с супругой и ее дочерью, алкоголем не злоупотребляет, жалоб от соседей нет. С февраля 2016 г. посещает религиозное объединение “Возрождение XXI век г. Омск”, т.к. их взгляды ему “близки по духу”, посещает два раза в месяц в связи с напряженным рабочим графиком. Сознание, память во время богослужений не терял, настроение во время богослужений повышается, сверхъестественных сил, умерших близких не видел, в целом “стал более спокойным, уверенным в себе”. Чувства единения с богом, с группой, открытости не ощущал, хотя ему этого хотелось. Через некоторое время перестал посещать собрания, не нравилось, что там громкая музыка, шум, “я люблю спокойствие”. Судебно-психиатрические эксперты пришли к заключению, что О. А. в настоящее время признаков психического расстройства не обнаруживает. В 2001 г. при проведении судебно-психиатрической экспертизы у О. А. были выявлены повышенная раздражительность, вспыльчивость, конфликтность, аффективная неустойчивость, примитивность и другие особенности, позволившие экспертам выставить ему диагноз психопатии. При настоящем исследовании эти особенности не обнаружены, настроение ровное, мышление последовательное, критические способности сохранены. Далее эксперты-психиатры Четвериков Д. В. и Коломыцев Д. Ю. без всяких оснований утверждают, что О. А. “испытывал измененные состояния сознания” во время проведения обрядов, что явилось “следствием применения гипнотических технологий помимо его воли”. И хотя они на этот раз не обнаружили причинно-следственной связи между “психическими расстройствами у подэкспертного О. А. (непонятно какими, поскольку судебные психиатры психических расстройств не обнаружили) и технологиями психологического воздействия, применяемыми в организации “Возрождение XXI век г. Омск”, но все равно утверждают, что посещение организации

может способствовать “развитию психической зависимости от богослужений и личности пастора”. Подэкспертный в настоящее время не посещает богослужения, и эксперты были вынуждены признать, что каких-либо неприятных последствий от посещения организации у него не обнаружено, но добавляют, что при дальнейшем посещении может наступить ухудшение психического здоровья О. А. Объяснением они, как и прежде, себя не утруждают.

Подэкспертная Л. В., 1975 г.рожд. — мать и брат психически больные, мать злоупотребляла алкоголем, с 14 лет у подэкспертной — употребление наркотиков, отклоняющееся поведение, лечилась в детско-подростковом отделении Омской ОПБ. 10 класс не закончила, школу бросила, уезжала с цыганами, была лишена родительских прав, употребляла наркотики, лечилась в ОПБ, диагноз: “наркомания вследствие злоупотребления веществами, содержащими опий, осложненная немедицинским приемом димедрола”. Неоднократно привлекалась к уголовной ответственности. Состояла на учете у психиатра с диагнозом “психопатия”, во время проведения СПЭ в 2002 г. установлен диагноз “психопатия возбудимого круга”, признана вменяемой, отбывала наказание. С 2009 г., после освобождения из мест лишения свободы некоторое время проживала одна, потом стала проживать с сестрой. В 2017 г. изменила имя Оксана на Летицию, работает неофициально швейей. В анамнезе черепно-мозговые травмы, но за медицинской помощью не обращалась. С 2013 г. посещает религиозную организацию “Возрождение XXI век г. Омск”. Наркотики и алкоголь не употребляет. Ранее в бесов, духов, сверхъестественные силы не верила, пока не прочитала Библию. Если длительное время не посещает богослужения, чувствует “обеспокоенность”. Сознание не теряла, однако один раз “в первое служение” “от прикосновения святого духа не смогла устоять на ногах, физически не могла управлять своим телом”. Видела, как на службах люди падали с ног, однако считает, что они находились в сознании, т.к. вставали и продолжали участвовать в богослужении. Близость Бога чувствует только дома, в личной молитве. Память во время богослужений не теряла, резких перепадов настроения не испытывала, но испытывала постепенное улучшение настроения. За время посещения церкви “стала другим человеком”: более спокойной, уверенной в себе и в завтрашнем дне. Счастливой”. Судебные психиатры-эксперты пришли к выводу, что Л. В. обнаруживает в настоящее время признаки смешанного (эмоционально-неустойчивого, зависимого) расстройства личности (F 60.3, 60.7), признаки зависимости от опиоидов, ремиссия (F 11.202). В своем заключении они обосновывают это данными анамнеза и результатами настоящего обследования, выявившего эгоцентричность, эмоциональную лабильность, стеничность, раздражительность, конфликтность, демонстративность, импульсивность, повышенную

чувствительность к критике, подчинение своих собственных потребностей потребностям других людей, и т.д. Эксперты-психиатры Четвериков Д. В. и Коломыцев Д. Ю. подтверждают наличие у подэкспертной выявленных расстройств и утверждают, что эмоционально-неустойчивое расстройство личности и синдром зависимости от опиатов сформировались у подэкспертной в связи с генетическими причинами и дефектами воспитания, а зависимое расстройство личности находится в прямой причинно-следственной связи с технологиями психологического воздействия, применяемыми в церкви. Сама подэкспертная не отрицает свою зависимость от организации и объясняет это так: “когда я была наркозависимой, то совершала кражи, воровство, а от церкви — добрые дела.... Я лучше буду молиться, чем колоться”. Общепопулярный положительный эффект от посещения религиозной организации эксперты трактуют как принесение вреда здоровью в результате хронического психотравмирующего фактора, “психического насилия, осуществляемого помимо воли подэкспертной”. Дальнейшее посещение церкви, с их точки зрения, будет способствовать “поддержанию психической зависимости и имеющихся психических расстройств, а также повышать риск иных психических расстройств”. Вероятно, эксперты считают, что химическая зависимость менее опасна чем нехимическая, и что если Л. В. не будет посещать собрания организации, то ее психическое здоровье улучшится.

Подэкспертный А. В., 1974 г.рожд. — увлекался музыкой, был отчислен из музыкального училища за конфликт с преподавателем, окончил ПТУ по специальности столяр-плотник-станочник. В 1992 г. установлен диагноз “шизофрения, приступообразно-прогредиентное течение, аффективно-бредовый синдром”, был освобожден от службы в армии. С подросткового возраста стал употреблять наркотические и токсические вещества, пробовал ЛСД, искусственные наркотики, однако за наркологической помощью никогда не обращался. В 2005 г. гражданская жена умерла от передозировки наркотиков, после чего стал проживать с отцом. В 2003 г. была проведена стационарная СПЭ в связи с привлечением подэкспертного к уголовной ответственности по ст. 158 УК РФ, которая изменила А. В. диагноз на “шизотипическое расстройство личности”, он был признан вменяемым и осужден условно. В 2007 г. был привлечен к уголовной ответственности по ст. 105 УК РФ, признан вменяемым, 9 лет находился в местах лишения свободы. После освобождения проживает с братом и его семьей, наркотики и токсические вещества не употребляет, злоупотребление алкоголем отрицает. Постоянно не работает, занимается строительством деревянных срубов. С 2015 г. регулярно посещает религиозную организацию “Возрождение XXI век г. Омск”, верит в существование бесов, духов, сверхъестественных сил. Если не посещал собрания, плохо не станови-

лось, сознание, память не терял, с другими были случаи “потери устойчивости на ногах, равновесия”, резких перепадов настроения не испытывал. Сверхъестественных сил, умерших близких не видел. Говорит, что причиной посещения стала возможность играть на хорошем музыкальном инструменте, а также солидарность при общении и обсуждении различных вопросов с пастором и прихожанами. Душевное состояние не изменилось, чувство единения с Богом не возникало. Себя считает человеком верующим, православие ему ближе, а в эту церковь ходит, чтобы “просто понаблюдать”. Это единственный подэкспертный, у которого эксперты Четвериков Д. В. и Коломыцев Д. Ю. не обнаружили психической зависимости от богослужений, что по их мнению связано с его личностными особенностями (своеобразие мышления, особенности эмоционально-волевой сферы, относительно более высокий уровень интеллекта). Он подвергает критической оценке деятельность организации, посещает, чтобы играть на гитаре. Поэтому “несмотря на воздействие вредных для психического здоровья факторов, у подэкспертного риск обострения имеющихся и возникновения иных психических расстройств невелик”.

Подэкспертная Н. Г., 1976 г.рожд. — в прошлом алкоголизация, курение, сутенерство. С 14 лет стала употреблять спиртные напитки, быстро возникла зависимость, появились длительные запои, теряла работу, были конфликты с гражданским мужем. Была в заключении, когда освободилась вновь начала злоупотреблять алкоголем, когда узнала, что сын является наркозависимым, отправила его в реабилитационный центр. С 2013 г. посещает организацию “Возрождение XXI век г. Омск”, с 2014 г. регулярно. Говорит, что освободилась от алкогольной зависимости, появилось отвращение к табаку, через нее и сын освободился от зависимости от наркотиков, он собирается поступать в ВУЗ, учиться на психолога. Верит в сверхъестественные силы, бесов, духов, считает, что освободилась от своей алкогольной зависимости с помощью святого духа. Во время посещений ощущает “аномальный прилив сил”, повышение трудоспособности, настроения, появляется ощущение полной свободы, ясность ума в гармонии с Богом. Работает и занимается воспитанием и уходом за дочерью, служением Богу. Сознание и память во время богослужений не теряла, резких перепадов настроения не испытывала, только позитивный настрой. Душевное состояние изменилось, что выражается в “отсутствии негатива в жизни, ощущении духовной близости с Богом”, чувстве единения с группой в процессе богослужения. Сама на собраниях не присутствует, поскольку ведет детское служение, но знает, что там “происходят исцеления”. Когда пришла первый раз молиться, у нее началась рвота — “злые духи выходили”, духов не видела, но чувствовала. Судебные психиатры-эксперты пришли к выводу, что Н. Г. обнару-

живала ранее (до посещения организации) и обнаруживает в настоящее время признаки синдрома зависимости от алкоголя, в настоящее время ремиссия (F 10.102), у подэкспертной сформировалась стойкая безлекарственная ремиссия. Эксперты-психиатры Четвериков Д. В. и Коломыцев Д. Ю. подтвердили наличие у Н. Г. изменений личности, связанных с синдромом зависимости от алкоголя, и пояснили, что данное психическое расстройство не связано с посещением организации “Возрождение XXI век г. Омск”. Однако они также обнаружили, что у Н. Г. формируется “нехимическая зависимость аддиктивного поведения”, которая связана с посещением религиозной организации. Сама Н. Г. объясняет это так: “Когда человек чувствует прикосновение к богу, бог не просто расслабляет, он наполняет. Водочка она не наполняет, она мысли плохие дает”, и утверждает, что ее душевное состояние “невероятно изменилось, произошло улучшение качества жизни, умственного развития”. Эксперты оценивают это иначе: “в дальнейшем посещение собраний организации “Возрождение XXI век г. Омск” будет способствовать развитию психической зависимости и формированию расстройств зрелой личности, а также повышать риск иных психических расстройств”. Между тем, Н. Г. посещает собрания организации с 2013 г., т.е. к моменту проведения экспертизы, уже 4 года, и пока никаких расстройств, кроме имевшейся ранее зависимости от алкоголя, не сформировалось, а в отношении употребления алкоголя зафиксирована стойкая ремиссия. Таким образом, можно сказать, что посещение организации “Возрождение XXI век г. Омск” не только не повредило психическому здоровью Н. Г., но наоборот, способствовало улучшению ее психического здоровья.

Подэкспертный П. В., 1980 г.рожд., — в анамнезе злоупотребление спиртными напитками, в связи с чем не закончил ВУЗ, был призван в армию, затем вновь злоупотреблял алкоголем, многократно лечился, но без результата, ремиссии длились 2 недели. Посещал клуб “Анонимных алкоголиков”, но также без эффекта. С ноября 2016 г. “обратился к Богу, покался, признал свое бессилие перед алкоголем”. С этого времени алкоголь не употребляет. С 2016 г. посещает организацию “Возрождение XXI век г. Омск” вместе с женой, которая также ранее злоупотребляла алкоголем. С 2017 г. неофициально работает автослесарем. В бесов, духов и сверхъестественные силы верил и сейчас верит. Если не посещал собрания, психическое и физическое состояние не менялось. Сознание и память не терял, однако иногда приходило чувство “слабости”, и требовалось присесть. Резких перепадов настроения не ощущал, следовательно говорил, что видел сверхъестественные силы во время проведения обрядов, понимая под ними “улучшение зрения” “зубную боль” и т.п. Считает, что его душевное состояние улучшилось: появилась уверенность, душевное спо-

койствие, бросил употреблять алкоголь и табачные изделия. Во время проведения экспертизы отрицал, что у него во время богослужений была головная боль, улучшалось зрение и т.п. Объясняя, почему так говорил, сказал, что в тот период “находился под давлением следователя”, “долго держали, было душно, надо было идти домой к детям”. Судебные психиатры-эксперты пришли к выводу, что “П. В. обнаруживал ранее (до посещения религиозного объединения “Возрождение XXI век г. Омск”) и обнаруживает в настоящее время признаки синдрома зависимости от алкоголя, в настоящее время воздержание (F 10.202). С 2016 г. у П. В. сформировалась стойкая безлекарственная ремиссия с полным отказом от употребления спиртного. Эксперты-психиатры Четвериков Д. В. и Коломыцев Д. Ю. подтвердили наличие у П. В. изменений личности, связанных с синдромом зависимости от алкоголя на фоне воздержания от его приема, и сделали вывод, что данное психическое расстройство не связано с технологиями психического воздействия, принятыми в организации “Возрождение XXI век г. Омск”. Однако формирующаяся, с их точки зрения, у П. В. нехимическая форма зависимого поведения, которую не обнаружили судебные психиатры-эксперты, является результатом психического насилия, осуществляемого помимо воли подэкспертного. То, что подэкспертный сам стремится к такому “психическому насилию”, поскольку оно удерживает его от алкогольной зависимости, их не интересует. Они утверждают, что дальнейшее посещение организации будет способствовать развитию психической зависимости и формированию расстройств зрелой личности, а также повышать риск иных психических расстройств.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ И ВЫВОДЫ

Итак, все заключения комплексных судебных психолого-психиатрических экспертиз построены по одной схеме и нарушают “Порядок проведения судебно-психиатрической экспертизы”, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12 января 2017 г. N 3н г. Москва. Согласно п. 17 “Порядка” “В заключении экспертов, участвующих в производстве комплексной судебно-психиатрической экспертизы, указывается, какие исследования и в каком объеме провел каждый эксперт, какие факты он установил и к каким выводам пришел”. Каждый эксперт, участвующий в производстве комплексной судебно-психиатрической экспертизы, подписывает ту часть заключения, которая содержит описание проведенных им исследований, и несет за нее ответственность”. Эксперты Четвериков Д. В. и Коломыцев Д. А. нарушили также Инструкцию по заполнению отраслевой учетной формы n 100/у-03 “Заключение судебно-психиатрического эксперта (комиссии экспертов)”, утвержденную

приказом Минздрава РФ от 12.08.2003 N 401. Согласно п. 3.1. Инструкции, заключительная часть экспертного заключения — выводы — должна включать “оценку результатов исследований, обоснование и формулировку выводов по поставленным вопросам”.

В представленных для анализа экспертизах первая часть составлена с соблюдением указанных правил, а вторая — заключение психиатров Четверикова Д. В. и Коломыцева Д. Ю. — их нарушает. **Нет указания на то, какие исследования и в каком объеме они провели, какие факты установили.** Имеется лишь фраза “На основании изученных материалов можем пояснить” и далее приводятся цитаты из проведенного ранее “психолого-психотерапевтического исследования” видео-материалов организации, в котором содержатся общие выводы о “психотехнологиях”, применяемых в религиозной организации “Возрождение XXI век г. Омск”, и их влиянии на прихожан. Непонятно даже, исследовали ли они самого подэкспертного или ограничились исследованием документов. При этом практически во всех случаях диагноз, выставленный судебными психиатрами-экспертами при непосредственном исследовании подэкспертного, утяжеляется (вместо соматоформных реакций — соматоформное расстройство, вместо аффективных реакций — синдром зависимости с астено-депрессивными и соматоформными проявлениями, расстройство приспособительных реакций и т.п.) без убедительных обоснований, добавляются новые диагнозы, и во всех случаях делается вывод о том, что подэкспертные испытывали “измененные состояния сознания”. Между тем, лишь в некоторых случаях можно говорить об “измененных состояниях сознания” и то с большой натяжкой. Так, подэкспертная Е. А. чувствовала “прикосновение святого духа”, что может быть квалифицировано как религиозная экзальтация, обычная для активных богослужений и проходящая сразу после их окончания. Чувство единения с Богом, группой, открытости Богу является целью богослужения и нельзя расценивать его как “измененное состояние сознания”, которое может принести вред психическому здоровью. Тогда нужно запретить все богослужения.

Вывод о том, что у прихожан формируется “зависимое расстройство личности”, который сделан в отношении практически всех подэкспертных (за исключением О. А.), является совершенно неубедительным и **дается без всякого обоснования.** Между тем, “зависимое расстройство личности” — это, прежде всего, **расстройство**, и оно должно иметь какие-то заметные проявления, влиять на социальную адаптацию людей. Однако ни в одном случае мы не наблюдаем дезадаптации подэкспертных: никто не бросил работу, не начал конфликтовать со своими близкими, не обращался за психиатрической или психотерапевтической помощью, не попал в поле зрения правоохранительных органов, не изменил свой образ жизни. Наоборот,

практически все отмечают положительное влияние посещения богослужений на их жизнь, говорят, что стали спокойнее, уверенней в себе, тогда как “зависимое расстройство личности” предполагает “стремление переложить на других большую часть важных решений своей жизни; чувство неудобства или беспомощности в одиночестве из-за чрезмерного страха неспособности к самостоятельной жизни и т.п.”. Даже если у прихожан впоследствии сформируется зависимость от церкви и пастора, то в случае подэкспертных, которые ранее были зависимы от наркотиков и/или алкоголя, вели антисоциальный образ жизни, это можно считать большим успехом.

Эксперты Четвериков Д. В. и Коломыцев Д. А. также утверждают, что посещение религиозной организации “Возрождение XXI век г. Омск”, может способствовать развитию иных психических заболеваний. Каких именно, они не сообщают, хотя если речь идет об экспертизе конкретного лица, и они прогнозируют вред его психическому здоровью, то следовало бы дать более определенные указания, что именно может произойти. Далее утверждается, что “снижение критичности мышления, касающееся вопросов здоровья, что является нормативом данной организации, также является фактором, негативно влияющим на психическое и соматическое здоровье”. Этот **вывод, как и все прочие, дается без обоснования**, при том, что судебные психиатры ранее отметили сохранение критических и прогностических способностей у большинства подэкспертных. Случаев отказа от медицинской помощи среди подэкспертных не наблюдалось. Подэкспертная Г. А., которая страдает онкологическим заболеванием, посещает онкодиспансер, сдает необходимые анализы и следит за своим здоровьем.

Заключения комплексной судебной экспертизы А. А. и Л. А. нарушают положения ФЗ “О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации”. Ст. 8 этого закона предписывает эксперту проводить исследования “объективно, на строго научной и практической основе, ... всесторонне и в полном объеме”. Эксперт Коломыцев Д. Ю., который единственный из всех членов комиссии не является судебным экспертом (в данном случае, судебно-психиатрическим), составил свой анализ представленных материалов на основе односторонне подобранной литературы, которая даже своими названиями выдает предвзятую позицию авторов в отношении религиозных организаций. “Методы вербовки и контроля сознания в деструктивных культах”, “Основные модели контроля сознания (реформирование мышления)” и т.п.. Термин “контроль сознания” как и “методы вербовки и контроля сознания” — это эхо кампании по борьбе с “тоталитарными сектами”, которая получила распространение в США в 1970 – 80-х годах, а во второй половине 1990-х годов у нас, и полностью провалилась. Научные иссле-

дования, проведенные учеными-релиоведами, показали, что вся специфическая лексика движения депрограмматоров, теоретиками которого были Маргарет Сингер и Роберт Лифтон, не имеет отношения к науке и представляет проекцию суеверного отношения к гипнозу, неотличимую от “наведения порчи” и используемую в манипулятивных целях.

Выводы, сделанные экспертом Коломыцевым Д. А., — а он отвечал на три первых вопроса, заданных экспертам, — **не основаны на научном анализе представленных материалов**, а просто повторяют без всякого обоснования ту часть результатов проверки видеоматериалов № 575 пр-17, которая в заключении эксперта называется “протоколом психолого-психотерапевтического исследования” за подписью главного внештатного специалиста по клинической психологии МЗОО, зав. психотерапевтического амбулаторного отделения БУЗОО “КПБ” Четверикова Д. В.

1) На первый вопрос: применялись ли по отношению к А. А. методы психологического воздействия в религиозной организации “Возрождение XXI век г. Омск”, безусловно нужно было ответить “Да”, поскольку психологическим воздействием является любое воздействие на психическое состояние, чувства и мысли других людей. Однако эксперт Коломыцев Д. А. утверждает, что А. А. “испытывал измененное состояние сознания во время проведения обрядов”, что явилось следствием применения гипнотических технологий помимо воли подэкспертного. Хорошо известно, что гипноз на 90% зависит от того, кого гипнотизируют, и что даже в самой выраженной сомнамбулической степени гипноза вызвать какие-либо действия, противоречащие личным убеждениям, невозможно.

2) Отвечая на второй вопрос: “Имеется ли причинно-следственная связь между данными методами психического воздействия и психическими расстройствами, обнаруженными у А. А.?”, эксперт Коломыцев Д. Ю. утверждает, что “соматоформное расстройство, обнаруженное у подэкспертного, находится в прямой причинно-следственной связи с технологиями психологического воздействия, применяемыми в организации “Возрождение XXI век г. Омск”. При этом он, во-первых превращает “соматоформные реакции”, зафиксированные экспертами судебными психиатрами, в “соматоформное расстройство”, что не одно и то же, а во-вторых, исходит из того, что если событие произошло после какого-то события, то значит, оно произошло вследствие этого события, что ненаучно. Никаких специальных исследований, необходимых в таких случаях, Коломыцев Д. А. не проводил.

3) Ответ на третий вопрос: “Могут ли наступить последствия для здоровья А. А. и каков возможный характер этих последствий”, также лишен аргументации. Эксперт Коломыцев Д. Д. утверждает, что даль-

нейшее посещение собраний организации “будет способствовать развитию психических расстройств”, выводя это из того, что “нормативы организации способствуют формированию чувства вины, беспомощности, тревоги и страха у подэкспертного”. На каком основании сделан такой совершенно декларативный оценочный вывод, совершенно непонятно. А. А. об этом ничего не говорил, его возвращение в организацию свидетельствует об отсутствии у него упоминаемых чувств и переживаний.

4) Ответ на 4 вопрос: “Какой вред причинен А. А. в ходе посещения местной религиозной группы “Возрождение XXI век г. Омск” подписан 2 судебно-медицинскими экспертами, которые формально следовали Медицинским критериям определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, утвержденными приказом МЗ и СР РФ от 24 апреля 2008 г. № 194н. и “Правилам определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека”, утвержденным постановлением правительства РФ от 17.08.07 № 522, где “психическое расстройство, возникновение которого должно находиться в причинно-следственной связи с причиненным вредом здоровью”, квалифицируется как “тяжкий вред здоровью”. Во-первых, прямая причинно-следственная связь между психическим расстройством А. А. и “технологиями психологического воздействия” не доказана, а во-вторых, эксперт-психиатр должен был разъяснить судебным медикам, что не всякое психическое расстройство может расцениваться как тяжкий вред здоровью. Чирков А. А. не лишился трудоспособности,

не обращался за медицинской помощью, не менял свой образ жизни. Квалифицировать в данном случае вред здоровью как тяжкий, значит совершенно обесценивать это понятие, так как сам вред здоровью не доказан, а других прихожан те же “психотравмирующие” факторы привели к трезвому образу жизни и хорошему самочувствию.

То же самое касается заключения комплексной судебной экспертизы Л. А., которую проводили те же эксперты, и которая дала такие же ответы на поставленные вопросы.

Таким образом, отвечая на вопросы, поставленные адвокатом, можно сказать следующее:

1. Представленные 11 заключений комплексных судебных психолого-психиатрических экспертиз и 2 комплексных судебных экспертиз составлены с нарушением положений ФЗ “О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации”. Их нельзя назвать всесторонними, полными и научно-обоснованными.

2. Вывод о причинении вреда психическому здоровью прихожан религиозной организации “Возрождение XXI век г. Омск” является научно необоснованным. Посещение данной религиозной организации во многих случаях способствовало улучшению психического здоровья прихожан, особенно тех, кто ранее страдал наркотической и алкогольной зависимостью, вел антисоциальный образ жизни.

Ю. С. Савенко, Л. Н. Виноградова

Заказная фальсификация

Открытое письмо

**В этическую комиссию Российского общества психиатров
Руководителю экспертного отдела Центра им. В. П. Сербского
Ректору Омского государственного медицинского университета**

В потоке рутинных судебно-психиатрических экспертиз, в отношении несогласия с которыми обращаются в Независимую психиатрическую ассоциацию России, на фоне той части из них, которая вызывает и нашу критику, есть свои вершины и плато. Но в ноябре этого года мы наткнулись на Гималаи, — 13 судебно-психиатрических и судебно-медицинских экспертиз из Омска по одному делу против протестантской религиозной организации “Возрождение XXI век г. Омск”.

Это в самом деле масштабное и — судя по всему — прецедентное дело в форме очередной широкой кампании по закрытию неугодных религиозных организаций.

Если бы не высшая квалификационная категория участников серии экспертиз, эти заключения можно было бы назвать анекдотическими. Но сама организация системы этих экспертиз выдает ее опытную профессиональную продуманность со стороны следствия. Столкнувшись с тем, что омские судебные психиатры в большинстве случаев не нашли никаких клинически значимых психических расстройств,

следствие устроило судебно-медицинские экспертизы по определению принесения вреда и возможных неблагоприятных последствий по документам, предоставив возможность подобранным экспертам переqualифицировать мнение судебных психиатров так, как было нужно. Этими экспертами были зав. кафедрой психиатрии и медицинской психологии Омского государственного медицинского университета Четвериков Д. В. и его ассистент Коломыцев Д. Ю., которые настолько перестарались, что топорность их усилий очевидна любому, кто прочтет эти тексты.

Поскольку это очень крупное резонансное, чреватое серьезными последствиями дело, как прецедентное для возможного развёртывания “антисектантской” кампании, имеет помимо всего прочего этическое измерение, мы считаем, что грубое переиначивание мнения коллег в угоду следствию несовместимо ни с профессией врача, ни преподавателя. Они прилюдно разваливают институт экспертизы и научный подход как таковой.

Президент НПА России Ю. С. Савенко

ПСИХОТЕРАПИЯ

Метод терапии творческим самовыражением в самостоятельном творческом применении в ПНИ

Тягостно (и, в то же время, по-своему светло) стариться со старыми пациентами, особенно одинокими, в нашей амбулаторной Терапии творческим самовыражением¹. Многие тяжёлые хронические пациенты не уходят от своих психотерапевтов, а только реже встречаемся с ними в уютных группах творческого самовыражения. Реже — потому что в эти группы всё приходят и приходят новенькие.

Пациенты, длительно живущие в нашей Терапии творческим самовыражением, нередко доживают до глубокой старости. Даже те, кто долгие годы принимают по назначению участкового психиатра психофармакологические препараты. Одиноким старым пациентам часто просят своего психотерапевта, тоже уже старого, хотя бы иногда говорить с ними по телефону. А если они живут в психоневрологических интернатах, то просят переписываться с ними. Мы с женой Аллой Алексеевной Бурно, тоже психиатром-психотерапевтом, на пороге наших восьмидесятилетий, уже на пенсии, говорим с пациентами по телефону и переписываемся — сугубо житейски-человечески, дабы не нарушать отношения с лечащим врачом. Впрочем, как это житейски-человеческое отделить от психотерапевтических влияний?

Познакомлю читателя с письмами, художественным творчеством Эдуарда Александровича Гумбурга — с его разрешения и одобрения. Эдуард Александрович живёт в Психоневрологическом интернате в подмосковном селе Добрынихе. С Храмом “Отрады и Утешения” за окном. Мы с Аллой Алексеевной (урождённой Журавлёвой) уже более полувека психотерапевтически (в том числе, перепиской) помогали и помогаем сейчас этому чудесному человеку, окончившему Строгановское училище и работавшему до самой пенсии прикладным художником на заводе. Эдуард Александрович, волнующий душу художник, поэт, писатель, сколько можем судить. Необычность его — в многохарактерности его ду-

ши-творчества. Воспалённо-критичный, самокритичный и вместе с этим любвеобильно-лирический, трогательно-застенчивый, нежный и скромнейший. Может быть, если не сегодня, то в будущем, благодаря этой публикации, подборке произведений, многие согласятся с нами в этой, присущей ему, неповторимости и особенной психотерапевтической значительности его произведений. Задача нашего метода, конечно же, не в том, чтобы открывать таланты, способствовать их развитию. Но всякое тут бывает.

3 августа 2018 г. Эдуарду Гумбургу исполнилось 90 лет.

Проф. М. Е. Бурно

14.08.18.

Здравствуйте,

Марк Евгеньевич и Алла Алексеевна!

Вы отдохнули от Эдуарда?

Конечно, хочу, чтобы меня печатали. Пора бы уже. Опусы вполне профессиональны. Со своим глазом. С печальным юмором, с камешками в свой огород. Проныры шлёпают по издательствам. Этого не умею. Пишу запойно. Как это у Александра Сергеевича: “Ни сна, ни отдыха измученной душе...”

Ваше письмо уже 12-е. Педант, немец — всё у меня стопкой, по датам. Книгу Вашу (“*Целебные крохи воспоминаний*” (2013) — М. Б.) читаю вдоль и поперёк. <...> Портреты выразительны. Раздумья мне по душе. Очень полезная книга. <...>

Читаю и всех узнаю. Всех помню памятью пациента. Вот Марк Евгеньевич Бурно: Вы помогли мне столкнуться с мёртвой точки. Создать первый опус. Вот Алла Алексеевна Журавлёва. Вы ставили меня на учёт и благосклонно встретили мои, тогда маловыразительные, потуги творчества. Вот зав. диспансером Тамара Александровна Георгиевская. <...> Вот Игорь Яковлевич Дашевский. Вот милый добрый психиатр — Мария Викторовна Бакшт! К ней я приходил с женою за вердиктом: имею ли право иметь ребёнка в связи с диагнозом? И Мария Викторовна дала “Добро”. Спасибо ей, спасибо.

Теперь о 3-ем августа (*день рождения — М. Б.*).

Видит Бог, не пойму, как добрался до безобразной даты. Был суетный день. Очаровательные молодые

¹ См. Бурно М. Е. Терапия творческим самовыражением (отечественный клинический психотерапевтический метод). — 4-е изд., испр. и доп. — М.: Академический Проект; Альма Матер, 2012. — 487 с., ил.; Бурно М. Е. Клинический театр-сообщество в психиатрии (руководство для психотерапевтов, психиатров, клинических психологов и социальных работников). — М.: Академический Проект, Альма Матер, 2009. — 719 с., ил.

дамы поздравили ОСЛЕПИТЕЛЬНО! Улыбки, цветы, адреса... Не заслуженно вознесён в ОЛИМП достоинств. Во всех влюблён. Всем сердечно благодарен. Эта радость была — Вдруг. И потому, как ребёнок, плакал. Слёзы старости. <...>

* * *

<...> Во сне писал в цвете маслом изысканный натюрморт: перламутровая раковина в тряпках... И во сне душа гудела от радости...

Так как же ещё младенчески юно что-то во мне! И это-то в 90! <...>

С любовью. Эдуард.

* * *

В этом же почтовом конверте

На храм святой за окнами молюсь
И памятью себя я убажваю.
Над смыслом жизни мучаюсь и бьюсь.
Вопросов тьма. Ответов я не знаю.

Как мы живём? Зачем и для чего?
Кому от нас тепло и свет в окошке?
Порою для блаженства своего
И любим не всерьёз, а понарошку.

Мне девяносто. Пусть не знаменит.
Пусть что-то проворонил в жизни этой.
Я прожил жизнь восторженным поэтом
И до сих пор восторг во мне звучит.

Мир, не сердись. Я скоро замолчу
Пушу по ветру творчества причуду.
И погашу оплывшую свечу.
Я жил. Я был. Но больше я не буду.

Прости, Земля. Прими мой скорбный прах.
Я ухожу смиренно и без боли.
Я счастлив был в раздумьях и стихах.
И прожитым, не скрою, я доволен.

И пусть не издаваемый пиит, —
Обиженным мне быть не подобает...

А за окном такая синь звенит,
Такое лето даром пропадает!

Эдуард Гумбург
Август, 2018.

* * *

Из почтовых конвертов последних лет

В ночь санитары украшали ёлку! И это — утром глянул — так красиво и опрокинуло меня в детство! Оказывается я, хоть и под девяносто, — пацан сопливый.

Эд.

Смотрю на публику — такие постные, пустые физиономии. А ёлка! Выходит, я один тут радуюсь этому словому чуду! Я ещё жив, чёрт возьми!

* * *

Памятное

Следите за своим взором. Глаз не должен блуждать, где вздумается. Жизнь подсказывает, что можно обидеть человека нечаянным любопытством или равнодушием.

На памяти моё душевное поражение.

Ленинград. Училище барона Штиглица. Я лоботряс. Волоку себя с этажа на этаж. Немецкая архитектура. Вычурные балясины. Ковры. Рисовальные классы с увражами.

Тянет блуждать по этажам Искусства. А живописный факультет — моё высшее удивление. Попасть сюда студентом мне не светит. Здесь я осторожен и хожу на цыпочках... Пыльный пол усыпан осколками смальты. Здесь орудуют мозайчисты. Выкладывают в ящиках витиеватые орнаменты, натюрморты, пейзажи. Замираю на пороге, но меня не гонят. Впечатление, что меня ждали.

Один мозайчист улыбается мне, и его взор вызывает в моей душе ответ невольный и радостный, и я тоже улыбаюсь.

Потом я узнаю, что это Саша Блинов. Он привечает мальчишек, нетронутых улицей и развратом. Улыбается он открыто, обнажая зубы... Позднее я не раз навещал класс мозайчистов и всегда встречал всё ту же улыбку...

Но время шло. Я освоился в училище. Стал бывалым. И в мои уши стали заползать студенческие притчи. Слухи меняли меня, что-то руша в душе.... Я предавался болтовне в общежитии, копошился с девчонками на танцах, шатался по городу...

И в последней моей встрече с Сашей в дверях мозайчного класса позволил себе суетно глянуть в его лицо, того, кого уже считал своим другом. Но в моём взоре уже не было чистоты и равенства. Я невольно поймал себя на мысли, что уже знаю в себе нечто порочное. И моё отчуждение, пусть невеликое, Саша поймал. И улыбка исчезла.

Это был уже другой человек. Обыкновенный. Из тех, кого ежедневно встречаем, проходя, и провожаем безразличным взором.

Прошли десятилетия... Всё ещё помню свою оплошность. В один миг она обронила во мне чистое и светлое.

* * *

Старик, живущий воспоминанием? Давайте-ка разберёмся. Если бы только в старчестве прорезалась эта блажь... У меня сложилось иначе. С юности торопил перо, сладостно облекая раздумья в достойную

форму. Обзавёлся машинкой и стучался в Искусство, елико возможно.

А старчество? Когда ещё будет. Когда оно явится, я буду что-то уметь. И мысль моя пёрла по здоровой дороге, не шараясь в лоно недуга.

Улыбнёмся! Теперь я старик. Но вздымаю бывшее как в юности. И мыслю, что всё же я здоровый творец.

М. Е.! Если где чиркаю — извините. С бумагой туго.

* * *

Пытка

С утра мучила температура. Пугало серое небо, обещавшее вялый снег. Но надвинулись сумерки, вялость померкла и стало совсем хорошо. Лёжа на постели, я думал о прогулке в сосновом бору. За стеной отдыхающие играли в карты, и мне были слышны их нетрезвые голоса. Сколько пролежал в неподвижности не помню. Но вот кто-то за стеной тронул транзистор и полилась мелодия. Прозрачная, она струилась, и я сразу узнал её. Мендельсон! С детства я любил каждый завиток этой нежной мелодии, позвавшей меня в далёкое и родное. Я сидел на постели и слушал, глядя в окно, где сочно темнели сосны, в задумчивости покачивая головами. И мысли плыли куда-то, сверкая печалью. Но тут за стеной заспорили, зашумели. Мелодия стала спотыкаться, застревать в словесной вязи картёжников. И если раньше я пропускал мимо озорные реплики картёжников, то теперь, болезненно морщась, следил как удивительно не ложились эти словеса на мелодию Мендельсона. Хрупкая, она то исчезала за ними совсем, то на радость мне выныривала, торжествуя и возносясь. Мелодия смеялась, грустят, и грустила, смеясь. Безжалостный гогот хоронил музыку под собой. От слезки за нею кружилась голова. Стало казаться, что за стеною хотят выкрасть и убить Мендельсона! Радость обернулась болью и, чтобы спрятаться от неё, я сунул голову под подушку. Но слишком велико было искушение мелодией и я попытался обрести покой и равновесие... И, скинув подушку, отдал себя на волю пытке.

Мой нижайший поклон милой, уважаемой Алле Алексеевне.

* * *

Сказ о солнечном человеке

Его растормошили, так сладко он спал: “Работа пришла!” Ещё в полусне, себе улыбаясь, он сел на постели и ущипнул жену... Спит! Ну пускай себе спит. И прикрыл её голую попку: бродят тут всякие! Встал и, потягиваясь, лёгкой походкой вышел на люди... мир сиял. Голосили собаки, ссорились куры, вызванивали

петухи. Он с удовольствием умылся из ведра. Ему скинули полотенце, и он благодарно кивнул.

Его заждались. Он оправил на себе рубаху, засушил рукава, сплюнул в ладони, взял в руки топор, перекинул с руки на руку, отсёк жертве голову и доверчиво, по-свойски, улыбаясь солнцу.

* * *

Клоун

Мне было одиноко. Моросил дождь, и двор был пуст. Для начала я выгнал из-под деревянных щитов у стены кошку и этим отвёл душу. Потом захотелось ещё какого-нибудь мелкого зла. Так случается со всеми мальчишками. Когда идёт дождь.

Я стал подниматься по лестнице, думая кому бы из пацанов позвонить, и очутился перед дверью, обитой чёрной клеенкой. То была дверь того человека. Мы слышали о нём как о сварливом человеке: его упрекали в неумении ужиться с людьми. Из-под его двери не доносилось ни звука. На пятый звонок зазвенела цепочка и дверь отошла во тьму. Передо мной стоял маленький человек в небрежном задрипанном халате.

— Тебе чего?

— Да так, позвонил вот...

Тёмным коридором он провёл меня в комнату. Она была заставлена кактусами в ящиках, тряпьем, мотками проволоки. И мы долго молчали.

— Да... Я был клоуном. Много лет смешил людей. Но то было в другом городе. Теперь вот живу один и все меня ненавидят, потому что люди любят кого-нибудь ненавидеть.

Он уселся на табурете. Дряхлый старикашка с потухшим лицом, в очках на верёвочке. Клоун дал мне ведро и попросил слить воду в банку, обтянутую чёрной тряпкой.

— Вот придумываю фокусы для брата. Он тоже в оригинальном жанре, да и надо же мне что-то кусать...

Я раньше только раз бывал в цирке, и он ослепил меня озорным весельем, яркими огнями, окутал лошадиным смрадом. Каждый выбег артистов на арену глушил меня чудом, доселе невиданным... И сейчас этот старикашка передо мною тоже был цирк. Но тихий, без сказки.

— Смотри, какой я был весёлый, — он повёл рукой на афиши, где со стен улыбались его яркие морды.

— Это всё я!!

Он задвинул ведро и табурет под стол и убрал цветные ящики.

— Ко мне инкогнито приходят мальчишки... С мальчишками можно договориться.

И я вспомнил, что у нас во дворе была страсть к фокусам. Андрей помешался на картах и угадывает всех дам в колоде. Витька вынимает из уха шары, а Косой распознаёт чужие мысли. Только ни черта не получается... А клоун долго молчал.

— Ты думаешь — цирк всегда смешно? — он грустно улыбнулся.

— В каждом человеке улыбки ровно столько, сколько отпущено богом. Я вот в свои сорок исчерпал свою долю и теперь не улыбаюсь. Когда мой смех кончился, я ушёл из цирка. Понимаешь, выйти на арену с постной мордой — обман. И рисовать радость, когда в душе её нет, — просто глупо...

Прошли годы. И мне не даёт покою его мысль, что в каждом напихано радости и печали в меру. И если я нынче не улыбай, то наступит предел. И в мой непутёвый мир придёт перемена... И я ещё своё отхохочу!

* * *

Инвалид

Москва была разной. Возводились дома, закладывались многоэтажки, а где-то ещё пестрели бараки...

Я жил в радости. Влюблялся направо и налево. Одевался по моде и нравился себе в зеркале. Ухлёстывал за Наташкой и мучился ревностью, потому что она пропала на танцах и бросила школу. Воображение кружило голову, и я решил навестить её на дому, чтобы разобраться в себе, во всех наших делах. Вспомнил её приглашение: “Нас найдёшь сразу. Барак второй от поворота. На нём сохранилась с довоенного фанерная звезда тимуровцев”.

И я нашёл барак со звездой. Лают собаки, бегают куры. У корыт копошатся бабы. В самоуверенности раскрыл дверь, и белый пар вырвался на свободу. Я тут же расслабился. Пар сбил с меня спесь, и я затоптался у входа, не решаясь шагнуть за порог. Разглядел мать у корыта, а в конце коридора отца. Обезноженный инвалид сидел в коляске и был здорово пьян... А Наташки не было...

Я не знал, с чего начать, но гонору было достаточно и осмелел. И что-то пролепетал о дочке. Мать оторвалась от корыта, отёрла лицо и молча опять склонилась к белью. А инвалид привстал на колтушках и зло вперился в меня. Оглядев нарядного и нездешнего, крикнул: “А есть ли у вас Бог?! А мой — вот!” И, вскинув костыль, сунул им в портрет Ленина над головой.

Война

Юрка Фёдоров жил в нашем доме на втором этаже. Наши отцы встречались, играли в шахматы. Познакомились и мы с Юркой. Он был болен. Мог передвигаться кое-как и предпочитал коляску. Квартира Фёдоровых была обширна, в несколько комнат. И Юрка разъезжал по ним, стреляя из игрушечного пистолета, и, разумеется, всех “убивал”. Я стал его главной мишенью и никогда не выигрывал, куда бы ни прятался. Но, понимая его беду, я не противился.

Юркины родители, зная, что сыну жизнь не светит, взяли в дом девочку Ирку. И я стал чаще заглядывать к Фёдоровым.

Юрка вообразил, что девочку ему вселили в подарок. Слёту влюбился и повеселел.

Как-то я пригласил его к себе на девятый. Он прищипнул, но, глянув на мои апартаменты, отрезал: “У тебя негде прятаться”. И вернулся к Ирке. Во мне бушевала ревность — Ирка и Юрка несовместимы! А Юрка убивал меня уже ради Ирки.

Время шло. Юрка взрослел. Надо было как-то устроить его жизнь, и родители наняли репетитора. Вскоре Юрка стал неплохо зарабатывать переводами с английского. А Ирка между тем вышла замуж, и Юрка с болью пережил этот факт. Болезнь усугубилась. Судьба треснула...

О Юркиной смерти узнал спустя годы. И вспомнил злорадное: “Я убил тебя!”

* * *

Ты не испытывай соблазны,
От них избавиться нельзя.
Они и сладостны и разны,
Прекрасны или безобразны.
Они безволием опасны.
Не трогай их! Они заразны.
По дури их коснулся я.

1998.

Душа живёт. Ну, а там
Всё может разом оборваться.
Уже сейчас, хочу признаться,
Ищу посуду по кустам.
Пивная тёмная — за рубль,
Коль повезёт, так буду с хлебом...
А между тем идёт на убыль
Минувшее... Я был иль не был?

Январь. 1999.

* * *

И в ночь под соловьины трели,
Когда у всех распахнута душа,
Сожгут мои рассказы, акварели,
И пепел в кучу сложится, шурша.

И я уйду как не был в этом мире,
Не враждовал и не влюблялся в плач,
Всё будет так, как дважды два четыре,
Иль не было побед и неудач!

* * **

Бежала собака сама по себе
И в шубку и гетры одета.
Тащился хозяин-старик вдалеке
И трубку сосал он при этом.
Всё было как было... Привру лишь чуток:
Старуха ему повелела

Поверх старомодных холодных порток
Напялить вторые для дела.
Ах, как мне болезно! Завидки берут.
Старуха добром проводила.
И стало мне очень забористо тут:
Старуха, а всё-таки сила!
Всё помощь, поддержка. Старик не один.
Собака и та под надзором...
А я в одиночестве столько годин
Под чьим-то неведомо взором.

* * *

Что-то вдруг блеснуло у дороги.
Вновь бутылъ. Теперь она моя.
Нынче стал я тихим и нестрогим:
Вот посуду собираю я...

Кто-то пьёт, а я в кустах шурую.
Может быть, глядишь, и повезёт.
На работу денную такую
Пьяный выбирается народ.
Солнце прёт, дорогу освещая,
Неторопко тихонько бреду,
Ничего судьбе не обещаю,
Только с Богом в дружбе и ладу.

90-е годы прошлого века.

* * *

Памяти А. П. Ч. Усмешка судьбы

Общеизвестно, что ушедший от нас Антон Павлович вернулся из Германии, где умер, в вагоне для перевозки устриц.

Но мало кто знает, что памятник Чехову в проезде Художественного театра поставлен на замурованном общественном отхожем месте...

Пошлость злопамятна. Мстит. Мир болен сердечной недостаточностью. Что-то у него с митральным клапаном.

Антон Павлович сказал: “Счастья нет. Есть только зарницы его. Цените их. Живите ими”.

* * *

Памяти Н. С. Ф.

(Живописец Николай Сергеевич Фомичёв (1902 – 1981) — М. Б.)

Художник не спал, ворочался в думах своих. Молясь, вставал чуть свет, подходил к окну. Всё слышалось, мнилось, что в овраге под окном поёт свою душу эта странная птица-дергач. За километры бежит она к дому, что выстроили холодные люди возле её колыбели, где живут жестокие дети, одичавшие голые кошки... И поёт птица о солнце и свободе..

И топчется художник, пока не умолкнет дергач, идёт досыпать-грезить.

Всю зиму жил он ради поляны с огнецветом. Для кого-то Иван-да-Марья просто трава, средство от кашля, а для него — мечта, чтобы не выкосили, идти под жаркое солнце писать эту красоту...

Когда мы с гробом Николая Сергеевича подъехали к крематорию, все быстро покинули машину, а я замешкался: гвоздь гроба зацепил штанину моих брюк, и я долго не мог освободиться... Этот факт живёт в памяти. Неоспоримо, Николай Сергеевич не хотел со мной расставаться.

* * *

Неотправленное письмо

Памяти В. Ю. Ф.

(Покойная художница из той же психотерапевтической кафедральной амбулатории, что и Э. А. — М. Б.)

Ты бывала по-земному и простодушна и лукава. В зависимости от самочувствия. У таких, как ты, многое зависит от минуты. Бывала и противоречива. Если и бывала ложь, ей-богу, она прощительна. Твоя душевная слабость, нервическая возвышенность, зависимость от людей — оправданы при твоей высокой религиозности... И душевные срывы. Сама себя бичуешь. Верочка, уважай себя, свои высокие достоинства. Их у тебя немало. Твоё простодушие, непосредственность — велики, но неуправляемы и служат подчас недобрую службу... Я давно видел в тебе эту чрезмерность. Талант ли это, болячка — бог весть! Живи проще. За словами не следишь, а люди иногда воспринимают это как ханжество... Ещё скажу, твоё отношение к доктору — суть личное дело. Но, если любишь — надо понимать этого человека. Вот Чехов: “Желание служить общему благу должно непременно быть потребностью души, условием личного счастья”. Это же цель и Марка Евгеньевича. Человек видит твоё душевное недомогание и готов искренне помочь. И как можно разрывать эти два понятия: человек и врач. Что крамольного в твоём чувстве? Что же бояться человеческих пересудов? Но и требовать мзды, пусть и духовной, — нельзя. Тебе хотелось бы дышать рядом. В любом качестве... Но потянешь ли ты его ум, интересы, разносторонность? Иначе будешь страдать. Но ты готова и страдать, и это в тебе понимаю. И всё-таки надо уметь довольствоваться немногим. Человек и врач ценит тебя, любит, уважает искренность высокого дара. Скопидомно взвешивать “за” и “против”. Бросила бы ты это дело. Люби легко, без претензий. Иначе какая же это любовь? Ты не можешь пересилить ревностное чувство, сознавая, что врач также сильно привязан и к другим пациентам. Но это уже женское. Хотя и это понимаю. Верочка, только творчество спасёт разгорячённую душу.

Эд., март, 1985 г.

* * *

В. Ю. Ф. 1990 г.

Твой тихий маленький альбомчик
Всем излучает благодать.
Ему иных полотен громче
О доброте дано сказать.
Так трепетно и так прилежно
Прослежен в нём природы час.
И откровенно, безмятежно
Глядит твоя любовь на нас...
Благословляю эту кисть я
И красок нежный-нежный фон...
Цветы, былинки, травы, листья...
Душевный автору поклон.

* * *

В Строгановке перед дипломом кое-кто из студентов (по известной причине) поменял фамилию на девичью матери. Я же этого сделать не хочу, ибо девичья фамилия мамы — Евгения Михайловна Прусская... Каков был бы результат!

* * *

Навязчивости, как вы надоели,
Без вас нет ни минуты у меня.
Куда я ни шагну, уж вы при деле
И держите меня вы на пределе,
Фантазиями, вымыслом шая.
Куда ни гляну — есть для вас примета,
Задумаюсь — уж вы опять нужны,
Измучили меня нелепым бредом,
Своей необъяснимостью страшны.
Я слово дал глазам своим не верить,
За каждым шагом боле не следить,
Глазами очертания не мерить,
По трещинам на улице ходить,
Любому знаку лихо улыбаться,
По жизни не ползти, как по ножу...
Но откровенно надо бы признаться:
Я слово дал, да вряд его сдержу.

Март 1990 г.

* * *

Как по утрам блаженна тишина,
Ничто её во мне смутить не смеет.
И бесконечной кажется длина
И высота предела не имеет.

Способен ли в себе судьбу ценить,
Не хлопотать и не трепаться всуе...
Её, простоволосую, босую,
Помиловать и сохранить.

* * *

2010 г.

Так что же это за жизнь?
Ты, вроде, никому не нужен,
И не с кем разделить ни ужин,
Ни сказку на ночь, ни враньё?
Ни помечтать на пару вдруг
За тёмной шторой лунным часом
И фантастическим рассказом
Набросить на душу испуг...

* * *

В лесочке

Девки пьют, поливают матом.
Пахнет в воздухе матриархатом...
Может быть, так вот жить и надо.
Череп, кости, грузить на знамя,
Вместо крови гонять цунами,
Вместо сердца крутить торнадо?
Смыть добро, уничтожить дружбу,
Верить в чёрта и дьяволицу.
С духом хмеля лететь на службу,
Ненавидя встречные лица?..
Опадает листва берёзы
На плевки детворы развратной.
Сигаретные льются слёзы.
Речь заплёвана и невнятна...

* * *

Детство

Помню с детства: дунул ветер —
Одуванчики летят.
Мир мой чист, наивен, светел,
Нет нужды глядеть назад.
Да, я не знавал понятия
“Было”, “минуло”, “прошло”.
Видит Бог, не мог и знать я
Слова страшного “грешно”.
А теперь, ложась на плаху,
Заплатить за всё пора...
Что? Обделался со страху?..
Уж другая детвора
Одуванчики сдувает,
Вязь плетёт из васильков.
Детство прошлого не знает,
Детство в облаках витает,
Состоя из простаков.

* * *

Мы рисовали “ню”... Неложно
Один из нас всегда краснел.
Невинность обнаружить сложно,
Но я случайно разглядел.

А, в сущности, обычный парень,
Ругался лихо и курил,
В пивном безудержном угаре
О бабах смачно говорил.
Так что же было в нём от правды?
Где суть, а где пустой бравур?
Отбрасывал я дух бравады, —
Мне чем-то люб был балагур.

* * *

Марк Евгеньевич, передо мной два Ваших фото:
“Майкоп — заиндевеловое окно” и “Дождевая бочка”.
“Майкоп” — пригожее фото. Здесь автор — эс-

тет, тонко чувствует красоту бытия. Но впечатление такое, что это — постановочный кадр. Всё обрадовано, возведено в ранг великолепия... И вот “Дождевая бочка”. Это — моё. Столь нахватался я в жизни нарочито выстроенного, что хочется простоты... Может быть оставался на плёнке неотфиксированный кадр? Но тут-то душа и подвернулась, увидев мир как бы походя. Уж не знаю — к чему меня звал фотограф, но достучался до моего нутра. Я тихо молюсь... Незатейливый кадр, понятный каждому. Автор по-младенчески чист, ясен. Вся душа наружу, ранимая, без расчёта. Возможно, Вы невольно доверили мне своё сердечное, но я тронут. Спасибо.

РЕКОМЕНДУЕМ

Дискуссия о предмете судебной психиатрии и судебно-психиатрической экспертизы в журнале “Психическое здоровье”:

- А.А.Ткаченко – 2016, 11, 3 – 14
- С.Н.Шишков – 2017, 6, 65 – 71
- А.А.Ткаченко – 2017, 8, 83 – 90
- С.Н.Шишков – 2017, 11, 83 – 90
- Ю.С.Савенко – 2018, 3, 61 – 68
- С.Н.Шишков – 2018, 4, 54 – 61
- Ю.С.Савенко – 2018, в печати

Саакашвили, ты мессия?

Критические замечания по поводу книги “Социальная психопатология”
под ред. В. П. Самохвалова. М., 2018. 456 с.: ил.

Новая книга под названием “Социальная психопатология” под ред. проф. В. П. Самохвалова — солидный труд объемом более 450 страниц. В ее создании участвовали девять известных авторов. Книга содержит 14 глав и охватывает широкий спектр проблем — от теоретического анализа психопатологии социальных процессов и “влияния космической погоды на социальные и биологические процессы <...>” до анализа медицинского законодательства Латвии довоенного периода. Написание полноценной рецензии на такой сборник потребовало бы слишком больших сил, поэтому ограничусь лишь несколькими замечаниями и вопросами к двум основным авторам: проф. В. Самохвалову и проф. И. Зайцевой-Пушкаш, которым принадлежит более трети объема книги.

Как психиатру, который много лет занимался мессианским бредом, видел и лечил таких пациентов (часто в рамках “иерусалимского синдрома”), хотелось бы обратиться к трактовке образа Мессии, представленной проф. В. Самохваловым в главе “Социально индуцированный бред”.

Вопрос 1. В данной главе автор отмечает: “Наилучшим новейшим примером (псевдомиссии) является поведение бывшего президента Грузии М. Н. Саакашвили <...> Он отрицает свое мессианское предназначение, однако: <...>” (С. 111).

Далее приводится пять собственных критериев подобного псевдомиссианства (С. 111):

А) “в речи постоянно используются жаргонизмы и штампы <...>, указывающие на личную чистоту и криминальность власти;

Б) наблюдается трансформация потока речи от украинской к русской и при необходимости — к грузинской и английской;

В) имеет популярность у женщин (!) (*Не могу удержаться, чтобы не спросить у автора: “Каковы критерии такой популярности? Количество браков? Количество внебрачных детей? Количество половых актов за единицу времени? Или что-то иное? Я был бы очень признателен за ответы на эти вопросы. — И. З.*)

Г) присутствует игнорирование законов, границ страны и мнений (любых? — И. З.), бравирование отсутствием гражданства и подчеркивание надгосударственной правды;

Д) Допускает неожиданное и неадекватное оскорбление оппонента при дискуссии, отмечается аффективная неустойчивость и склонность к неожиданным поступкам” (С. 112).

Венцом таких теоретических построений является введение дополнительных критериев мессианцев, среди которых стоит отметить: “<...> Стремление мессианцев долго говорить также является универсальным (!) для всех (!) культур” (С. 113) и пассаж о предположительной “диссоциативности” (!) в мышлении Мессии.

Можно поздравить проф. В. Самохвалова с тем, что научные критерии псевдомиссии, а тем самым и критерии Мессии наконец-то выделены. Законоучители иудаизма и христианства посрамлены окончательно. Исходя из логики автора, можно предположить, что настоящий мессия: А) не будет переходить с языка на язык, а просто заговорит на всем понятном иврите (я могу помочь с переводом), Б) не будет нравиться женщинам и Г) не будет оскорблять оппонента. Но приведенные автором “критерии” более подходят для милицейского протокола в разборе коммунальной ссоры, чем для работы, которую автор выдает за научный труд.

Можно догадаться, что фигура Саакашвили автору, мягко говоря, малосимпатична. Это его право. Но зачем же позориться? Зачем же для унижения ненавистной автору политической фигуры вводить нелепые характеристики и выдавать их за психиатрические критерии? Где здесь социальная психиатрия и психиатрия вообще?

Вопрос 2. В продолжение мессианской темы автор пишет: “<...> В состоянии экзальтации он (Мессия) уничтожает свиней, которые являются чрезвычайно престижным символом в Микронезии и Океании, достаточно сказать, что новорожденных поросят женщины вскармливают грудью” (С. 113). Можно спросить, о чем это?

Создается впечатление — возможно, ошибочное, что здесь автор использует эпиграф Ф. Достоевского к роману “Бесы” и в нем черпает свое знание об изгнании бесов через вселение их в свиней: “Тут на горе паслось большое стадо свиней, и они просили Его, чтобы позволил им войти в них. Он позволил им. Бесы, вышедши из человека, вошли в свиней; и бросилось

стадо с крутизны в озеро, и потонуло. Пастухи, увидя случившееся, побежали и рассказали в городе и по деревням. И вышли жители смотреть случившееся, и пришедши к Иисусу, нашли человека, из которого вышли бесы, сидящего у ног Иисусовых, одетого и в здравом уме и ужаснулись. Видевшие же рассказали им, как исцелился бесновавшийся” Евангелие от Луки, Глава VIII, 32 – 36”.

Чтение Евангелий и Ф. М. Достоевского, конечно, достойное занятие, но спрашивается, причем здесь кормление свиней грудью у женщин Океании? И более того, на основании чего автор считает это критериями Мессии? Ответов нет. Как нет и не может быть связи между вскармливанием поросят грудью женщинами Океании и мессианством. (Если проф. В. Самохвалов может указать источник такой информации, я буду ему чрезвычайно благодарен — это, без сомнения, явится новым словом в антропологии и религиоведении.)

Надеюсь, что своими вопросами я не навлек на себя роль псевдомессии, согласно критериям В. Самохвалова. Ведь я не использую жаргонизмы, не перескакиваю с языка на язык, не игнорирую законы страны, не претендую на личную чистоту и не оскорбляю оппонента (ну а критерий “В” — о популярности у женщин, я скромно опускаю).

Вопросы к работе Зайцевой-Пушкаш.

Мне кажется, здесь спор с автором практически невозможен, потому что растерянность и профессиональный ужас при чтении этой главы превосходят, по моему мнению, все возможные пределы. Однако не хотелось бы, чтобы раздражение затмило взор читателя и нарушило правила корректной полемики. Что ж, работа вышла в свет и тем самым открыта для критики.

Буду говорить только о главе “Историогенез украинства — заключительной части авторского раздела под названием “Этнопсихогенез и социобиология политических процессов”. Широкими мазками, используя такие понятия, как “первобытная традиция”, “мифологема”, “солнечный миф”, “управляемый этногенез”, “семиотически чужеродный вирус”, “манипулемы” (видимо, это очередной неологизм автора по аналогии с понятием “мем” и многими им подобными, автор в стиле политического памфлета рисует картину тяжелой душевной болезни, постигшей современную Украину. Вершиной такого “психиатрического” подхода можно считать употребление автором изобретенных им нозологий “евромания” (С. 358) и “европсихоз” (С. 385). Видимо, следуя этой логике, психиатрам следует подготовиться к новой терминологической революции: обозначению маниями и психозами любой не нравящейся им страны или политических процессов, происходящих в ней. Но тогда я, не желая никого обидеть, хочу внести и свой вклад в это процесс, предложив для примера “югославоманию” или “сербопсихоз”. Достойное применение психиатрии!

Я не историк и уж ни в коей мере не специалист по истории российско-украинских отношений. Однако из текста мне становится ясна политическая позиция автора, его симпатии и антипатии. Не об этом речь.

Во-первых, мне кажется, что цитировать исторические документы, такие, например, как высказывания О. Бисмарка или М. Гофмана, германского генерала времен Первой мировой войны, имеющие сильную политическую коннотацию, надо по первоисточникам, а не по Живому журналу в интернете. Иначе можно попасть впросак.

Цитирование источников и умение работы с ними — минимальное требование к научной работе, особенно работе исторической. Однако если данный текст является просто памфлетом, нагруженным психиатрической и психоаналитической терминологией, точность цитирования совершенно не обязательна, а абсолютно недостоверные источники могут с легкостью лечь в основу для столь же недостоверных выводов.

Во-вторых, политические утверждения автора являются отражением его политических взглядов, не более того. Но политический спор отличается от научного тем, что основан не на фактах, а на убеждениях. Использование же стиля, приемов и выражений политического шоу — таких, например, как “стран(ы) гитлеровской коалиции — прообраз Евросоюза” (С. 379), “противостояние и подавление России — один из многих мобилизующих двигателей западного прогресса” (С. 386), “переболеть европсихозом” (С. 385), переводят всю работу именно в плоскость политической ругани с легким флером научности.

Впечатление усиливается явно конспирологическим оттенком текста памфлета: “этноинженерия” (указывается как доминирующий фактор укрогенеза на пограничных территориях — С. 383), или высказыванием о том, что сепаратизм был “виртуозно преобразован западными психотехнологиями” (С. 376), или пассажем о “психоманипуляции” как одном из факторов формации украинцев (С. 383), и т.д.

Вся эта политико-конспирологическая лексика густо перемешана с терминами психоанализа, употребляемыми к месту, а скорее не к месту, но практически всегда без доказательств. Следствием этого является то, что уже и психоаналитическая терминология превращается в площадное ругательство. Таких примеров в тексте не счесть: “невротический комплекс “украинства”” (С. 378), “психоаналитическая основа укронарциссического комплекса” (С. 384), “нарциссическая диссоциация” при описании парадокса в сознании граждан относительно недавних событий (С. 376) и т.п.

В заключение подчеркну, что, на мой взгляд, рассматриваемые здесь работы демонстрируют очень серьезные проблемы:

1. смешение психиатрических подходов и политических пристрастий;
2. выстраивание псевдонаучных критериев;
3. использование недостоверных источников для утверждения своих политических взглядов;
4. использование недостоверных или вовсе неверных историко-антропологических данных или неверная их интерпретация;
5. произвольное и бездоказательное употребление психоаналитических терминов, в контексте политического памфлета превращающихся в инвективы.

Следствием подобных ошибок является дискредитация любой попытки применения психиатрических или психоаналитических знаний к анализу социальных процессов. Серьезный социолог, историк или антрополог при прочтении таких работ с легкостью перенесет свое справедливое и горькое недоумение на всю психиатрию, а над психиатрами будет просто издеваться. И справедливо.

*Иосиф Зислин. MD, психиатр
(Иерусалим. Израиль)*

Опять хвала И. А. Сикорскому как знак времени

О монографии К. Б. Безчасного “История отечественной психогигиены”

Еще в 2014 г. забила тревогу работа Ю. И. Полищука и Д. Д. Федотова (мл.) “Современные проблемы психогигиены и первичной психопрофилактики”. Авторы обратили внимание, что **из всех** отечественных руководств исчезло понятие психогигиена (и психопрофилактика). Увенчан внушительный перечень был нашей монографией “Введение в психиатрию”. Между тем, дело в значительной мере в том, что эта проблематика начала иначе называться — надо же привносить в нее какую-то новацию. Теперь это “политика психического здоровья”. В данном случае выбор нового термина содержит нечто новое, он усиливает ответственность за осуществление хорошо известных требований.

Но уже на следующий год, в 2015 г., вышла “История отечественной психогигиены” К. В. Безчасного, которого мы знаем, как автора целой серии добротных монографий. В этой работе автор, как, впрочем, и многие другие авторы, не озаботился, казалось бы, простой вещью: история тоже наука, причем наука, проделавшая значительные и многообразные методологические прорывы (Владимир Вернадский, Густав Шпет, Александр Койрэ, французская школа “Анналов”, Карл Поппер, Джим Холтон, Лев Клейн и мн. др.), наука, подвергаемая, наряду с социологией, наиболее жесткому прессингу властей, пытающихся превратить ее в орудие пропаганды и воспитания посредством откровенной мифологизации с апологией этой мифологизации и утверждением, что все мифологично. Этот релятивизм сказывается и в отношении научной методологии как таковой.

В результате, вместо предоставляемых современной исторической наукой увлекательных возможностей перед нами сухое хронологическое изложение работ отечественных авторов по этой теме. Конечно,

большое удовлетворение вызывает список использованной литературы, в 4 раза превосходящий аналогичный в монографии Полищука и Федотова, на которую он не ссылается, но которая затрагивает значительно большее разнообразие проблем. Автор, помимо общих, ограничивается всего тремя частными проблемами: алкоголизмом, военнослужащими, а также адаптацией и компенсацией с позиций психогигиены, и тремя фигурами: И. М. Мержеевским, И. А. Сикорским и В. М. Бехтеревым. Из-за неудачной композиции и рубрификации, не говоря уже о сделанных акцентах, у читателя не создается внятной картины развития отечественной психогигиены в контексте мировой, что было необходимо сделать, чтобы показать, на каком высоком уровне держалась эта проблематика в России. Так, только в 1900 году Роберт Зоммер организовал Германский психогигиенический союз и ввел сам термин психогигиена, а в 1924 г. Немецкую ассоциацию психогигиены. За этот период такие организации возникли во многих западных странах. В этом отношении монография Ю. И. Полищука и Д. Д. Федотова (мл.) имеет несомненное преимущество.

Первое, что бросается в глаза в монографии К. В. Безчасного, это прямо-таки фантастический контраст между вознесением роли А. И. Сикорского и фактически затушевыванием Л. М. Розенштейна. Удивительным образом, упоминая ведущую роль Л. М. Розенштейна в возникновении и развитии психопрофилактического и психогигиенического направлений, автор делает это где-то среди текста, не выделяя фактически главную фигуру, прославившую нашу страну, снискавшую международное признание, не посвятив ему отдельную главу, как, например,

тому же И. А. Сикорскому, отечественную психиатрию опозорившему.

Ничего не говорится о центральном положении Л. М. Розенштейна, позволившем претворять свои идеи в жизнь: ни то, что он — ученик Сербского и Баженова и сотрудник Ганнушкина — стал преемником последнего на центральной кафедре страны, ни то, что организованному им Невропсихиатрическому диспансеру было поручено методическое руководство организации психиатрической помощи в стране, что он возглавлял комиссию по реконструкции психиатрической помощи при Наркомздраве, что он был не только директором Института невропсихиатрической профилактики, но и заведующим первой кафедры социальной психиатрии и психогигиены ЦИУ, участником Первого международного конгресса по психогигиене в Вашингтоне в 1930 г. (его доклад там привлек всеобщее внимание), а вскоре он был избран вице-президентом Международного комитета по психогигиене, награжден золотой медалью Крепелина, и инициировал создание Всероссийского общества невропатологов и психиатров и стал его первым председателем. Между тем, само упоминание Института невропсихиатрической профилактики тонет в тексте в большом списке учреждений сходной проблематики и никак не выделено, словно автор пишет не историю психогигиены, а историю медицинской профилактики вообще. Не сообщается главное, что при этом Розенштейн был выдающимся клиницистом, описавшим одновременно с В. Майер-Гроссом онейроидный синдром, в силу чего в его руках и руках его сотрудников Б. Д. Фридмана, Е. Н. Каменевой и др. описанная им “мягкая шизофрения” не превращалась в нечто беспредельно расплывающееся, как вялотекущая малопрогрессирующая шизофрения А. В. Снежневского. Конечно, нельзя не отметить, что экспансия такого диагноза — неизбежное следствие психопрфилактического подхода. Хотя автор написал вполне достаточно для того, чтобы сформулировать центральную роль Розенштейна в истории отечественной психогигиены, что естественным образом следует из его же текста, он не только не сделал этого, а центрирует в своей монографии в качестве отдельных глав “Роль И. П. Мержеевского”, “Вклад И. А. Сикорского” и “Взгляды В. М. Бехтерева на развитие психогигиены”. Надо сказать, что он далеко не одинок в этом небрежении историческими реалиями. Разгром психопрфилактического и психогигиенического направления, наряду с педологическим, тесно с ним связанным, автор обходит стороной.

Что касается А. И. Сикорского, то его непомерное честолюбие только оттеняло скромность реальных достижений в избираемой им грандиозной “социобиологической, биополитической” и т.п. проблематике. Даже Бехтерев, вопреки близким отношениям с А. И. Сикорским, который был его старшим товарищем по клинике И. П. Мержеевского и лечащим

врачом, назвал его заключение по знаменитому делу Бейлиса “не экспертизой, а злодеянием”. Он и В. П. Сербский в своих контрэкспертизах показали научную несостоятельность экспертизы Сикорского и, как и несколько десятков ведущих психиатров всего мира, выразили свое крайнее возмущение неправомерным вторжением психиатрии в религиозоведческую проблематику. Эти отклики были опубликованы отдельной книгой, и Сикорский жаловался властям, что из-за этого у него резко сократилась частная практика. Но дело не только в этой экспертизе. Трехтомная антология классиков русской расологии в значительной мере заполнена работами Сикорского. И не случайно Т. И. Юдин назвал его одним из главных представителей полицейской психиатрии. Ведущий православный философ и психолог В. В. Зеньковский, который очень близко знал Сикорского и оставил о нем подробные добрые воспоминания, все же признает, что он был по существу посредственностью. Но целый ряд авторов (все выпускники Военно-медицинской академии в Санкт-Петербурге) предпринимали неоднократные попытки реабилитировать Сикорского, вплоть до утверждения, что его псевдонаучная экспертиза по делу Бейлиса — это первая судебная комплексная психолого-психиатрическая экспертиза. Ю. А. Александровский поместил в третьем томе своей “Истории отечественной психиатрии” анекдотически выспренную апологию Сикорского военного психиатра Г. П. Колушаева, которого восхитили рассуждения о расовой борьбе черной, желтой и белой рас и представление колониальной политики царской России как “игры на душевных особенностях аборигенов, от которых русский государев человек умел добиться нужной гармонии в единой симфонии планомерного движения великороссов на Юг и Восток”, а также главный пункт “творческой мотивации Сикорского: “Приемлемо все, что ниспослано свыше. Импульс Духа — это самая высокая мораль...””. Проф. А. А. Портнов склонял и меня в свое время к реабилитации Сикорского.

Автор обходит молчанием психогигиенический аспект генетики, вопреки ее активному развитию в 1930-е годы и тому, что в Советском Союзе она была представлена поистине славными именами от Н. К. Кольцова до Т. И. Юдина. Отечественная евгеника всегда подчеркивала свой чисто предупредительный характер, чем принципиально отличалась от многих зарубежных подходов.

Отсутствует также заслуживающая специального подробного анализа проблема неизбежных издержек профилактического направления, которое легко делается полицейским в неадекватном для этого месте и, таким образом, деструктивным.

Мы не будем останавливаться на частных неточностях, отметим только, что И. А. Бергер был с 1930 г. не сотрудником Института невропсихиатрической профилактики, а директором Института пси-

хоневрологии и психогигиены Мособлздравотдела. Недостаточен собственный аналитический комментарий позиций приводимых авторов, неразличения многими из них нормы и здоровья, разного понимания понятий адаптации, компенсации, защитных механизмов и т.д.

Проводя разграничение **психопрофилактики** как предупреждения психических расстройств и **психогигиены** как “сохранения, укрепления и улучшения психического здоровья путем надлежащей организации природной и общественной среды и образа жизни”, автор оговаривает его условность и тот факт, что психогигиена совпадает в первичной психопрофилактикой.

Исторически адекватной была бы периодизация отечественной психогигиены не по высказанным идеям, а действенным попыткам претворения их в жизнь, так как зависимость психических расстройств от “природной и общественной среды” была очевидна изначально. Так, уже в первом оригинальном руководстве по психиатрии Павла Малиновского “Помешательство, описанное так, как оно является врачу в практике”, опубликованном в 1847 г., как и в его “Записках доктора” (1846), первой научно-популярной работе по психиатрии, на которые автор не ссылается, говорится, что уродливые условия жизни общества способствуют возникновению психических заболеваний. Но вмешательство в организацию природной и общественной среды неизбежно ведет к столкновению с интересами власти и зависит от порядка ее ценностных приоритетов. Решающая роль для психического здоровья устройства самого общества и его установлений была всегда понятна, но редко ориентировалась на рационально просчитанный баланс конкурентных приоритетов и стратегических или тактических предпочтений. Автор избегает этой фундаментальной для избранной им темы, но раскаленной проблематики в отношении нашего времени. В 1937 г. психогигиена была устранена из названия корсаковского журнала, что, как и имя Розенштейна, до сих пор не афишируется.

Исходя из сказанного, адекватная периодизация развития отечественной психогигиены совпадает с той же, что для социальной психиатрии.

1. Эпоха пинелевской реформы и системы нестеснения (с 1832 г.) или эпоха Василия Саблера и его последователей.

2. Эпоха земской медицины, т.е. местного самоуправления (с 1864 г.), и Пироговских съездов, особенно с V-ого по X-ый (1893 – 1907), Пироговского общества врачей, председателем Правления которого был С. С. Корсаков.

3. Формирование социальной психиатрии и психопрофилактики Павлом Якобием (1891, 1900).

Т. И. Юдин в своих непревзойденных “Очерках истории отечественной психиатрии” (1951, с. 196 – 213) с редкой по ясности научной содержательностью описал драматически острую дискуссию по “Проекту организации земского попечения душевно больных в Московской губернии” между П. И. Якобием (1842 – 1913), поддержанным А. Я. Кожевниковым, а затем Ф. Ф. Эрисманом и земскими психиатрами с одной стороны, а — с другой — Н. Н. Баженовым, В. П. Сербским и С. С. Корсаковым, в которой позиция Якобия, вобравшая в себя европейский опыт, до сих пор звучит современно и положила начало отечественной социальной психиатрии. Она была четко изложена и обоснована в работе Якобия “Основы административной психиатрии” (Орел, 1900) в девяти тезисах.

4. Формирование психогигиены как научно-практического направления психиатрии Львом Марковичем Розенштейном (1924 – 1934). Масштабная программа оздоровления общества, которую В. М. Бехтерев выдвинул на Третьем съезде психиатров в Санкт-Петербурге в 1910 г., и в наше время выглядит нереалистичной, но непреклонная гражданская позиция вызывает восхищение.

Характерна разнокалиберность глав: последняя 15-я глава, названная наиболее притягательным образом, — “Современное состояние психопрофилактики и психогигиены” — всего на полутора листах — не содержит ни слова о “современном состоянии”, т.е. не соответствует своему названию. Ее следовало бы назвать “Категориальный аппарат, современные тенденции и перспективы развития психогигиены” и объединить с заключением.

Вызывает уважение объем использованной литературы и введение в оборот многих важных сведений, но и досаду на множество неиспользованных возможностей подать эту информацию рельефно значимым образом, убедительно обосновать этапность развития психогигиены в историческом общественно-политическом контексте взаимоотношения этих внешних условий с процессами внутреннего саморазвития, траекторию противостояния либеральных и полицейских приоритетов, которая определяет, согласно В. И. Вернадскому, развитие всей отечественной науки, роль в этом зарубежной науки, тесные связи с которой нелепо игнорировать. Создается впечатление, что автор поторопился отдать для публикации недоделанную и неоформленную должным образом работу по очень важной теме, что буквально требует второго исправленного и дополненного издания.

Ю. С. Савенко

Человеческое достоинство и индивидуализация в условиях закрытых учреждений

Ю. С. Савенко

Мы уже писали об Александяне на цепи в больнице и Малобродском, которого приковывали наручниками к больничной кровати (НПЖ, 2018, 2, 91 – 92: “Больница как и церковь должна быть экстерриториальна для силовых ведомств”). Тогда на запрос Совета при Президенте по развитию гражданского общества и правам человека (СПЧ) МВД, ссылаясь на практику нападений и побегов, ответило, что законодательство не запрещает и не устанавливает каких-либо ограничений на применение спецсредств, в том числе наручников к тяжелобольным. Наглость этой отписки в ее абстрактном сверхобщем характере, словно речь шла не о конкретных известных людях, тяжелобольных, относительно которых риски агрессии и побега были исчезающе малы, а опасных криминальных типах, симулирующих тяжесть своего заболевания. Это было для всех очевидно, как и мотив держиморд в силовых ведомствах унижить человеческое достоинство и запугать других в профилактических целях. Недалекость этой тактики в том, что она вызывает глубокое возмущение и отвращение к такой власти, она рубит сук, на котором сидит.

А в декабре прозвучал запрет питерских властей вывешивать на домах таблички памяти репрессированных, мол, “законом не предусмотрено!”. Т.е., запрещено то, что не разрешено.

В связи с сущим конвейером такого рода формальных под копирку отписок, лишенных всякого обоснования, важно знать элементарное общепринятое разграничение **прескриптивной логики** (“все, что не разрешено, запрещено”) и **проскриптивной логики** (“разрешено все, что не запрещено”).

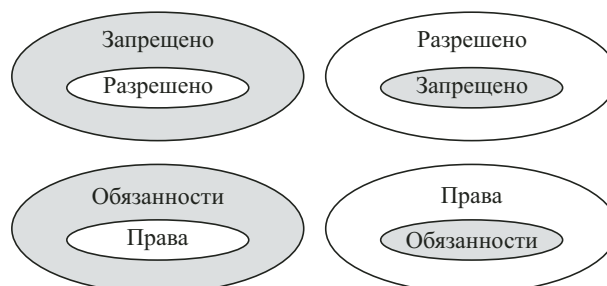
Логика естественной биологической и общественной эволюции является проскриптивной, что позволяет естественному отбору в дикой природе

устранять то, что несовместимо с выживанием и воспроизведением, и обеспечивает как биологическому, так и общественному развитию грандиозное разнообразие, — важнейшую предпосылку прогрессивного развития.

Прескриптивная логика — это логика тюрьмы, концлагеря, закрытых учреждений, это клеймо, отличающее репрессивный авторитарный диктаторский стиль правления.

Прескриптивная логика

Проскриптивная логика



Легальность прескриптивной логики в закрытых учреждениях (перечни того, что разрешено в психиатрических больницах, воспитательных и религиозных училищах, в воинских и монастырских уставах и пенитенциарных учреждениях) резко повышает значимость в них индивидуализации. Но это встречает резкое сопротивление традиционалистов. Между тем, общим знаменателем для гуманистического общества является приоритет во всех случаях уважения человеческого достоинства и индивидуализации, сохранение которых — это самый мощный и надежный рычаг возможности поворота в позитивную сторону, начиная с запрета обращения на “ты”.

О проблемах диагностики и выбора специалиста в психиатрии

Одними из актуальных проблем современных психиатрии и психотерапии являются вопросы выбора специалиста и качественной диагностики.

Как практикующий клинический психолог, я очень часто сталкиваюсь (особенно с наступлением осеннего/весеннего периода) с обращениями друзей, знакомых, клиентов, учеников и просто людей в интернете с просьбами порекомендовать специалистов по разным вопросам, касающимся душевного здоровья. Это запросы не только на психотерапию, но и на оказание фармакологического лечения, гипноз, работу с суицидальными намерениями, психосоматическими проблемами (панические атаки, гипервентиляция) и многое другое. Люди страдают и ищут пути выхода из своих страданий, но современная актуальная ситуация развития наук о душевной жизни настолько пестра и неоднородна, что предлагает слишком большое количество непонятно куда ведущих путей. Поэтому этап первого шага, после принятия решения обратиться за помощью/консультацией, представляется мне одновременно и очень важным и очень опасным. Не хочется драматизировать ситуацию, но буду называть вещи своими именами: сейчас “нарваться” на безграмотного специалиста несложно. По собственному практическому опыту знаю многих клиентов (своих и клиентов моих близких коллег), которые приходили после “неудачного опыта”, который отнимал и время, и деньги, и, что самое главное, здоровье.

К сожалению, приходится констатировать, что диагностический взгляд современного рядового психиатра во многом является чисто субъективным! Это очень часто проявляется в разногласии мнений специалистов, участвующих в клинических разборах и консилиумах, на которых выступают, к слову сказать, опытные врачи, доценты и профессора. Если титулованные специалисты подчас не могут договориться и имеют разные мнения о диагнозе, то, что уж говорить о рядовых врачах клиник и диспансеров. Усугубляется ситуация тем, что процент пациентов, попадающих на эти разборы, весьма скромнен по сравнению с огромным числом больных, которые ежедневно получают диагноз и лечение в психиатрических больницах, стационарах и диспансерах нашей страны. Это сотни и тысячи людей. На собственной практике я сталкиваюсь с пациентами, которые проходили “лечение” в весьма именитых центрах (в Москве), и по факту оказывалось, что вся “тяжелая медикаментозная артиллерия” была неэффективна, была назначена бездумно и основывалась на формальном, поверхностном подходе к пациенту и подгонке его симптомов под известные диагностические рамки (лечение по принципу “палить из пушки по воробьям”).

Поэтому, если проблема человека лежит на стыке психологии с психиатрией, а под этим в контексте данной статьи можно иметь в виду необходимость назначения лекарственной терапии, то первый важнейший момент, которым следует озаботиться, — это качественная грамотная **ДИАГНОСТИКА**. Чтобы правильно назначить лечение (препарат или схему лекарственных препаратов), которое будет работать в каждом индивидуальном случае с минимальным количеством побочных эффектов или вообще без них, нужно сначала **ГРАМОТНО** поставить **ДИАГНОЗ**! Общаясь с клиентами, я стараюсь доносить это так, чтобы человек не воспринимал этот термин в коннотации стигмы, диагноз — это лишь профессиональная констатация текущего состояния клиента/пациента. Так вот, если с текущим состоянием разберутся неправильно, то и лечить будут неправильно.

Спектр подобных проблем касается не только медикаментозного лечения, но и психотерапии, которой в повседневной психиатрической практике, несмотря на все громкие заявления, отводится крайне незначительное и “необустроенное” место (ибо большой вопрос, что за психотерапию предлагают своему пациенту рядовые врачи-психиатры).

В работе с клиентом/пациентом можно выделить по меньшей мере **четыре основных модуля**:

- **нозологический модуль** (рассмотрение проблемы больного через призму категорий “этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение”);

- **психологический модуль** (квалификация проблемы клиента с точки зрения психологических механизмов ее формирования и в таких терминах как “невротический конфликт”, “патология коммуникации”, “дисфункциональные установки” и т.п.);

- **персоналогический модуль** (это рассмотрение именно личности больного, личности как “момента деятельности” и “ансамбля социальных отношений”);

- **социологический модуль** (это взгляд на пациента как на точку в системе координат многомерного социального пространства, учитывающий его референтные группы, социальные роли и др.).

Учитывая претензию психиатрии (психопатологии) на интегративный взгляд на патологию психики как патологию человека в целом (личности), очевидно, что только нозологическим модулем ограничиться невозможно, но часто именно это и происходит, поскольку для учета всех четырех модулей у специалиста просто не хватает ресурсов (образовательных, личностных, духовных и т.д.). К примеру, психиатр, ставящий диагноз Людвигу Баварскому, Иосифу Бродскому или Роберту Фишеру, рискует оказаться неизмеримо меньшей по масштабу личностью, чем объект его диагностики.

Возвращаясь к вопросу о некачественной диагностике, можно сказать, что на практике для обычного заболевшего человека эта проблема разворачивается по следующей схеме: трата денег на прием специалиста — покупка в аптеке подчас недешевых препаратов — прием препаратов провоцирует ухудшение, проблема, ставшая поводом для обращения, не решается, зато появляются новые (побочные эффекты) — человек снова тратит деньги на повторные приемы для коррекции терапии, в лучшем случае что-то начинает помогать, в худшем терапия снова не работает, а пациент все больше впадает в отчаяние по поводу своего неблагополучия и агрессивное разочарование по поводу сферы здравоохранения (что в быту выражается в убеждениях “Все психиатры — сами психи, все психотерапевты — шарлатаны, все психологи — обманщики”) или же начинает заниматься самостоятельностью в приеме или отмене препарата, повышается уровень самостигматизации и проч. (Про психотерапию нужно писать отдельно, пока говорим только о медикаментозной терапии). К сожалению, это распространенная проблема.

Я как человек, чья сфера профессиональных научных интересов и непосредственно работа лежит на пересечении клинической психологии, психотерапии и психиатрии, как человек, работающий и общающийся в смешанных профессиональных кругах (это и психотерапевты, и психиатры, и психологи разных направлений), не могу не видеть те практические и методологические проблемы, которые возникают на этапах, предшествующих самому лечению людей. Проще говоря, основная проблема заключается в том, что психотерапевты и психиатры в силу недостатка профессиональной и личностной компетентности, а также клинического опыта ставят неправильный диагноз и назначают неправильное лечение.

- Я против того, чтобы над больными (неважно, с тяжелой психопатологией или “несерьезными” невротическими расстройствами) ставили лекарственные эксперименты;

- Я против того, чтобы правильность диагноза (а значит, и назначенного лечения) определялась постфактум по наличию эффекта *ex juvantibus*;

- Я против того, чтобы при назначении терапии специалистом не принимались в должное внимание индивидуально-личностные особенности клиента, его анамнестические сведения и соматический статус! (Это важно, ведь нередко оказывается, что соматические заболевания человека могут влиять на характер его психопатологической симптоматики, которая свидетельствовала бы о совсем ином психическом расстройстве, не будь этих соматических заболеваний.)

Я за комплексный подход в диагностике и профессионализм. И цель моего изложения как раз заключается не в том, чтобы просто раскритиковать систему современной клинической психиатрии, для меня —

прежде всего систему развивающегося знания с богатой и фундаментальной историей, являющуюся предметом моего искреннего интереса и уважения. Суть в том, чтобы показать, что в определенном смысле можно при желании не впадать в описанные методологические ошибки и ловушки, т.к. есть врачи-психиатры и психотерапевты, которые совершают усилие не быть ограниченными рамками лишь нозологического модуса. Главное, чтобы таких специалистов становилось больше, больше среди нового поколения психиатров. Эта идея, безусловно, касается и психологов; я уверена, что по-настоящему хорошим психологом (и психотерапевтом) не может быть человек, не разбирающийся в клинике, и разделяю слова М. Е. Бурно о том, что заниматься психотерапией может и психолог, если он “клиницист душой”. А быть клиницистом душой — это далеко не только уметь формально провести патопсихологическое обследование.

* * *

Несколько советов тем, кто пытается сам ориентироваться, к какому психотерапевту/психиатру обратиться (и не имеет рекомендации, к которой можно было бы доверять):

- 1) У хорошего психотерапевта/психиатра должен быть большой практический клинический опыт, это значит, что он как минимум от 3 до 5 лет должен поработать в психиатрической больнице/стационаре/учреждении для душевнобольных. А “пара лет на задней парте в ординатуре — и я диагност от Бога, доктор Хаус” — это не про профессионализм.

- 2) У специалиста должно быть не только основное высшее образование. Большое количество документально подтвержденных повышений квалификации говорит, как минимум, о желании человека развиваться в своем направлении, обретать новые знания и опыт, это уже хорошо.

- 3) Обратите внимание на то, как общается с вами специалист на консультации. Насколько он внимателен к деталям, как долго он ведет с вами беседу, выспрашивает, собирает анамнез, останавливается на каких-то моментах, уточняет, интересуется соматической историей, какие есть/были болезни, анализы, какая наследственность, опыт лечения, ваше отношение к болезни и т.д. Или же прошло 15 минут консультации — и он уже готов назначить таблетки. (Справедливости ради стоит оговориться, что особенно опытные и профессиональные врачи могут довольно быстро все увидеть и понять, но, как показывает опыт, даже академики и профессора иногда грешат стереотипным мышлением и лечат неправильно. Это плюс в копилку молодых специалистов — они тоже вполне могут оказаться профессионалами).

- 4) Также не стесняйтесь задавать свои вопросы на консультации. Хороший специалист ответит на ваши вопросы, развеет имеющиеся в голове мифы, объяс-

нит механизмы расстройств, повысит вашу грамотность в области имеющегося заболевания. Не станет запугивать, будет корректен и аккуратен с вашими чувствами и переживаниями. А также хороший специалист в области душевного здоровья будет создавать благоприятную и доброжелательную атмосферу. Вы будете чувствовать заинтересованность и принятие, а не напряжение, холодность и надменность специалиста, чувство, что с вами хотят завершить

прием как с очередным безликим элементом потока клиентов.

*Ю. В. Журавлева,
клинический психолог,
психотерапевт когнитивного и
экзистенциального направлений,
специалист ООО "Психологический центр
на Волхонке"*

Взгляд и нечто

“Непонятное в науке часто проясняется в художественном творчестве” (Виктор Конецкий).

“В научном мышлении всегда присутствует элемент поэзии” (Альберт Эйнштейн).

Обращаясь к жанру эссе, автор ищет отражения в художественном творчестве гениев элементов психических проявлений, не претендующих стать достоянием науки, и надеется, что читатель простит ему неполноту и спорность аргументов и вообще их отсутствие, упрощенное и беглое изложение сложнейших проблем и не возражает против того, чтобы предлагаемые наброски назывались, как принято в русской традиции: “взгляд и нечто”.

Текст выражает индивидуальные чувства, сугубо субъективные впечатления и соображения автора, по поводу зарождения у человека психического, в частности, слова, не претендует ни на исчерпывающую, ни на определяющую трактовку рассматриваемых положений и имеет научно-популярный (точнее: популярно — научный, и даже совсем не научный) а, в основном, беллетристический характер.

У Манделштама есть метафизическое наблюдение — трепет, постоянный перебор возможностей, забегание в будущее, возвращение в настоящее, неуспокоенность жизненного чертежа, перерисовка, перепланировка. Ветер колеблет пересыпающийся песок. “Скажи мне, чертежник пустыни, сыпучих песков геометр, ужели безудержность линий сильнее, чем дующий ветер? меня не касается трепет его иудейских забот — он опыт из лепета лепит и лепет из опыта пьет”. Может быть, пробуя и ошибаясь, пре-психическое обретает форму, первичную структуру, состоящую сначала из мелькающих возможностей? Все дрожит и зыбко.

Опыт из лепета лепит. Лепет из трепета губ. Может быть, так начинается речь? Лепет — это трепет губ, прерывистость речи, пробное, предварительное оформление звука и смысла. “Быть может, прежде губ уже родился шепот, и в бездревесности кружились листья, и те, кому мы посвящаем опыт, до опыта приоб-рели черты...” (О. Манделштам).

Лепет — перебор возможностей. “Дети — это взрослые, лишенные языка, взрослые с полноценной душой и полноценными чувствами, вынужденные вслепую и втёмную, как после ранения в голову или приступа амнезии, заново находить, нащупывать, восстанавливать отнятый, недоданный, забытый язык”. (Т. Толстая). Вряд ли. А вдруг так? “И Шуберт на воде, и Моцарт в птичьей гамме, и Гёте, свишущий на вьющейся тропе, и Гамлет, мысливший пугливыми шагами...” (О. Манделштам). Может быть, будущие гении, будучи гениями с рождения, в шуме воды и птичьей гамме слышат гармонии, неслышимые простыми смертными. Может быть, в лепете уже скрывалось и рвалось наружу осмысленное слово? “...В земной коре юродствуют породы, и как руда из груди рвется стон...” (О. Манделштам). Или смысл приходит вместе с его произнесением? Микеланджело утверждал, что изваяние уже существует внутри глыбы. Внутри глыбы существуют бесчисленные множества изваяний. И из лепета мира родятся множества интонаций, тембров, мелодий, гениальных и не очень...

Не знаю, (кто знает, пусть скажет) как вещественно происходит переход от лепета к слову, сначала, возможно, корявому и косяноязычному, но я уверен, что где-то рядом с горячим счастьем матери витает дух Манделштама. Здесь тайна. Она сродни рождению талантливой поэзии, талантливой музыки, таинственной для автора тоже. Может быть, слово начинается с поиска акустической созвучности и смысла в передаче движений души, тела, мысли. “Люблю появление ткани, когда после двух или трёх, а то четырёх задыханий придёт выпрямительный вздох. И как хорошо мне и тяжело, когда приближается миг и вдруг дуговая растяжка звучит в бормотаньях моих”. “Дуговая растяжка” по Манделштаму — “силовое поле вокруг эмбриона, как бы черновика живого существа”). Мотив любви связан с принятием жизни, с позитивной созидательной сущностью сначала бормотания, а потом познания и творчества.

Творчество — один из способов познания. “... большая вселенная в люльке у маленькой вечности

спит”. Мотив любви связан с мотивом ребенка, эволюционирующим от некоего пространства в пределах люльки до пробуждения в большой вселенной. Толкователи “восьмистиший” Мандельштама трактуют их, как им хочется и как им кажется более соответствующим мыслям и чувствам Осипа Эмильевича: о рождении и смерти, вечности, познании мира и пр.

В чем, собственно, дело? Какие-то мутные эмбрионы, растяжки. Какие-то абстрактные трепеты, мотивы, смерти, рождения, вселенные. Какая связь с процессом созревания психики, слова, речи? Где намеки на какую-либо логику или причинно-следственные связи? Непонятно, о чем вообще идет разговор. Отвечаю: если не мутность — значит ясность, если хорошо прослеживается связь с процессом, значит имеет место обозначенность и даже установленность. Если имеется запрос на логику или какой-никакой детерминизм, значит есть готовность к обсуждению в научном ключе того, что пока никому неизвестно, даже “душе поэта”. Это уже в компетенции науки. А пока мы имеем вместо ясности мутность и никакого детерминизма. Если бы вопрос стоял о создании даже не теории, а хотя бы плохонькой гипотезы, я не осмелился бы предлагать читателю этот текст. Я всего лишь в поисках зачаточных, очень вероятно, далеких от истины, даже не связей, а может быть, касаний или подобий зарождения или сцепления сложного живого с художественным его осмыслением. И в надежде быть понятым в своих побуждениях. В темных смысловых намеках “восьмистиший” я хочу видеть и вижу мотив пробуждения ребенка, вхождения ребенка в мир, а стало быть, возможный вариант эволюции психического. Я выбираю то, что кажется близким и более или менее понятным мне.

“Мело, мело по всей земле, во все пределы... Свеча горела на столе, свеча горела. На озаренный потолок ложились тени, скрещенья рук, скрещенья ног, судьбы скрещенья” (Борис Пастернак). Как трудно родиться из лепета слову, “метет не...только по всей земле во все пределы”, но что-то мешает внутри и не очень помогает горящая свеча. Психика — тайна вселенной, и Пастернак ощущает, как всё сливается с этим трепетом и сама жизнь трепещет перед этой тайной, и он сам участник этого трепета: “Я слышу биение сердца и трепет в руках и ногах...”. Состояние предельной жизненности распространяется и на природу. “Жизнь и психика — равнозначны в своем постоянном трепетании их вспыхивающих и гаснущих возможностей, дух искрится через каждую частицу мироздания”. (М. Эпштейн). Всей поэтической силой Пастернак рвется проникнуть в тайну природы: “Природа, мир, тайник вселенной, я службу долгую твою, объятый дрожью сокровенной, в слезах от счастья отстою”. Может быть, в этот момент появляется желание или ощущение быть всем миром — стать на его перекрестке, в его сердцевине? И многократно и по —разному выраженное: “...Весь трепет

жизни всех веков и рас живет в тебе. Всегда. Теперь. Сейчас”. (М. Волошин). А если из лепета радостно и победно рождается слово, то, быть может, в лепете оно, слово, в какой-то форме или виде или состоянии и вправду уже было? Представить себе переход от лепета к слову в виде простого перескока я не могу. Уж очень это механистично, а душа просит органичности. “То ... голос мой провидческий звучал, не тронутый распадом” (Б. Пастернак). А если слово, так и не зазвучав, сразу тронато текущей или предстоящей болезнью, началом дороги к распаду? Может быть, распад, исчезновение и рождение или возрождение психики в чем-то схожи? “...Начала и концы там жизнь от взора прячет. Покойник там незрим, как тот, кто только зачат” (И. Бродский). Знать бы наверняка. Знания наши на эту тему крайне приблизительны и субъективны. И кто вправе решать, какие из них соответствуют истине или хотя бы к ней ближе? Тем более, если помнить, что и начатками достоверного знания в этой области, в отличие от результатов чистого воображения, мы пока не располагаем. Что-то подобное происходит с музыкальным звуком. Удар по клавишам совпадает со смертью его в механическом смысле и рождением для нематериальной, вечной духовной жизни, остающийся бессмертным в сознании человека и человечества.

Понимание начинается с помощью языка, (поначалу узнавания его тона), далее содержания мимики, жестов. Может быть, психика начинается с феномена понимания? Непонимание при этом не тождественно непонятливости, а, вероятно, следствие пребывания в другой теме, на другой волне, в другом состоянии или другом мире. Известно, что при некоторых болезнях понимание (взаимное) вообще невозможно, как, например, при шизофрении или аутизме Каннера.

Абсолютная невозможность чего-то до сих пор ассоциируется с чем-то космическим. Признаюсь, я не верю в универсальные способности человека и изначальные его возможности понять и решить большинство природных загадок. И постижение тайн шизофрении или болезни Каннера сопоставимо с решением глобальных вселенских проблем. При этом непонимание больного шизофренией не выливается во что-то смутно-ускользающее, а создает ощущение вполне конкретного, диагностически значимого, но недоступного пониманию состояния. Может быть, при формировании речи или постепенном выходе из травматической или другой комы элементы окружающего: звуки, голоса, выражения лиц, вещи, события и т.д. начинают приобретать значения (что-то обозначать?) поочередно или (разом?) наполняться смыслом. При этом вещь, смысл и слово могут быть соединены поначалу непрочно. Понимание связей понятого с еще непонятым приходит, возможно, не сразу, как и осознание “я” и отношение “я” к миру и с миром. Дополняясь воспоминаниями, эти связи обретают цельность. Может быть, а может и не быть.

Сравнительно с художественным описанием, и вслед, иногда, как озарение, идущим постижением тайн природы, загадок физического мира, научное знание и понимание законов и механики психики придет (если придет) с несопоставимо большими трудностями. Следует исходить (на мой взгляд) из того, что два с лишним тысячелетия мы топчемся у подножия Монблана и прозрения великих лишь слегка царапают его оболочку.

Я думаю, что есть что-то общепорочное в десакрализации аристотелевского отношения к познанию природы и человека. У Аристотеля рассуждения, наблюдения, воображение доминировали над математическими формулами. Попытки постижения человека по показаниям приборов, никак не приближают к пониманию тайн психики. Я уверен, почти уверен, что устройство психики даже в минимально приближенном варианте останется неясным ни нам, ни многим поколениям наших потомков. Озадачиваюсь вопросом: а зачем я все это писал? Пытаюсь оправдаться тем, что в какой-то мере стимулирую воображение

читателя, без которого (воображения) своей профессии не представляю и, для привлечения внимания молодых коллег к особой важности развития у себя способности вообразить, “представить себе”, без которой, я убежден, квалифицированная психиатрическая диагностика очень и очень проблематична. Отвлечшись на несколько минут, заканчиваю повествование предположением, что мало-мальски удовлетворяющая нас видимость какого-то понимания устройства и “механики” психических процессов придет через художественное осмысление или более или менее талантливое художественное описание элементов и целостностей этого устройства.

Резюме: сознавая тщетность попыток научного объяснения в обозримом будущем устройства работы психики, автор надеется на то, что хотя бы видимость какого-то понимания устройства и “механики” психических процессов придет через талантливое художественное описание элементов и целостностей этого устройства.

Б. В. Воронков (Санкт-Петербург)

РЕКОМЕНДУЕМ

ИТОГОВЫЙ ДОКУМЕНТ

**Международной научно-практической конференции
“Проблемы качества научной работы
и академический плагиат”**

Москва, РГГУ, 26.09.2018

“Троицкий вариант – наука”, № 22 (266) 06.11.2018, с. 10 – 11

ИСТОРИЯ ПСИХИАТРИИ

Охранник

В. Д. Тополянский

Первый начальник всей советской медицины Николай Александрович Семашко очень долго не мог разобраться в природных своих склонностях. Он родился 21 сентября (8 сентября по юлианскому календарю) 1874 года в семье мелкопоместных дворян. Почти до 11 лет обитал он в селе Ливенское Елецкого уезда Орловской губернии, затем его отдали в Елецкую классическую гимназию. Какие-нибудь яркие впечатления из детства в глухой деревне или отрочества в уездном захолустье в памяти его, по-видимому, не отложились. Во всяком случае, повзрослев, он не проявлял никакого интереса ни к сельскому хозяйству, ни к изящной словесности, ни к другим предметам гимназической программы.

Поиски призвания

В 1893 году, отбыв положенный срок в среднем учебном заведении, Семашко поступил на медицинский факультет Московского университета. Профессию врача он выбрал, скорее всего, методом исключения, так как приобретать высшее гуманитарное или технологическое образование вовсе не собирался.

На третьем курсе, в декабре 1895 года его арестовали за участие в своевольном Союзном Совете объединенных землячеств и после трехмесячного тюремного заключения выслали на три года в Елец под гласный надзор полиции. По окончании ссылки его зачислили на третий курс медицинского факультета Казанского университета, но за два месяца до государственного экзамена выставили из города за организацию студенческой демонстрации. Сдать экзамен ему все-таки удалось полулегально (слегка загримированным) и при тайной поддержке либерального профессора Л. О. Даркшевича — широко известного в начале XX века невропатолога.

Получив в 1901 году врачебный диплом, Семашко попытался внедрять санитарии и гигиену то в учреждениях Самарского губернского земства, то в селах Мценского уезда Орловской губернии, но каждый раз терял работу, по его словам, из-за “политической неблагонадежности”, хотя более вероятно в связи с полной некомпетентностью. В 1904 году он перебрался в Нижний Новгород, где примкнул к большевикам и приступил к революционной пропаганде среди рабочих и студентов. Еще в Союзном Совете объединен-

ных землячеств выделялся он умением произносить безразмерные речи в любое время суток и по любому поводу, привычно скрывая за напыщенной риторикой убогость своих монологов.

В ленинское окружение Семашко попал в 1906 году, когда сбежал из Нижнего Новгорода в Женеву после освобождения из тюрьмы под крупный денежный залог. Первоначально он рассчитывал, должно быть, на помощь влиятельного в эмигрантских кругах философа и профессионального революционера Г. В. Плеханова — родного брата его матери. Однако революционный максимализм племянника не вызвал ни малейшей симпатии у Плеханова, выступавшего с меньшевистских позиций и отклонившего предложение Ленина о сотрудничестве. Кроме того, суровый и независимый Плеханов в оруженосцах не нуждался, тогда как неразборчивый в средствах Ленин принимал в свою команду каждого, кто демонстрировал ему личную преданность (в том числе лиц с несомненным криминальным прошлым).

Непростые взаимоотношения между именитым дядей и амбициозным племянником испортились окончательно в 1908 году, когда швейцарская полиция задержала Семашко при попытке разменять в банке 500-рублевые купюры, награбленные легендарным Камо во время ошеломительной Тифлисской экспроприации. Ленин сразу же нанял адвоката, сумевшего вытащить Семашко из местной кутузки, а Плеханов наотрез отказался содействовать арестованному племяннику, объявив: “С кем поведется, от того и наберется”.¹ С тех пор Семашко всегда был готов беспрекословно реализовать любое поручение Ленина. В мае 1911 года ему удалось буквально потрясти меньшевиков, когда по требованию Ленина он вышел из состава Заграничного бюро РСДРП, прихватив с собой для лидера большевиков всю партийную кассу.²

Через год Семашко пристроили на место санитарного врача в Сербии; немного позднее он переехал в Болгарию. Когда началась Первая мировая война, его интернировали как подданного Российской империи, а летом 1917 года выпустили из Болгарии, воевавшей на стороне Германии, на волю. Кружным путем через Стокгольм он беспрепятственно возвратился в Россию, чтобы принять участие в октябрьском переворо-

те и возглавить врачебно-гигиеническое отделение Московского Совета. К тому времени он уже набрался от Ленина иррациональной классовой ненависти и демагогической сноровки, потребности в уничтожении всякой индивидуальности и неутолимой жажды вернуть сложившуюся цивилизацию к первобытному ординару.

В июле 1918 года Ленин предложил ему сформировать центральное управление российской медицинской. Год назад Временное правительство уже запланировало создание Министерства народного здоровья для целенаправленного руководства всем лечебным делом в стране. Однако Семашко полагал, что понятие “народное здоровье” слишком расплывчато и вообще “подлечивать” население не обязательно; гораздо важнее предупреждать заболевания и несчастные случаи в быту и на производстве. Он знал, например, что в сырой воде содержатся микробы, вызывающие желудочно-кишечные расстройства, а публичные дома представляют собой рассадник венерических заболеваний. Необходимо было поэтому внедрять в сознание населения гигиенические правила (например, перед едой мыть руки с мылом, а воду для питья кипятить); с проституцией же надо было бороться безжалостно, привлекая на помощь, прежде всего, сотрудников рабоче-крестьянской милиции.

Для реализации столь обширных профилактических задач необходимо было образование народного комиссариата по охране здоровья трудящихся. Сам ли Семашко выдумал термин “здравоохранение” или кто-то ему подсказал, несущественно. В любом случае такое определение сближало по звучанию проектируемую советскую медицину с другими защитными государственными структурами — от ведомства по охране общественного порядка до органов государственной безопасности. Согласно постановлению Совнаркома РСФСР, принятому 11 июля и опубликованному 21 июля 1918 года, среди множества комитетов, комиссий и подкомиссий, продолжавших плодиться после октябрьского переворота, возник и Наркомат здравоохранения (Наркомздрав). Вот теперь возглавивший Наркомздрав Семашко открыл, наконец, свое истинное призвание — он оказался прирожденным охранником.

На посту

В первой половине 1921 года на советскую республику обрушилось страшное бедствие: массовый голод захватил не менее 35 губерний с населением 35 – 40 миллионов человек.³ Достаточно информированные партийные чиновники высказывали предположение, что тотальный голод способен погубить не менее 20 миллионов человек. Невероятная гуманитарная катастрофа вынудила большевиков допустить в страну зарубежные организации помощи и дозволить некогда видным общественным деятелям Рос-

сийской империи учредить Всероссийский Комитет помощи голодающим.

По обобщенным данным председателя ВЦИК М. И. Калинина, американская администрация помощи — American Relief Administration, сокращенно ARA (ARA) — во главе с будущим президентом США Г. Гувером спасла от голодной смерти 10,4 миллиона советских людей. Сформированная норвежским полярным исследователем Ф. Нансеном организация, объединявшая добровольные общества Красного Креста девяти европейских государств, уберегла от неминуемой смерти 1,5 миллиона человек. Еще 220 тысяч голодавших выжили благодаря активной поддержке тред-юнионов, меннонитов, Католической миссии и ряда других организаций.⁴ Членов же Всероссийского Комитета помощи голодающим арестовали, по распоряжению Ленина, 27 августа 1921 года.

За два года (1921 – 1922) “голодной кампании” разбушевавшиеся эпидемии (сыпной, возвратной и брюшной тифы, холера и оспа) унесли жизни свыше 500 тысяч советских подданных. Но только в результате первого советского голодомора, спровоцированного, главным образом, принудительным изъятием у крестьян сельскохозяйственной продукции (продразверсткой), скончались, по исчислениям Наркомздрава и Центрального статистического управления, свыше пяти миллионов человек — от 5 053 000 до 5 200 000 советских граждан.⁵ Общее число погибших от массового голода втрое превысило величину безвозвратных потерь за все время Первой мировой войны.

Лишь от растерянности, вызванной продолжавшимся голодом, в мае 1922 года большевики разрешили проведение в Москве 2-го Всероссийского съезда врачебных секций и секции врачей Всемедикосантруда (Всероссийского профсоюза работников медико-санитарного труда). Присутствуя на заседаниях съезда, Семашко услышал осторожную критику в адрес Наркомздрава — монополиста советской медицины.

В докладах делегатов прозвучали напоминания о высокой эффективности прежней, земской и нередко страховой медицины, сообщения о невыносимом материальном положении медицинского персонала и о привычной эксплуатации врачебного труда (в сочетании с произволом медицинского руководства) и, наконец, требования отмены унижительной и совершенно нелепой трудовой повинности. Описание чудовищного голода в стране нарком пропустил мимо ушей. Получив слово, Семашко призвал собравшихся “не обращать слишком много внимания на мелочи”, высказался о нецелесообразности страховой медицины и заверил присутствовавших на заседании в том, что “работы съезда являются ценным материалом для деятельности Наркомздрава”.⁶

Об итогах врачебного съезда главный начальник советской медицины мучительно размышлял шесть дней напролет. На седьмой день его осенило: участ-

ники съезда возжелали демократии, а в связи с этим затеяли поход против советской власти. Вот теперь Семашко осознал, что ему надлежит предпринять. Как отмечалось в циркулярном письме ЦК РКП(б) от февраля 1920 года, каждый коммунист обязан доставлять Особому отделу ВЧК сведения о подозрительных лицах и общем настроении учреждения, в котором он служит.⁷ Строго соблюдая инструкцию ЦК РКП(б), 21 мая 1922 года Семашко написал в Политбюро донос на делегатов врачебного съезда, выделив среди них (в качестве самых зловредных) членов наиболее популярного в стране врачебного объединения — Общества русских врачей имени Н. И. Пирогова, или просто Пироговского общества.⁸

Ябеда вождя советского здравоохранения на его же вассалов прозвучала для вождя мирового пролетариата как сигнал к атаке на инакомыслящих. Ленин давно уже обдумывал идею массового изгнания строптивой интеллигенции в западные государства, но только после навета Семашко пришел к выводу о недопустимости дальнейшего промедления с депортацией полуоткрытых и тщательно замаскированных противников его диктатуры. На обороте доноса главного начальника советской медицины Ленин настроил: *“Т. Сталину. Я думаю, надо строго секретно (не размножая) показать это т. Дзержинскому и всем членам Политбюро и вынести директиву: поручается Дзержинскому (ГПУ) при помощи Семашко выработать план мер и доложить Политбюро...”*⁹ Так Семашко выступил фактически в качестве одного из застрельщиков уникальной полицейской операции, получившей позднее броское наименование “Философский пароход”.

Исполняя повеление вождя мирового пролетариата, Дзержинский поручил лучшему фальсификатору карательного ведомства, особоуполномоченному ГПУ Агранову срочно изготовить две докладные записки. Первую из них, предназначенную для Политбюро, “Об антисоветских группировках среди интеллигенции”, Агранов завершил 1 июня 1922 года, а вторую, для Президиума ГПУ “О 2-м Всероссийском съезде врачебных секций и секции врачей Всеобщего медицинского труда”, — 5 июня того же года. Обнаружив стремление делегатов съезда “эмансипироваться от Советской власти и рабочего профобъединения и сложиться в самостоятельную организацию, противостоящую Советской власти”, Агранов предложил принять следующие безотлагательные меры: “ликвидировать Общество русских врачей имени Пирогова как незарегистрированное и, следовательно, нелегальное”, закрыть журнал этого Общества, арестовать его членов и выслать их в дремучую и голодающую провинцию.¹⁰

Охранительные соображения Агранова советские вожди восприняли с чувством глубокого удовлетворения. Уже 8 июня 1922 года Политбюро распорядилось о незамедлительном аресте “некоторого числа

врачей”, а 22 июня возложило на заместителя председателя ГПУ Уншлихта обязанность в трехдневный срок “разбить список подлежащих высылке врачей на три группы: 1. для ареста и немедленной высылки этапным порядком; 2. для ареста и ведения следствия о распространении нелегальной литературы; 3. для ареста и высылки этапным порядком с предоставлением недельного срока для ликвидации своих дел”.¹¹

Полицейская операция “Врачи”, возбужденная наркомом здравоохранения, началась 28 июня и продолжалась с различными интервалами до середины августа 1922 года. По далеко не полной информации, опубликованной в начале XXI века, за этот промежуток времени в поле зрения чекистов очутились свыше 60 представителей самой гуманной (как выражались в те годы) профессии. Трех ученых (физиолога Б. П. Бабкина, патологоанатома Д. Д. Крылова и психиатра Г. Я. Трошина) выпроводили в насильственную эмиграцию; 27 докторов отправили по этапу в северные или восточные местности, разрешив им трудиться там по специальности; заниматься полезной для государства практической и даже научной деятельностью на прежнем месте жительства позволили 31 врачу.¹²

В конце декабря 1929 года, в период сталинской революции сверху, нареченной “Великим переломом”, Семашко, к немалому его огорчению, вынудили освободить уютное кресло главного начальника советского здравоохранения. Отныне, как писали его биографы, перед ним открылась возможность целиком сосредоточиться на “педагогической и научной работе” в 1-м Московском медицинском институте — на посту заведующего кафедрой социальной гигиены, профессором которой он успел назначить себя еще в 1921 году. Своим преемником Семашко оставил в наследство окаменевшую в классовой ненависти структуру Наркомздрава и такой существенный рычаг управления медицинскими кадрами, как стабильная система доносительства, сохранившаяся на протяжении последующих десятков лет.

Скандалная публикация

В первой половине февраля 1932 года кто-то (может быть старинный знакомый Семашко или его сотрудник на кафедре социальной гигиены, не в меру старательный цензор или просто бдительный коммунист) попросил бывшего наркома здравоохранения прочитать несколько абзацев статьи, напечатанной в третьем номере “Журнала невропатологии и психиатрии” за 1931 год под заголовком “Случай комбинации симптоматической эпилепсии и шизофренического процесса”. Автор этой публикации С. М. Куньянская в 1928 году окончила медицинский факультет 1-го МГУ и занимала должность ординатора в клиническом отделении (заведующей Т. А. Гейер) Государственного невропсихиатрического института профи-

лактики (директор Л. М. Розенштейн). В своей работе она описала клиническое и психическое состояние наблюдавшейся ею душевнобольной, в бредовых построениях которой присутствовал Семашко:

Психический статус

Больная ориентирована в месте, времени и окружающей обстановке. Душевнобольной себя не считает. Говорит, что в раннем детстве у нее был прогрессирующий паралич, не связанный с микробным сифилисом, “просто в организме происходил какой-то, может быть биологический процесс”, говорит она. Считает неверным данные матерью сведения, будто бы у нее припадки начались с 5-месячного возраста. “Это им казалось”. Говорит, что с 7-летнего возраста страдает эпилепсией. Вследствие долгого лежания у нее развился общий склероз, захвативший и спинной мозг. Недавно у нее начался шизофренический процесс. Она в этом уверена, в мозгу у нее появились 4 новые клетки, расположенные в разных местах: две спереди, две сзади. <...>

В 1927 году она написала письмо Крыленко с просьбой обратить внимание и принять соответствующие меры по отношению к мерзавцам, преследующим эпилептиков вообще и ее в частности.

В Киеве ее преследовал врач, он на расстоянии брал ее мысли и передавал их в Киевский исторический музей. Передавал он их туда наверное в печатном виде, точно она не знает. То, что врач действительно брал ее мысли на расстоянии, подтвердилось на факте. Так например она думала конструировать физический автомат “для влияния на людей” (не желала больше говорить об этом), врач ее мысли передал в музей, а этим воспользовался известный физик Иоффе, выдав этот аппарат за свое изобретение. По приезду в Москву (в 1925 году) ее стал преследовать Семашко. Она ясно слышала, чувствовала и даже видела, что он сидит в соседней комнате и наблюдает за ней. Делал он это потому, что доставлял себе этим удовольствие, добиваясь определенной цели, но она не сдалась ему. Какова цель преследования Семашко, установить не удается. <...>

Исходя из того, что советская власть дала права всем угнетенным, дала большие права беднякам в деревне и другим, она должна то же проделать и в отношении эпилептиков, их-то власть обошла.

Ввиду того, что эпилептиков много, они имеют полное право предъявить свои требования, власть и обязана обратить на них внимание. Поэтому больная решила написать обо всем Крыленко, он обязан принять соответствующие меры.

Но министрам, как видно, это не понравилось, поэтому Крыленко арестовал ее, “поживем — увидим, чем все это кончится”. Спрашивает врача, известно ли ему, когда ее освободят из-под ареста.

Говорит, что в больнице наблюдают за нею, читают ее мысли, “не все ли равно кто — Семашко, другой мерзавец или больничные врачи”. На замечание, что вместо Семашко назначен другой нарком, ответила: “не все ли равно, не этот мерзавец, так другой — лица роли не играют”.¹³

Пролистав малопонятную, но, безусловно, одиозную, с точки зрения правоверного большевика, статью, Семашко рассвирепел. Не постигая различий между бредом душевнобольной и “злостной антисоветской агитацией”, он обратился к члену Политбюро и одновременно секретарю ЦК ВКП(б) Л. М. Кагановичу с кратким, но эмоционально насыщенным доносом на медицинский журнал:

Дорогой Лазарь Моисеевич!

Посылаю Вам №3 Журнала Невропатологии как образец того, до какой неряшливости у нас доходят писания и редактирования. Не знаешь, где кончается головотяпство и где начинается злостная антисоветская агитация. Ведь этот журнал читает масса беспартийных врачей, он расходится по буржуазным странам. Какие узоры на этой канве распишут белогвардейцы!

С коммунистическим приветом, Н. Семашко.¹⁴

Матерый партийный администратор Каганович сразу отпасовал донос верного соратника нижестоящим инстанциям с обыкновенным указанием: разобратся и доложить. Первым откликнулся начальник Главлита Б. М. Волин (Фрадкин):

Приказ №65

По Главному Управлению по Делах Литературы и Издательств (ГЛАВЛИТ)

19 февраля 1932 г. Москва

За пропуск в журнале “Невропатология и психиатрия” №3 1931 года статьи Кунявской “Случай комбинации симптоматической эпилепсии и шизофренического процесса” (бред сумасшедшей о товарище Семашко и других наркомках) политредактором Главлита при Медгизе, члену ВКП(б), т. Гладштейну объявить строгий выговор, немедленно снять с работы и просить ячейку ВКП(б), в которой он состоит обсудить о нем вопрос. Зам[естителю] Уполномоченного Главлита т. Морозову поставить на вид за то, что он по возвращении из отпуска не проверил работу, сделанную в его отсутствие тов. Гладштейном.

Начальник Главлита Б. Волин.¹⁵

Надо полагать, что партийное руководство заинтересовала возможность преобразования бреда душевнобольной в предмет агитации и пропаганды. Иначе трудно было бы объяснить, почему вслед за главным цензором донос Семашко рассмотрел на своем очередном заседании Секретариат ЦК ВКП(б):

Выписка из протокола №96/53-с заседания Секретариата ЦК ВКП(б)

22 февраля 1932 года

Слушали: О помещении в №3 журнала “Невропатология и психиатрия” за 1931 год антисоветской статьи т. Кунявской.

Постановили:

а) Исключить из партии автора статьи т. Кунявскую.

б) Поставить на вид бывшему ответственному редактору журнала “Невропатология и психиатрия” т. Сеппу за помещение работы т. Кунявской без личного ознакомления со статьей.

в) Объявить выговор тов. Внукову — бывшему заместителю редактора журнала (ныне ответственный редактор) и т. Пропперу — бывшему ответственному секретарю журнала (ныне заместителю ответственного редактора), сняв их с работы в журнале.

г) Указать членам редколлегии т.т. Новинскому, Александровскому, Сапиру, Розенштейн, Евпловой и Розенцвейгу на недопустимость формального отношения к обязанностям членов редколлегии журнала.

д) Поручить Культпропу ЦК утвердить новый состав редакции журнала “Невропатология и психиатрия”.

е) Обязать Главлит наложить взыскание на сотрудников Главлита, виновных в пропуске в печать статьи Кунявской.

Секретарь ЦК [Постышев]¹⁶

Итоги административного дела о злополучной журнальной публикации подвел влиятельный сотрудник отдела культуры и пропаганды (Культпропа) ЦК ВКП(б) Я. С. Хавинсон — партийный литератор, выступавший в печати под псевдонимом Маринин, в последующем руководитель ТАСС, а затем член редколлегии и заведующий иностранным отделом в газете “Правда”:

26 мая 1932 года

СЕКРЕТНО

Секретарю ЦК тов. Кагановичу

По поводу статьи Кунявской “Случай комбинации симптоматической эпилепсии и шизофренического процесса” выясняется следующее:

1. Автор статьи — член ВКП(б) с 1930 года (с 1921 года была в ВЛКСМ).

Вопрос, которому посвящена статья являлся предметом обсуждения на конференции клинического отделения, а затем на общеинститутской конференции Института невропсихиатрической Профилактики Наркомздрава.

2. Ответственный редактор журнала (в 1931 году) профессор Сепп, кандидат в члены ВКП(б), сообщил, что он статьи не читал.

3. Ответственный секретарь журнала т. Проппер, член ВКП(б) — слушатель Естественного Отделения Института Красной Профессуры, сообщил, что, хотя он и подписывал журнал к печати, однако данной статьи в части, посвященной описанию истории болезни, не читал, а ограничился прочтением выводов из статьи.

Верстку журнала, по сообщению т. Проппера, просматривал он и член редколлегии т. Александровский, член ВКП(б), слушатель Естественного Отделения Института Красной Профессуры, причем т. Проппер сообщает, что опять-таки указанная статья как “казуистическая”, т.е. описывающая конкретный случай, не просматривалась.



4. В делах редакции имеется следующий отзыв на статью Кунявской т. Внукова, заместителя редактора журнала, члена ВКП(б), в настоящее время ответственного редактора: “Казуистический интересный материал; сделан убедительно. Следует пускать, так как все такие случаи позволяют более строго в дальнейшем поставить одну из важнейших проблем органической шизофрении”. Тов. Внуков в своем заявлении указывает, что он не читал той части статьи, в которой дается описание “казуса”, а ограничился ознакомлением с выводами.

5. Члены редколлегии: т.т. Новинский, член ВКП(б), заместитель директора Института Красной Профессуры, т. Сапир, член ВКП(б), ассистент клиники нервных болезней, сообщили, что с указанной статьей они не знакомы и что с журналом вообще они знакомятся после выхода его из печати.

6. В целях проверки содержания всего журнала, а также ряда изданий по психиатрии, в которых, по сообщению т. Проппера, обычно подобные “описания” различных видов бредовых состояний — создана бригада, которая в декадный срок представит материалы.

ЗАВЕДУЮЩИЙ ЖУРНАЛЬНЫМ СЕКТОРОМ
КУЛЬТПРОПА ЦК ВКП(б) ХАВИНСОН¹⁷

Как сложилась судьба психиатра Кунявской, неизвестно; по непроверенным сведениям, в 1950-х годах

она работала врачом в Ярославле. Семашко же возвели в сан “выдающегося ученого”. Его утвердили в должности главного редактора первого издания Большой медицинской энциклопедии и директора Института организации здравоохранения, медицинской статистики и социальной гигиены. Более того, его назначили действительным членом Академии медицинских наук СССР (1944) и Академии педагогических наук РСФСР (1945).

С годами он погрузел, но боевого задора не утратил и в 1947 году вошел в состав так называемого Суда чести, организованного секретарем ЦК ВКП(б) А. А. Ждановым для устрашения творчески одаренных советских граждан. Теперь Семашко не надо было сочинять доносы — он произносил погромные речи, обличая профессоров Н. С. Клюеву, Г. И. Роскина и В. Д. Чаклина “в антипатриотических поступках”. Не исключено, что ему хотелось увековечить себя в образе пламенного трибуна, но в истории он застрял, в первую очередь, как охранник, случайно запустивший феноменальную полицейскую операцию “Философский пароход”.

Примечания

1. Семашко Николай Александрович (авторизованная биография). Деятели СССР и революционного движения России. Энциклопедический словарь Гранат. Репринтное издание. М., 1989. С. 660 – 662.

2. Дан Ф. Письма. Амстердам, 1985. С. 236.

3. Красная Новь. 1922. № 2. С. 321 – 331; Экономическая жизнь. 02.04.1922.

4. Калинин М. И. Итоги голодной кампании. В кн.: Итоги последгол. М., 1923. С. 5 – 25; Он же. За эти годы. Л., 1926. Кн. 1. С. 205.

5. Отчетный доклад Народного комиссариата здравоохранения III сессии ВЦИК X созыва. М., 1923. С. 1 – 7; В кн.: Пять лет советской медицины. М., 1923. С. 41; Народное хозяйство России за 1921 – 1922 гг. Статистико-экономический ежегодник. М., 1923. С. XIII.

6. Врачебная газета. 1922. №5 – 6. С. 152 – 156.

7. РГАСПИ. Ф. 17. Оп. 84. Д. 114. Л. 4об. Незаверенная машинописная копия.

8. РГАСПИ. Ф. 2. Оп. 1. Д. 23224. Подлинник. Рукопись. Подпись Ленина — автограф.

9. Ленин В. И. Полн. собр. соч. Т. 54. С. 270.

10. В кн.: Высылка вместо расстрела. Депортация интеллигенции в документах ВЧК-ГПУ, 1921 – 1923. М., 2005. С. 78 – 81.

11. РГАСПИ. Ф. 17. Оп. 3. Д. 296. Л. 1 – 3, 7. Подлинник. Рассылочный экземпляр.

12. Главацкий М. Е. “Философский пароход”: год 1922-й. Екатеринбург, 2002. С. 196 – 197; Отечественные архивы. 2003. № 1. С. 65 – 96; Вопросы философии. 2007. № 7. С. 113 – 137.

13. Журнал невропатологии и психиатрии. 1931. №3. С. 70 – 74.

14. РГАСПИ. Ф. 17. Оп. 114. Д. 282. Л. 159. Подлинник. Машинописный текст на личном бланке Н. А. Семашко. Подпись — автограф.

15. РГАСПИ. Ф. 17. Оп. 114. Д. 282. Л. 160. Подлинник. Машинопись. Подпись — автограф.

16. РГАСПИ. Ф. 17. Оп. 114. Д. 282. Л. 156. Незаверенная машинописная копия.

17. РГАСПИ. Ф. 17. Оп. 114. Д. 282. Л. 157 – 158. Подлинник. Машинопись. Подпись — автограф.

Второй ВОЗ'овский конгресс по психическому здоровью в Москве, как охраняемая потемкинская деревня, и WPA

Как и первый (2016 г.), второй Конгресс по психическому здоровью под эгидой ВОЗ осенью 2018 г. ознаменовался широковещательно и блестяще организованным фасадом с участием руководящих фигур WPA и недопущением на них президента НПА России во избежание малейшей критической информации о реальном положении вещей и личных контактов.

Если один из прежних президентов WPA Хуан Мезич ставил условием своего участия выступления д-ра Ю. Савенко и его почётное место в президиуме, что в наших условиях имеет важное символическое значение, то сейчас, когда курс российского руководства всем ясен, но мастерское блефование продолжается, руководство WPA разуверилось в каком-либо вмешательстве и предпочитает роль наблюдателя. Даже в намного более мягкие времена конференции с участием Мезича д-ру Савенко отключали синхронный перевод его приветственного выступления, которое он накануне лично передал. Трагикомично, когда выделяемых средств хватает только на роскошный фасад.

Но на этот раз на Конгрессе должна была состояться встреча руководителей психиатрических обществ 10-й зоны WPA, куда входят Беларусь, Россия

и Украина, Азербайджан, Армения и Грузия и страны Средней Азии. Выбранный недавно после Петра Морозова на безальтернативной основе представитель Беларуси д-р О. А. Скугаревский оповестил всех, кроме нас, об этом, и что нужно сделать, чтобы зарегистрироваться. Мы узнали об этом совершенно случайно за 10 дней до открытия Конгресса, как и то, что он не пригласил НПА на зональную встречу в Казахстане в июне этого года. Мы тотчас послали свои данные для регистрации, но так и не были зарегистрированы. На просьбу посодействовать в этом, Сурагерский ответил, что сам гость и не может оказывать давление на организаторов. “К тому же, многие президенты не смогут приехать, на встрече не будет кворума, и она скорее всего не состоится”. Однако встреча президентов все же состоялась, хотя Петр Морозов уверяет в обратном. Все, кто приехал, были зарегистрированы без регистрационного взноса в 20 тыс. рублей. Как говорится, комментарии излишни.

Кто же организатор этих грандиозных конгрессов? Буквально несколько человек, сотрудников Центра им. В. П. Сербского, назвавших себя “Союзом охраны психического здоровья”.

Второе дело Юрия Дмитриева: усилия силовиков очернить первооткрывателя массовых расстрелов

Нам пишут из Петрозаводска: мобилизация местных прокуратуры и следствия привели к отказу от участия в этом деле большинства свидетелей, зависящих от местной власти. Раздосадованные провалом попытки обвинить Юрия Дмитриева в детской порнографии, не поддержанной судебно-психиатрической экспертизой Центра им. В. П. Сербского, — уж не за это ли этому знаменитому учреждению сократили половину экспертов, хотя и раньше они работали с перегрузкой, — петрозаводские силовики разработали

тщательно продуманный сценарий, используя бабушку приемной дочери Дмитриева, которая в свое время сдала девочку в детский дом, а теперь заинтересована в ней материально, забрав к себе, изолировав от приемного отца и настраивая против него, обвиняя в развратных действиях. Со времени начала судебного преследования Дмитриева прошло несколько лет, девочка вступила в другой возраст и говорит не то, что прежде, а совершенно другое, явно внушённое... Теперь дело за детскими психологами и психiatрами.

Презентация “Тюремных записок” Сергея Григорьянца и проблема протестных голодовок

Сергей Григорьянц — крупная, особняком стоящая фигура правозащитного движения, от попыток организации трибунала по Чечне до осуществления серии конференций “КГБ: вчера, сегодня, завтра”, основатель организации и журнала “Гласность”, самый “злой”, жесткий правозащитник. В ноябре в Сахаровском центре, Третьяковской галерее и на Non fiction прошли очень содержательные презентации двух томов трилогии его мемуаров: “В преддверии судьбы. Сопровождение интеллигенции” и “Тюремные записки”. Последний написан на основе трех тюремных сроков, в общей сложности 9 лет, с грандиозной географией тюрем, пересылок и лагерей, общения с такими выдающимися сидельцами как Анатолий Марченко и Анатолий Корягин, и истории трех грандиозных голодовок, одна из которых длилась 100 дней. Поразительная память, запечатлевшая остро аналитическую фиксацию мира тюрьмы с ее обоюдно строжайшими писанными и неписанными законами и обычаями, непростое искусство выживания в ней такого дезорганизатора, каким был там для администрации Сергей Григорьянц, рассказываются очень спокойно, что усиливает драматизм происшедшего.

Что мы знаем о голоде? Он связан с диаметрально противоположным поведением: от нередкого каннибализма до покорной гибели, от формы наказания до формы протеста, от способа убийства, как в трех Голодоморах, до способа лечения. Смысл голодания задается широким контекстом жизненной ситуации и

собственной установки. Поэтому голодовки протеста — это демонстрация всем нам поразительных возможностей силы духа. За это переводили в карцер, которым можно было уморить насмерть. А начиная с правления Ю. Андропова, режим содержания постоянно ужесточался при росте внешнего благообразия. “КГБ — преступная организация, бесконечно более страшная по результатам своей деятельности чем гестапо”, — пишет автор с глубоким знанием дела.

Книга на редкость информативна, она и о человеческом разнообразии даже среди охранников, благодаря чему Григорьянц остался жив, о мужестве своих друзей, ставших для всех примером, об Анатолии Марченко — простом сибирском рабочем, “одном из самых замечательных и героических людей в русской истории”, единственном не интеллигенте в русском диссидентском движении не по недостатку образования, а по реальной почвенности своей натуры, подлинному пониманию природы и способов мышления народа...”. Это опровергает распространенное мнение о беспочвенности русской интеллигенции. Смерть Анатолия Марченко из-за “демонстративного и преступного отказа во врачебной помощи” в Чистопольской тюрьме в ходе длительной голодовки с требованием освобождения всех политических заключенных, подвигла тогдашнее советское руководство выполнить это требование, в отличие от действий нынешней власти в отношении Олега Сенцова.

Свободная критика — профилактика деградации

“Как по уму реформировать науку и образование, если к тому появятся условия и воля?”. Дискуссию по этой проблеме спустя год возобновил главный редактор газеты ученых и научных журналистов “Троицкий вариант — Наука” Борис Штерн (ТрВ — Наука, № 239 от 10.10.2017; № 266 от 06.11.2018). Приводим лишь перечень некоторых идей.

- Надо развивать институт репутации в науке.
- Субъектом управления должен выступать не институт, а рабочая группа.
- Необходимо снятие любых препон с самоорганизации и ее поощрение.
- Вернуть международные научные и образовательные фонды, отменив закон об инагентах.
- Ликвидировать 90 % секретных статей бюджета — кормушки коррупционеров.
- Ввести в школьные и вузовские программы “Критическое мышление и современная лженаука” и

“Основы этики и светского гуманизма” вместо предметов религиозного содержания

- Закрывать любой НИИ, в котором нет ни одного научного семинара 4 – 6 раз в году. И т.д.

В том же выпуске “Троицкого варианта” опубликован Итоговый документ международной научно-практической конференции в РГГУ “Проблемы качества научных работ и академический плагиат” (26.09.2018) с комментариями основоположника Диссернета Андрея Заякина. В нем (как и в выступлении председателя Комиссии РАН по противодействию фальсификациям научных исследований акад. В. Васильева) разоблачаются ухищрения лобби покровителей фальшивых диссертаций, которые были выражены в Резолюции российского гуманитарного форума 7–8 февраля 2018 г., разосланной с официальным письмом главного ученого секретаря ВАК Игоря Мацкевича. Эти идеи активно продвигал известный

диссеродел председатель Российского профессорского собрания проф. Владислав Гриб. — Таков грандиозный масштаб недобросовестности в современной отечественной науке. Авгиевы конюшни медицинских и психиатрических научных работ и диссертаций не исключение.

В преамбуле Итогового документа говорится, что “фальсификация научных исследований, производство фальшивых диссертаций и публикация научных статей, содержащих плагиат, в России приняли угрожающие размеры, разрушая национальную систему академической аттестации и дискредитируя российскую научную периодику. С 2013 г. выявлено около 8 тысяч диссертаций и 3 тысячи научных статей с плагиатом, вскрыты “диссероделные фабрики” — диссертационные советы, на счету которых по нескольку сотен фальшивых диссертаций, найдены “му-

сорные журналы”, опубликовавшие десятки статей с плагиатом.

Плагиат в науке отличается от плагиата в литературе и искусстве, и для его осмысления требуется ввести новое понятие академического плагиата, его совершают... для повышения статуса в научном сообществе... Его аналогом является не кража, в подлог... Его общественный вред ... — в подрыве института научной репутации... специфическая форма академической коррупции... Нуждается также в публичном обсуждении практика применения наукометрических оценок труда ученых...

За последние годы удалось выявить и лишить ученых степеней значительное число лиц (около двухсот), закрыть некоторые диссертационные советы, ... отозвать из научных журналов большое количество статей (около ста), содержащих плагиат...”.

Ограниченная дееспособность на практике

7 декабря 2018 г. в московском психоневрологическом интернате № 22 состоялся семинар по повышению правового статуса лиц, проживающих в ПНИ. На семинаре присутствовали сотрудники интерната, представители НКО, работающих в сфере психического здоровья, юристы и адвокаты, защищающие права людей с психическими расстройствами.

Семинар был организован руководством ПНИ № 22 в сотрудничестве с неправительственными организациями, его инициатором выступила Мария Евгеньевна Сиснева, клинический психолог, инициатор движения “СТОП ПНИ”. Это первый семинар, организованный таким образом, и директор ПНИ Антон Александрович Ключев выразил надежду, что в дальнейшем такие семинары будут продолжаться.

Основным докладчиком на семинаре была Ольга Алексеевна Русаковская, психолог-психиатр, старший научный сотрудник Федерального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского, доцент кафедры клинической и судебной психологии МГППУ, которая вот уже несколько лет занимается вопросами ограниченной дееспособности. Прошло пять лет с введения этой правовой категории и начала проведения экспертиз по таким делам. Что же мы имеем к сегодняшнему дню?

К сожалению, следует признать, что пока эта правовая категория используется не слишком часто, в значительной мере из-за неудачности самой формулировки — “может понимать значение своих действий и руководить ими **лишь при помощи других лиц**”. Эксперты пока не решили, как определять эту “способность понимать ... лишь при помощи других лиц”. Как, например, определить, может ли подэкспертный

принимать помощь? Хочет ли он принимать помощь? И, наконец, кто эти другие лица? Все это требует особых подходов, и именно поэтому многие сторонники введения категории ограниченной дееспособности настаивали на том, что экспертизы по таким делам обязательно должны быть комплексными психолого-психиатрическими.

Поскольку судебная практика пока не отработана, и суды часто не знают, как правильно сформулировать вопрос, если речь идет об ограниченной дееспособности, эксперты отвечают так, как считают нужным, имея в виду как недееспособность, так и ограниченную дееспособность. Из 32 тысяч судебных психиатрических и комплексных психолого-психиатрических экспертиз, проведенных за предшествующий год по стране по делам о дееспособности/недееспособности, в 30 689 случаях эксперты пришли к выводу, что подэкспертный не может понимать значение своих действий и руководить ими, в 997 случаях — может и лишь в 422 случаях был сделан вывод о том, что подэкспертный может понимать значение своих действий и руководить ими лишь при помощи других лиц. Таким образом, ограниченно дееспособными были признаны лишь 1,3 % лиц, по поводу которых рассматривались судебные дела об их правовом статусе. В 26 регионах страны не было ни одного случая признания человека с психическими расстройствами ограниченно дееспособным, в 29 (в том числе в Москве и СПб) — единичные, и лишь в 14 регионах страны (в частности, в Ярославской и Ленинградской областях) эта правовая категория активно используется.

В 2017 г. проф. Н. К. Харитоновна с соавторами подготовила Информационное письмо об оценке ог-

раниченной дееспособности, которое было разослано по всем экспертным учреждениям страны и которым пока руководствуются судебно-психиатрические и судебно-психологические эксперты. В письме предлагается для решения вопроса об ограниченной дееспособности оценивать, прежде всего, способность человека к осознанному принятию решения или реализации принятого решения при совершении крупных имущественных сделок. Если такая способность нарушена при сохранении способности к самообслуживанию, самостоятельному проживанию и некоторым другим навыкам социального функционирования, то рекомендуется ставить вопрос об ограничении дееспособности. Таким образом, сейчас, спустя 5 лет, мы приходим к той формулировке, которую предлагали в самом начале при обсуждении ограниченной дееспособности. Дело в том, что именно опасения родственников относительно возможности совершения каких-либо сделок с имуществом, возможности взять кредит, подарить или бездумно потратить большую сумму денег, обычно становились причиной того, что они обращались в суд с заявлением о признании лица недееспособным.

Среди клинико-психологических характеристик, на которые обращают внимание эксперты, был назван широкий спектр от способности к элементарному самообслуживанию и приготовлению пищи до оплаты счетов, представления о собственном финансовом положении и даже понимание финансовых понятий. Последнее вызвало бурную реакцию присутствовавших в зале юристов. Кто должен оценивать юридически значимые способности, финансовую грамотность, юридические последствия сделки? — С их точки зрения — это задача не экспертов-психиатров и психологов, а суда. Юристы также возражали против запрета на использование диктофона во время экспертизы, поскольку это препятствует объективизации в суде самой экспертной ситуации и оспариванию экспертных выводов. Выяснилось, что в Центре им. В. П. Сербского гражданин, поступая на судебно-психиатрическую экспертизу по гражданскому делу, дает добровольное информированное согласие на проведение

исследования и одновременно подписывает согласие на отказ от проведения аудиозаписи. Это внутреннее решение Центра, которое является незаконным, однако оно действует уже в течение нескольких лет и обойти его невозможно: если человек отказывается подписать такое согласие, его не принимают на экспертизу. На вопрос адвокатов, как же тогда можно определить, что именно происходило на экспертизе, сотрудники Центра Сербского ответили, что они не препятствуют присутствию адвоката.

Вторым был доклад адвоката, специализирующегося на защите прав людей с психическими расстройствами и в частности на делах о дееспособности/недееспособности, Юрия Львовича Ершова. Он напомнил присутствующим о том, что признание человека недееспособным — это мера защиты, и выступил с утверждением, что большая часть людей, считающихся в настоящее время недееспособными, может быть переведена в статус ограниченно дееспособных без какого-то ущерба для их безопасности. Он предложил два пути для повышения правового статуса людей с психическими расстройствами: первый — через отмену прежнего решения суда о признании гражданина недееспособным, в случае, если были процессуальные нарушения, второй — через подачу заявления о восстановлении дееспособности или признании ограниченно дееспособным. Он привел конкретные примеры успешных решений этого вопроса из своей судебной практики и вдохновил присутствующих на соответствующие действия. Для лиц, проживающих в ПНИ (в некоторых из которых процент недееспособных достигает 80 %), вопрос о повышении правового статуса является очень актуальным, поскольку это дает больше свободы в реализации своих прав и взаимоотношениях с администрацией, повышает самоуважение и открывает новые возможности обучения, трудоустройства и даже самостоятельного проживания. К сожалению, руководство интернатов обычно не способствует повышению правового статуса своих подопечных, им удобнее иметь дело с недееспособными.

Тристан Тцара

Тристан Тцара (Tristan Tzara, 1896 – 1963) — псевдоним французского поэта румынского происхождения Самуэля Розенштока, основоположника дадаизма, художественного направления, которое, наряду с экспрессионизмом, породила Первая мировая война, как чудовищная бессмыслица. Это был бунт против культуры, которая сделала возможной войну, и против ценностей, ради которых она велась.

В 2015 г. он из Бухареста, где основал два поэтических журнала, переезжает в Цюрих и в 1916 г. основал журнал “Дада”, где публиковал разрушительные манифесты, стремясь разрушить язык, уподобляя его разрушениям войны. Французское слово “дада” означает детскую деревянную лошадку. Но не только детский лепет, а также негритянский фольклор, записанный буквально (“норунда нбабаба нерунда тата нбабаба”) и совершенно случайный набор слов... В 1917 г. открывает “Галерею дада”, где открылась первая выставка “Sturm” с работами Василия Кандинского, Пауля Клее, Оскара Кокошки и др. “Мы были, — пишет Тцара, — решительно против войны, не попадаясь, однако, на дешевые уловки утопического пацифизма. Мы знали, что войны не отменить, если не вырвать ее корней... Все проявления этой, именуемой современной, цивилизации были нам омерзительны — самые ее устои, ее логика, ее язык. И вот возмущение принимало такие формы, в которых гротескное и абсурдное безусловно брало верх над эстетическими ценностями. Это была реакция на претенциозное безвкусие, заполнившее все области искусства и отражавшее могущество буржуазии в его гнуснейшем обличии”. С 1920 г. он в Париже, где сближается с Анре Бретоном, будущим основоположником сюрреализма. Дадаизм просуществовал недолго (1916 – 1923) и вскоре был вытеснен сюрреализмом Андре Бретона, который уже имел определенную позитивную программу. Переломным для Тцары была война в Испании. В годы Второй мировой войны он во французском Сопротивлении, после войны вступает во французскую компартию и выходит из нее в связи с венгерскими событиями. В 1938 – 1943 гг. он пишет поэму “Лицо наизнанку”, опубликованную в 1953 г.

Симптоматично сближение переводчиком и комментатором поэмы “Лицо наизнанку” Н. Л. Сухачевым, исходя из ее названия, двух полярных по стилю творчества и личности поэтов: Рильке и еще недавно абсурдиста Тцары. Мы видим здесь увлечение симметрией сверженных, позволяющая ему анало-

гичным образом утверждать, что и “новаторство — та же традиция, пусть и наизнанку”, цитировать лекции Жоржа Бернаноса 1946 – 1947 гг. о том, что “худшая беда для мира состоит в том, что никогда еще не было так трудно отличить создателей от разрушителей..

ЛИЦО НАИЗНАНКУ (отрывок)

... несчастье тому, кто обидит былинки росток,
что к солнцу пробился в пустыне —
знак одинокий отваги самого одиночества:
подвиг его превосходит силу титана;

страх, время еще не настало отчаянью и отступлению,
память еще искрится при каждом взоре на огненные
колосья;

жалкие существа закопаны в почву по самые уши;
холод искромсан зубцами месяца челюстей —
кусаются только прах под сонным золотом жизни;
плоть потеряно ввинчена в обломки крушения;

гнев, чьи молнии озаряют бездну хаоса,
приоткрытого ими пред мыслью, оборванной страхом
животным, что не в силах распутать злодейства —
путь, по которому нас короли навещают;

я слышу, слышу, надежда, ветер, тебя унесший;
жизнь вовсе меня не ждет,
невнятный, как из-под гипса, голос разлуки:
в бреде его яснее останки былых времен;

то был в задоре головы лохматой
пейзаж суровый, в пригоршне он мог
к гулам придвинуть трепетный источник,
хранящий взгляды всех кто жаждал влаги;

то радость старая была — вся в материнстве,
в лучах закатных на букетах людских объятий
усердию открытых; дитя в лугах тех дней,
зари нам нежность вдали от мертвых земель;
оврагов радости парят в ночи рычащей;

то очищающий был страх, долготерпенья клад,
когда цветок рос выше древа, древо знало силу
свою, цвет теплоты, отросток дружбы,
доблестную грудь, сплошь в позументах;

то было также и памятью,
что искрится при каждом взоре,
словно в диком веселье без жестов, без слов,
разящем торжественность светскую блеском шпаги
своей;

и все это было только песком и соломой:
песок, чтобы время стекало в детских зрачках,

Тристан Тцара

солома, куда оседают смертоносные звезды;
ты твердишь, это было только песком и соломой;
жизнь вперемешку с сучьями,
страсти дни,
и бедность — удел человека, швырнули ему в лицо;
разве любовь превзошла веру в жизнь
во всей ее юной силе, с гримасой смерти;
се это было только долгим обманом;
позор, сожми мое горло;
позор, твердь расколи отвратным свои нутром,
и пусть навек мои шаги умолкнут в твоём забвении;
неверною струной
блуждаю от тоски к тоске, и вновь я вижу себя
в нищей каморке наемной; обрывки былого
разве хранятся еще у тропинки
в пределах круга, круга света, что слова осилил
в поросли трав;
храню я улыбку единственной мысли
в лесу остроумия, под призывными взглядами,
неверною струной у ложа одиночества плутая,
когда явь еще не заваливает колодцы сомнений,
и солнце потрескивает костяшками бессонных ночей,
где семя за семенем осыпает запретный сад;

смутного времени землю я обежал,
изрытую болью, в свежие борозды вжатой,
чтобы смысл достоверный с надежным голубем
крыльям открыть — откровенье ярма;

связанный явью, истерзанной своим,
лемех какой даст призыв к возвращению скорому:
столько подлости видел я в облике чистой тревоги,
невинности лживой,
что стыдно мне жить,
стыдно жизни,
стыдно бездны с лицом человеческим,
стыд, силе твоей ненасытной хвала,
способной еще нас заставить зваться людьми,
чьи руки полны, вопреки легкомысленной вере
и времени,
чьи руки полны и всевластны —
обманутый нищий, чья вера чиста,
чьи руки полны лет кровавых, в грязи;...

... перед целой толпой человек распрямляется
и вздрагивает невинность, отвращение
сжимает горло, подавляя память,
угасшую в глазах над грудой хлама;
в зияющей дыре скребется холод

Международный конгресс

ДУАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА В КОНТЕКСТЕ НЕЙРОНАУК

19-22 июня 2019 г., Мадрид, Испания

contact@icdd.congress.com

Евгений Витковский



Евгений Витковский — известный поэт-переводчик, литературовед, издатель, писатель-фантаст. Член Союза писателей с 1983 г. До отмены в СССР цензуры мог печататься только как поэт-переводчик с английского, немецкого, французского, нидерландского, португальского, но прежде всего, с англо-шотландского (scots) и гэльского языков. Составленные Витковским книги Роберта Бернса за последние двадцать лет выходили шесть раз. Издал четырёхтомную антологию поэзии русского зарубежья “Мы жили тогда на планете другой”, собрания сочинений Георгия Иванова, Ивана Елагина, Арсения Несмелова и мн. др. Многократно выступал как составитель и комментатор изданий Ш. Бодлера, А. Рембо, О. Уайльда, Р. Бернса, Р. Киплинга. М. Роллина и др. С 2000 г. публикуется как писатель-фантаст в жанрах альтернативной истории и магического реализма: много томный цикл “Павел II” (2000), “Земля святого Вита” (2001), “Чертовар” (2007), “Протей” (2017), а также стихотворные сборники “Стихи разных лет”, “Сад Эрмитаж”. В 2003 года создал сайт “Век перевода” (www.vekrepevoda.com), на форуме которого ведутся занятия поэтическим переводом. По материалам сайта изданы три выпуска антологии русского поэтического перевода XXI века “Век перевода”. Был главным редактором нескольких издательств. В настоящее время (2017) является им в московском издательстве “Престиж Бук”. Лауреат нескольких международных премий и золотой медали имени Бальмонта за 2016.

МИСТИКА ВАСИЛИЯ ГИЛЯРОВСКОГО. УЛ. МАТРОССКАЯ ТИШИНА, 20

Конечно, не Бисетр и не Бедлам,
зато и христианство, и ислам:

здесь будь здоров молитв навозносили
те, что терзались горем от ума,
и тут контора даже не тюрьма,
а Гиляровский — так совсем Василий.

Но прочего отнюдь не будь здоров:
неполных два десятка докторов,
одни в пике, другие в габардине, —
и в душу мысль печально запихай,
что справа морг, а слева вертухай,
и битый купидончик посредине.

Не жизнь и не судьба, а полный швах,
все шельмы, все поражены в правах,
славяне, финны, греки и варяги,
все поровну чего-то лишены
здесь, в тишине матросской тишины,
царящей у больницы и тюрьги.

Отсюда не отпустят в ресторан
и даже могут отобрать коран,
и не дадут справлять курбан-байрама,
не пожелают знать — который Спас,
зато всегда имеется запас
аминазина и дисульфирама.

Однажды появился у ворот
урод, недопророк, недоюрод,
весьма неординарная фигура¹,
но не прогонишь, если денег нет,
и прожила больница сорок лет
на гривенник смоленского авгура.

Но дозвенел последний бубенец,
все плакали, когда пришел конец
источнику презренного металла,
он испросил себе на восемь дней,
ухи из восьмерицы окуней, —
и гривенников более не стало.

Здесь нравы исключительно просты:
откормленные кошки и коты
сношаются при всем честном народе,
и аккуратно метит кобелек
старинный деревянный флигелек,
видавший Бонапарта и Мавроди.

Аккорд финальный всех житейских драм —
краснокирпичный офицерский храм,
где молятся о взрослом и младенце,
шипит на филантропа мизантроп,
и для кого-то служит просто поп,
а для кого — святой отец Деменций.

Кто знает, что преподнесут года?
Но коль идти, то лучше уж сюда,

¹ Иван Яковлевич Корейша.

и пусть пропустят здешние воротца
любого, кто от армии косит,
и в ком душа на волоске висит,
любого, кто рехнется и сопьется.

Меж моргом и тюрьмою мир зажат,
глядят в пространство те, что здесь лежат,
а те, что ходят, — водят хороводы,
на языке уже лежит обол,
и вертухай на вышке дыбит ствол
придурковатой Статуей Свободы.

МОСКВА ПРИСКОРБНАЯ

*Виктору Кагану**

Проснешься — и посмотришь в потолок.
Подумаешь: неужто эпилог,
и никуда не вывезет кривая?
Какой печальный поворот судьбы:
пускай спилили белые столбы,
не вымирает дворня столбовая.

Душа больна, душа нехороша,
волнуется сдуревшая душа,
душа полна духовной голодухи,
она скорбит, и просится в раздол,
а в нем прозак, в нем галоперидол,
и остальная дрянь в таком же духе.

Три века тонет горестный ковчег,
три года валит прошлогодний снег
от брома задыхается хорона,
формальдегидом пышет лазарет,
и здешний лекарь Жиль де ла Туретт
от собственного лечится синдрома.

Неделями закрытый кабинет,
невозмутимый доктор Да-и-Нет,

сестра без брата, койка без матраса,
чай с молоком без капли молока,
короче, бесконечный день сурка,
короче, нечто вроде Алькатраса.

Клиентами не хочет оскудеть
убежище Мстиславов и Редедь,
чулан для человечьего балласта,
убожества московского приют;
и то уж хорошо, что здесь не бьют,
а если бьют, то не особо часто.

Отсюда жизнь смоталась по делам,
здесь атеизм с буддизмом пополам,
как знать, не издевается ли Небо,
над этою печальною страной,
где в медицину верует больной,
а медицина верует в плацебо.

Держава карасей и карасих,
где главный врач — наиглавнейших псих:
поди придумай что-нибудь нелепей;
но честь халата он не посрамил,
по-тихому глотая ципрамил,
который создал вовсе не Асклепий.

Дом переполнен, лишь рассудок пуст.
При Жюле Верн, и при Марселе Пруст,
Марк при Луке, Иуда при Пилате,
прекрасный сэр, и благородный дон,
и прочий здешний мыслящий планктон
сидят и ждут Годо в шестой палате.

Суля триумф компотам и супам,
роптать не разрешит диазепам.
Так и живет то ларго, то виваче
тот мир совсем простых координат,
где охраняет литий карбонат
спокойствие Канатчиковой дачи.

* Виктор Ефимович Каган — Мастер групповой психотерапии и поэт.

НЕКРОЛОГ

Людмила Михайловна Алексеева

1927 – 2018



8 декабря умерла одна из зачинателей, более полувека назад, и лидеров правозащитного движения с 1996 года председатель Московской Хельсинкской группы Людмила Михайловна Алексеева.

Древний девиз “MEMENTO MORI” учит не вытеснять из сознания конечность своего существования, а жить крупнее, осмысленнее, добрее. Смерть Людмилы Михайловны Алексеевой — не унылая нота, а торжественный реквием достойно прожитой жизни. Казалось бы, сизифов труд противостояния тоталитарному режиму и вынужденному взаимодействию с авторитарной властью, не самое вдохновляющее занятие для “нормального” человека. Но мы видим, что Л. М. всегда была окружена единомышленниками и привлекала своим примером и удивительно точно, ясно и просто выраженным общепонятным и естественным гуманизмом.

На самый трудный, мучительный своей противоречивостью вопрос для общественных организаций: как взаимодействовать с преступной властью, не потерявший своей остроты в постсоветский период, — Л. М. отвечала как знаток всего спектра его решений собственной деятельностью, как автор первого фундаментального исследования о национальных религиозных и правозащитных движениях — “История инакомыслия в СССР” (1984,1992).

Позиция Людмила Михайловны отличалась в отношениях с властями, конструктивным взаимодействием, как неизбежностью, если хочешь решать хотя бы малые дела, а сотрудничество невозможно. Л. М. умела сочетать свою готовность общаться с первыми лицами государства с настойчивым отстаиванием прав конкретных людей, не считая их малыми, а всегда прецедентными, не считаясь с тем, что власть использует ее в качестве смягчения собственного имиджа. У меня перед глазами сцена забитого журналистами и молодежью из общественных организаций коридора Замоскворецкого суда на заключительном заседании по делу Михаила Косенко, где под дверью судебного заседания ее узнаваемая маленькая фигура на принесенном полицейским стуле образовала небольшое выразительное свободное пространство понятного для всех соучастия в судьбе рядового человека, попавшего в жернова бюрократической машины. Но при этом Л. М. открыто говорила о противоестественности назначения Уполномоченным по правам человека в РФ генерал-майора МВД Т. Н. Москальковой, о том, что “важно, чтобы люди поняли, что телевизор врет” и мн.др. Л. М. не смущалась задавать неудобные вопросы. В 2015 г. при получении премии Парламентской ассамблеи Совета Европы им. Вацлава Гавела, в момент, в который, как она сказала, “наша родина сама себя отдаляет от Европы и всего цивилизованного мира”, она загодя озвучила вопрос президенту Путину накануне встречи с ним на заседании Совета по правам человека при Президенте РФ (СПЧ): “Объясните, почему, скажем, когда Газпром или какой-то предприниматель находит средства за рубежом, это считается похвальным, это инвестиции... А когда некоммерческая общественная организация получает деньги за рубежом, почему-то она считается иностранным агентом, хотя делает то же самое и так же в интересах страны. Почему такая разница? Почему нам так не доверяют. Почему подозревают, что мы шпионы или предатели?”.

Если начавшееся в конце 1979 г. и рассчитанное на два года “усмирение” завершилось рапортом заместителя председателя КГБ Цвигуна: “Маскировавшиеся под “правозащитников” и “поборников

демократии” антиобщественные элементы ныне разоблачены и обезврежены”, а чуть позже “1984 г.” “империя зла распалась”, то с уходом Людмилы Михайловны правозащитная эпоха не закончилась. Она никогда не была одинока, продуктивность ее позиции содействовала объединению усилий многих правозащитных организаций, и даже вызывала не только поддельную симпатию в рядах высшего эшелона власти.

Сегодня не намного лучшая погода на дворе, чем при Пастернаке. Но как говорила Людмила Михайловна, “важно не до чего дожил, а как прожил”. Для нас она остается живой в своем вдохновляющем наследии.

Ю. С. Савенко



Культ силы нарастает: полиция хватает Л. М. в костюме Снегурочки на митинге в поддержку 31-ой статьи Конституции РФ 31 декабря 2009 г.

РЕКОМЕНДАЦИИ

- Ландгребе Людвиг.* Феноменология Эдмунда Гуссерля. — СПб., 2018.
Хайек Фридрих Август фон. Конституция свободы. — СПб., 2018.
Даосские каноны. Управление и стратегия. — Иваново, 2018.
Дюркгейм Эмиль. Элементарные формы религиозной жизни. Тотемическая система в Австралии. — М., 2018.
Политическое богословие. А. Бобров, М. Толстолуженко (ред.). — М., 2019.
Артамошин С. В. Консервативная революция в интеллектуальном пространстве Веймарской Республики. — СПб., 2018.

* * *

- Павлинов И. Я.* Основания биологической систематики: история и теория. — М., 2018.
Любарский Г. Ю. Происхождение иерархии: история таксономического ранга. — М., 2018.
Беркович Е. Н. Революция физики и судьба ее героев. Томас Манн и физика XX века. — М., 2017.
Козлов И. Н. Математический анализ генетического кода. — М., 2018.
Атюковский В. А., Буркович Д. А. Науку спасут дилетанты. — М., 2017.
Низар Сильвия. Игры разума. История жизни Джона Нэша, гениального математика, лауреата Нобелевской премии. — М., 2017.
Кон Эдуардо. Как мыслят леса: к антропологии по ту сторону человека. — М., 2018.

* * *

- Минковский Эжен.* Проживаемое время. Феноменологические и психопатологические исследования. — М., 2018.
Брентран Мартин, Купитц Габи. Ритуалы и духовность в психотерапии. — Харьков, 2018.
Легциер Виталий. Болезнь, опыт, нарратив, надежда. Очерк социальных и гуманитарных исследований медицины. — Вильнюс, 2018.

* * *

- Лукьянова Елена, Шаблинский Илья.* Авторитаризм и демократия. — М., 2018.
Поланд Борис. Билль о правах. — М., 2019.
От демократии к свободе, Разница между государством и самоуправлением. — <https://crimet-hinc.com/2016/04/29/feature-from-democratic-to-freedom>.

* * *

- Эко Умберто.* На плечах гигантов. — М., 2018.
Эко Умберто. Vertigo. — М., 2018.

* * *

- Лифарь Серж.* Дягилев. О Дягилеве. — М., 2018.
Григорьянц Сергей. В преддверии судьбы. Сопrotивление интеллигенции — СПб., 2018
Григорьянц Сергей. Тюремные записки. — СПб., 2018
Бардин Гарри. И вот наступило потом. Оренбург, 2018.

* * *

- Тцара Тристан.* Лицо наизнанку. — М., 2018.
Кубин Альфред. Другая сторона. — М., 2018.
Фиджеральд Ф.Р.Скотт. Я за тебя умру. — М., 2018.

ABSTRACTS

Mental health of society Part 1

A. P. Kotsyubinsky, D. A. Kotsyubinsky

In the article, normal and pathological (socio-psychopathological) forms of mass (collective) consciousness are considered from the point of view of the mental health of society. It is noted that the post-informational (supersaturated with information, a significant part of which are “simulacra”) society plays the role of public distress and deforms social norms and values. This circumstance contributes to the “anomie” (the absence of norms) as a variety of social pathology and as a whole is a complex of challenges addressed to the ability of modern people to successful psychological adaptation. The difficulty of the process of rational assimilation of established ideo-behavioral norms and patterns gives an impetus to the development of irrational phenomena in society — mythological mechanisms of perception of reality and the “social paranoia”. The latter is fraught with two dangerous socio-psychological pathologies that have a psychiatric aspect: 1) general increase in the anxiety that promotes the spread of anxiety and depressive disorders; 2) strengthening of religion-obscurantist tendencies in the public consciousness, which hinder the effective treatment of mentally ill patients.

Keywords: post-informational society, anomie, social distress, social mythology, anxiety, depression, religious obscurantism, social paranoia.

Features of social functioning of patients with anxiety-phobic disorders, hospitalized in the mental hospital

D. A. Chugunov, A. A. Shmilovich

The assessment of the social functioning of patients with anxiety-phobic disorders (TGF) hospitalized in a mental hospital was carried out. Particular attention was paid to patients undergoing treatment in general psychiatric units. The social factors of hospitalization’s risk were investigated, the level of social functioning of patients was assessed, the features of the prognosis were studied, the role of social factors causing hospitalization was taken into account. Possible ways of improving the social functioning of patients with TGF are indicated.

Keywords: anxiety-phobic disorders; social functioning; social risk factors.

Judicial practice of challenging the reasonableness and quality of treatment

Yu. N. Argunova

Judicial decisions in cases of challenging patients of the reasonableness and quality of treatment are reviewed.

Keywords: appeal against mental health actions; quality of treatment.