

ISSN 1028-8554

НЕЗАВИСИМАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ АССОЦИАЦИЯ РОССИИ
INDEPENDENT PSYCHIATRIC ASSOCIATION OF RUSSIA

**НЕЗАВИСИМЫЙ
ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ**

**INDEPENDENT
PSYCHIATRIC
JOURNAL**

**ВЕСТНИК НПА
IPA HERALD**

II

2019

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
И. М. Беккер
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
В. В. Мотов
Б. Н. Пивень
П. А. Понизовский
В. Д. Тополянский
А. А. Шмилович

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
Isaak Bekker
Mark Burno
Liubov Vinogradova
Boris Voskresensky
Valery Evtushenko
Peter Zavitaev
Sergey Igumnov
Victor Kagan
Vitaly Kazin
Vladimir Motov
Boris Piven
Pavel Ponizovsky
Victor Topolyansky
Andrey Shmilovich

Сдано в набор 20.06.2019. Подписано в печать 28.08.2019. Формат 60×84 1/8.
Бумага типографская офсет № 1. Гарнитура “Таймс”. Печать офсетная.
Заказ № 2019-2-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, 2019

СОДЕРЖАНИЕ

100 ЛЕТ ФИЛОСОФИИ, ВОЗНИКШЕЙ ИЗ УНИКАЛЬНЬИХ КОММУНИКАЦИЙ И ПОНИМАНИЯ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ.	5
ИЗ КЛАССИЧЕСКОГО НАСЛЕДИЯ	
Карл Ясперс. Психология мировоззрений (1919). Содержание	9
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ	
15-летие разрушительной реформы здравоохранения — Ю. С. Савенко.	13
Как Россия выполняет Конвенцию о правах инвалидов: конвейерное помещение граждан в ПНИ (замечания к проекту приказа двух министерств) — Л. Н. Виноградова, С. А. Колосков.	16
“Молодой хроник” в интерьере повседневной психиатрической помощи — Е. Б. Любов, А. Н. Куликов	23
КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОР	
“Семейный психоз”? — А. А. Шмилович, Е. С. Хаджихараламбус	29
ПСИХИАТРИЯ И ПРАВО	
Обязательно ли проведение судебно-психиатрической экспертизы по делам о недееспособности? — Ю. Н. Аргунова	47
ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА	
Ответственность за диагноз “умственная отсталость” в пограничных случаях	53
ДОКУМЕНТЫ ВРЕМЕНИ	
Письма из Воронежа (из переписки с проф. Л. А. Стукаловой) — М. Е. Бурно	60
Курьезы современности	65
ОБЗОРЫ	
Последипломная врачебная психиатрическая подготовка в странах Европейского Союза — В. В. Мотов	67
ПСИХОТЕРАПИЯ	
XXIV Консторумские чтения “Психотерапия — лечение или обучение?” (ч. 2).	71
ХРОНИКА	
XXIV-й Конгресс Европейской психиатрической ассоциации	77
Международная конференция по внебольничной психиатрической помощи	79
Юбилейная конференция к 75-летию НЦПЗ	80
Полицейская позиция Минздрава превзошла ФСИН и МВД	81
Использование наркологии в немедицинских целях	82
Письмо академика РАН А. И. Воробьева	83
Важная традиция студенческих конференций — XXXIII Баженовские чтения	83
Новый состав ВАК	84
ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ТВОРЧЕСТВО	
Грандиозная метафора неизбежности неожиданной катастрофы — «Гибель “Титаника”» Ханса Магнуса Энциенсбергера.	85
НЕКРОЛОГИ	
Александр Сергеевич Тиганов	88
Валерий Яковлевич Евтушенко.	90
РЕКОМЕНДАЦИИ	92
АННОТАЦИИ	93

CONTENTS

100 YEARS OF THE PHILOSOPHY, WHICH AROSE FROM UNIQUE COMMUNICATION AND UNDERSTANDING OF THE MENTALLY ILL	5
FROM CLASSICAL HERITAGE	
Karl Jaspers. Psychology of outlooks (1919). Contents	9
URGENT PROBLEMS OF PSYCHIATRY	
15 years of destructive reform of health care — Yu. S. Savenko	13
As Russia carries out the Convention on the rights of persons with disabilities: mass direction of citizens into social care homes for people with mental disorders (comments on the draft of the order of two ministries) — L. N. Vinogradova, S. A. Koloskov	16
The young disabled in the interior of everyday mental health care — E. B. Lyubov, A. N. Kulikov	23
DISCUSSION OF A CLINICAL CASE	
“Family psychosis”? — A. A. Shmilovich, E. S. Hadzhikharalambus	29
PSYCHIATRY AND LAW	
Whether forensic-psychiatric examination is obligatory on cases of incapacity? — Yu. N. Argunova	47
FROM AN EXPERT’S DOSSIE	
Responsibility for the diagnosis “mental retardation” in boundary cases	53
DOCUMENTS OF EPOCH	
Letters from Voronezh (from correspondence with prof. L. A. Stukalova) — M. E. Burno	60
The curiosities of modernity	65
REVIEWS	
Postgraduate psychiatric training in the EU countries — V. V. Motov.	67
PSYCHOTHERAPY	
The XXIV Konstorum readings “Psychotherapy — treatment or training?” (Part 2)	71
CHRONICLE	
The XXIV Congress of the European psychiatric association	77
International conference on extra hospital mental health services	79
Conference to the 75 anniversary of Mental Health Research Center	80
The police position of the Ministry of Health exceeded FSIN and the Ministry of Internal Affairs	81
Use of narcology in non-medical purposes	82
Letter of the academician A. I. Vorobyov.	83
Important tradition of student’s conferences — the XXXIII Bazhenov readings	83
New structure of VAK	84
PSYCHOPATHOLOGY AND CREATIVINESS	
Grandiose metaphor of inevitability of unexpected disaster — «Death of “Titanic”» Hans Magnus Enzensberger	85
OBITUARIES	
Alexander Sergeyevich Tiganov	88
Valery Yakovlevich Yevtushenko	90
RECOMMENDATIONS	92
ABSTRACTS	93

100 лет философии, выросшей из уникальной коммуникации и понимания психически больных

Ю. С. Савенко

Показано, как “Психология мировоззрений” Карла Ясперса, выросшая из его 7-летней работы в психиатрической клинике, прежде всего, коммуникация с психически больными, заложила основы и послужила началом одного из наиболее популярных движений философии, отвечающего духу нашего времени.

Ключевые слова: экзистенциальная философия, типы мировоззрения, Ясперс, Хайдеггер, Сартр, рецепция экзистенциальной психологии в России.

“Повсюду царит сомнение в прочности общественного устройства, внутри которого мы живем, неясный страх перед ближайшим будущим, ощущение упадка культуры и грозящей человечеству гибели. Это не одни кошмары... Это и трезвые ожидания, взвешенные на весах наблюдения и здравого смысла. Нас прямо-таки захлестывают события. Мы воочию видим, как шатается все то, что казалось прежде незыблемым и священным: истина и человечность, право и разум... Настроения грозящей миру гибели, прогрессирующего разложения культуры стали повсеместными сравнительно недавно. Большинству людей основания для подобных мыслей дал экономический кризис, который они испытали на собственной шкуре (у большинства шкура чувствительнее духа, и с этим ничего не поделаешь)”.

В наше время, когда можно встретить немало насмешливых реплик в отношении “алармических настроений” и “апокалиптических предсказаний”, мы предпочитаем доверять не скепсису яйцеголовых, а инстинкту масс, чувствительным к подчас невербализуемым признакам, памятуя, что с обреченного корабля первыми бегут обитатели трюмов...

Приведенный отрывок — начало широко известного текста Йохана Хейзинга (Johan Huizinga) “В тени завтрашнего дня”, опубликованного непосредственно перед началом Второй мировой войны в 1939 г., а зачитанного им в 1935 г. Очень характерно и знаменательно, что этот, далеко не единственный прогноз исходил не из точного научного, а гуманитарного знания, от представителя направления, порожденного Первой мировой войной, получившего именование **экзистенциализма**. Его первым произведением принято считать **“Психологию мировоззрений” Карла Ясперса**.

В 1913 г., после выхода “Общей психопатологии” Ясперс, исходя из тяготевшего над ним, не оставлявшего тогда надежды диагноза Вирхова, сумел преодолеть редкостное искушение — принять предложение Франца Ниссля занять его место заведующего выдающейся кафедрой психиатрии Гейдельбергского уни-

верситета и предпочел доцентуру по психологии в этом университете. Его инаугурационная лекция называлась “Пределы психологии”. После грандиозного вклада в психиатрию в результате 7 лет работы в психиатрической клинике, Ясперс 6 лет (с лета 1914 г.) посвящает психологии, результатом чего и стала “Психология мировоззрений”, изданная в **октябре 1919 г.**, наряду со вторым изданием “Общей психопатологии”, которую он продолжал углублять на протяжении всей жизни.

Ясперс называет текст “Психологии мировоззрений” философским, хотя признает, что его “мышление еще во многом было психопатологическим”. Это и вызвало разгромную рецензию Генриха Риккерта, но благожелательную Морица Шлика, основателя Венского кружка (1924 – 1936), и взвешенную ассистента Гуссерля Мартина Хайдеггера (1921) (не опубликовал, но послал Ясперсу), который, идя из другого источника, мыслил сходным образом и которого работа над этой рецензией и высказанная им же критика (отсутствие онтологии) стимулировала на собственную версию экзистенциализма (1927). Так началась (до 1933 г.) их дружба. Второе издание “Психологии мировоззрений” вышло уже в 1922 г.

“То, чем я начал заниматься в психопатологии, называя это “понимающей психологией”, — писал Ясперс, — наложилось на всю традицию гуманитарно-научного и философского понимания... Следовало создать такую философию, которая была бы философией в подлинном смысле, но не выступала бы в роли философии проповедующей и постулирующей; а во-вторых, — следовало определить границы такой психологии, которую можно называть научной, отделяющей ее от псевдопсихологии, которая сама уже является философией”. Эта книга, вопреки нужде и лишениям Первой мировой войны, была результатом “уникального душевного подъема”, которого Ясперс, по его признанию, не испытывал с тех пор. “Едва ли можно было достичь такого результата только с помощью объективного научного познания”. Но именно это составляло особенность и преимущество этой

книги, — “**всеохватывающая целостность человеческого бытия**”, которое никогда не становилось предметом исследования именно как эта всеохватывающая целостность”, — “Бытие-в-мире”. Изучаемые прежде целостности всякий раз оказывались мнимыми, так как “человек, как целое, выходит за рамки любой мыслимой объективируемости... Человек принципиально неисчерпаем, он как бы остается открытым”. Все это открылось его эмпатии и пониманию в период войны в результате предельной концентрации сил. “Открылось”, а точнее “то, что открылось”, и является содержанием слова “экзистенция”, в переводе “существование”, от латинского *exsistentia*, которое стали писать *existentia*, что менее точно, так как обозначает *ex-sisto* — обнаруживать себя, показываться. Существо экзистенции “ускользает от нас подобно морской пене” (Ролло Мэй). “Самое существенное, — говорилось в книге, — это самостоятельный жизненный выбор личности... и ответственность каждого за свой выбор, она предлагала помощь в ориентации, но не пыталась научить жить... Интерес к человеку, забота мыслящего человека о себе самом, попытка быть предельно честным — вот что задавало тон всему”. “Бегло и не в системе” “были затронуты почти все основные вопросы, которые позднее осознавались со всей ясностью и были развернуты во всей широте: вопрос о мире — каков он для человека, вопрос о ситуации, в которой находится человек, и о его пограничных ситуациях, которых он не может избежать (смерть, страдания, случай, вина, борьба); вопрос о времени и о многомерности чувства времени, вопрос о развитии свободы при создании человеком самого себя; вопросы об экзистенции, о пути мистики и пути идеи, и т.д.”. Эта книга, — писал Ясперс, — предопределила его путь в философии. Она содержала множество идей, получивших в дальнейшем значительное развитие и — в свою очередь — впитала вклады Вильгельма Дильтея и Макса Вебера. “Всем мышлением и всем существом своим Макс Вебер по сей день глубоко влияет на мою философию, как не влиял ни один другой мыслитель. Он повлиял на сам замысел моей “Психопатологии”, и еще больше на замысел моей “Психологии мировоззрения”.

В соответствии с методологической установкой Макса Вебера на совмещение понимающего и объясняющего подходов, предпосылающей понимание объяснению и придающей фундаментальную роль смыслу поведения, используя веберовскую методiku идеально-типических конструкций, а также выявленную Дильтеем общую структуру мировоззрений и его установку, Ясперс впервые ввел понятия “**пограничной ситуации**” и “**потери точки опоры**”.

Пограничная ситуация — это ситуация, потрясающая, даже сокрушающая ценностные основания мировоззрения и меняющая его, вытряхивая из защитной “**раковины**”. Эти понятия явным образом породила мировая война, которая стала грандиозной

пограничной ситуацией для целого поколения, известного в литературе как “потерянное поколение”. Но крушение мировоззрения может стать, согласно Ясперсу, и его обновлением, залогом психического здоровья.

Типологию философских (метафизических) мировоззрений Дильтея (натурализм, идеализм свободы, объективный идеализм), представляющую разные сочетания “картины мира”, памяти (опыта) и целей воли, и совпадающую с традиционной типологией Гегеля — Тренделенбурга (материализм, субъективный и объективный идеализм), основанной на раскритикованном Николаем Гартманом вопросе, что первично: дух или материя?, Ясперс дополнил **нигилистическим мировоззрением**, самым уязвимым в жизни. Принципиально новое — онтологическое, а не гносеологическое — основание Дильтея внес и в типологию наук, по их предмету, а не методу, при внешнем совпадении с Баденской школой (В. Виндельбанд, Г. Риккерт).

Но главное, что привнесла эта книга, — ее раскованная интимная интонация разговора о сокровенных, волнующих каждого вопросах, не избегающая, а разбирающая собственные противоречия. Это отвечало пониманию Ясперсом философии не как строго выстроенной непротиворечивой системы, а свободного философствования, выросшего из опыта общения с психически больными, для многих из которых пограничной ситуацией была их болезнь. Из этого выросло центральное понятие философии Ясперса — “**коммуникация**” — играющая в ней роль *cogito* классической философии: “я коммуницирую, следовательно, существую”. “Бытие-в-мире” это и “бытие-с-другими”. Коммуникация — это экзистенциальное отношение между людьми, между Я и Ты, общение на равных особом рода, выросшее из отношения врача и больного, врача, вчувствующего в больного, больного, всецело доверяющегося врачу, создаваемая этим особая внутренняя атмосфера, взаимоподъемлющая, просветляющая, оставляющая чувство наполненности, сменяющая чувство пустоты. Хотя такая связь возникает далеко не всегда, когда ее удастся добиться, она превращается в могучее средство воздействия, из которого выросла впоследствии экзистенциальная психотерапия.

Но сначала сформировалась экзистенциальная психиатрия. В 1927 г. вышла, быстро ставшая знаменитой, работа Хайдеггера “**Бытие и время**”, которая, провозглашая Бытие человека основой философской проблематики, придала ему онтологический статус и **отказывалась от традиционных философских понятий и категорий на основании имманентного для них разделения всего сущего на субъект и объект. Вводился новый язык, свободный от этого расчленения, — экзистенциалы.** Но уже к 1930 г. Хайдеггер совершил радикальный поворот, и центром сделался уже не смысл человеческого Бытия,

а само Бытие. Отсюда различение раннего и позднего Хайдеггера, как и раннего и позднего Гуссерля. Но веер последователей раннего Хайдеггера, как и раннего Гуссерля, остался. Наиболее крупной творческой переработкой раннего Хайдеггера стала **экзистенциальная (Dasein-аналитическая) психиатрия Людвиг Бинсвангера**, в которой мрачный центральный экзистенциал “Забота” (Sorge) сменил тщательно разработанный светлый — “Любовь”, “Бытие-в-Любви”. Труды Бинсвангера (1942, 1947) — пример тончайшего клиницизма, что не позволило превзойти его более поздней версии экзистенциальной психотерапии Медарда Босса (1959 – 1970), несмотря на личную поддержку Хайдеггера. Характерна многолетняя дружба Бинсвангера с Семеном Львовичем Франком и Зигмундом Фрейдом, вопреки значительным концептуальным расхождениям с последним, и ориентация Босса на Хайдеггера и Юнга, несмотря на их пронацистские симпатии и антисемитские выпады, которые были ему всегда хорошо известны. Если научные труды оцениваются независимо от политических и идеологических ориентаций авторов, то психотерапия, по крайней мере, экзистенциальная психотерапия, требует единства научной медицины (психиатрии), гуманистической экзистенциальной психологии и философии, на основе фундаментальной максимы Альберта Швейцера — “благоговения перед жизнью”.

“В Америке экзистенциальный подход, — как писал ставший его идейным лидером Ролло Мэй, — до 1960 г. был практически неизвестен. Ролло Мэй пришел к нему в результате влияния Пауля Тиллиха и пограничной ситуации, каковой стала для него смертельно опасная форма туберкулеза, приковавшая на полтора года к туберкулезному санаторию, где он написал свою известную книгу “Смысл тревоги” (1977). Она, как и “Свобода и судьба” (1981), “Открытие бытия” (1984), “Эра для мифа” (1991) и др. получили международную известность.

Предтечами экзистенциализма в философии, не говоря здесь о соответствующем движении в литературе, были Паскаль и Кьеркегор, “философия жизни” (Дильтей, Ницше, Бергсон), феноменология Гуссерля и Шелера. Первым экзистенциалистом был русский философ Лев Шестов (1905, 1908, 1912).

Из ведущих представителей экзистенциализма — Ясперса, Хайдеггера, Марселя и Сартра — Хайдеггер и Сартр, представляющие атеистический экзистенциализм, продолжают оставаться наиболее популярными, хотя оба отдали дань крайнему радикализму: Хайдеггер — правому, сотрудничая с нацистским режимом, не ощутив фальшивости “Протоколов сионских мудрецов”, Сартр — левому радикализму, вплоть до экстремизма, закрывая глаза на преступления советской власти, смыкаясь с маоизмом хунвейбинов. В пьесе “Некрасов” он высмеял политических диссидентов, а не полицейский режим. Эти зигзаги у “философа свободы”, воспитывавшегося Альбертом

Швейцером (его дядей), автора работы “Экзистенциализм — это гуманизм” и тезиса “я — еврей, пока существует хотя бы один антисемит”, пример того, что корректно оценивать можно только конкретные поступки и публикации, и как опасно безоглядно доверять любой системе взглядов любых авторов, но прежде всего той, которая не обнаружила в пограничной ситуации, по крайней мере, необходимую толерантность.

Никто из экзистенциалистов не откликнулся так активно на фундаментальные социально-политические события своего времени как Ясперс и Сартр, но только Ясперс никогда не одурманивался “Опиумом интеллектуалов”, по выражению Реймона Арона (1955), каковой была для французских интеллектуалов советская идеология.

Научная выучка Ясперса в психиатрической клинике и у Макса Вебера выразительным образом проявилась в характерных для него ясности и трезвости, исключению пафоса и темнот. Как пишет С. С. Авринцев, “Ясперс, как либеральный гуманист, оказывается антиподом Хайдеггера, который стремится преодолеть гуманизм “осевого времени” — времени рождения великих религий, тогда как Ясперс пытается спасти неизменно утрачиваемую и вновь обретаемую истину и человеческую сущность, находящуюся с XX века на грани гибели, обновляя связь с осевым временем”. Но “гениальная ненаучность”, по выражению Гуссерля, Хайдеггера, высокая художественность, зачаровывающая мифопоэтическая красота и романтический дух работ Хайдеггера, символизм его метафорического языка, его лексика — “Заброшенность в мир повседневности”, “Тревога”, “Забота”, “Смерть”... стирают грань философии с искусством. Пользуясь этим преимуществом, фундаментальная онтология затмила критическую онтологию Николая Гартмана — философское основание последних классиков клинической психиатрии, в частности, Курта Шнайдера, причастного в переработке и расширению 4-ого издания “Общей психопатологии” Ясперса в 1941 – 1942 гг.

Естественный для экзистенциализма антропо-, даже персоно-центризм предполагает необходимость вне-антропоцентрической философии в качестве независимого подхода, как философии науки. Такого рода неискоренимо фундаментальная антиномичность неизбежна и необходима. Она отвечает многообразию мировоззрений, характерных для различных личностей на различных этапах их развития и уникального жизненного опыта, устойчивых, проходящих закономерный метаморфоз или мечущихся в духовном пространстве разного характера и уровня. Объединить эти подходы пытался, вслед за Максом Шелером, Николай Гартман, непреходящая актуальность этой проблемы видна из рецензии на “Психологию мировоззрений” в том же 1919 г. Мориса Шлика, ведущего представителя философии науки, и из по-

следующего творчества Карла Поппера. Более того, как убедительно показал Дж. Холтон, принцип дополнительности Нильса Бора связан с влиянием на него Кьеркегора. Этому посвящены и усилия Ясперса. С 1935 г. и все годы войны он работает над философской логикой, как учением об истине, и этикой истины. Он видит решение в Истине, при ее двойственности, но противостоящей “противоразуму”, в философской вере, как единении человечества в разуме, в противостоянии любым формам тоталитаризма. “Несмотря на религиозный характер собственной философии, Ясперс выступает против религии как мистицизма и религии как власти, т.е. ... использования ее для управления сознанием верующих”.

Мы закончим этим актуальным для нашей действительности свидетельством позиции Ясперса из вышедшей в 2018 г. в Санкт-Петербурге замечательной книги “Карл Ясперс. Путь философа” Ольги Александровны Власовой, которой удалось в духе самого Ясперса, т.е. ясно, трезво-критически, с исчерпывающей полнотой и высокой эмпатией создать текст, который читается на одном дыхании, несмотря на свой объем. Эта книга серьезно обогатит любого читателя по широкому кругу до сих пор животрепещущих вопросов. Она необходима каждому психиатру, как и “Философская автобиография” Ясперса в наиболее полном и тщательном переводе А. В. Перцева, опубликованном в его книге с характерным названием: “Молодой

Ясперс: рождение экзистенциализма из пены психиатрии” (СПб., 2012). Я вспоминаю реакцию на свой реферат “Концепции Angst Кьеркегора, Тиллиха и Нибура”, зачитанный в 1970 г. в экспериментально-психологической лаборатории Б. В. Зейгарник. Замечательный экспериментатор и яркий лектор Сузанна Яковлевна Рубинштейн чуть не подпрыгивала на стуле, выразительно кивая в мою сторону и оглядываясь на присутствующих, настольно диким тогда казалась сама эта тема. Айна Григорьевна Амбрумова настороженно отнеслась к понятию апозедафия в моем тексте в первом сборнике по суицидологии “для служебного пользования”, а это была ясперсовская “потеря точки опоры” как сущностная основа суицида. В наше время не только успешно функционируют Институт экзистенциальной психологии и жизнотворчества Дмитрия Алексеевича Леонтьева в системе факультета психологии МГУ и региональное российское общество (GLE-Russia) Международного общества логотерапии и экзистенциальной психологии Альфрида Лэнгле (GLE-International), но и переведены работы ведущих представителей этого направления, а “История психологии в лицах” под редакцией Л. А. Карпенко (М., 2005) намного полнее и содержательнее, чем американский “Биографический словарь психологии” под редакцией Н. Шихи с соавторами (СПб., 1999).

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, 7, 54 – 61
- Ю.С.Савенко – 2019, 1, 67 – 71

ИЗ КЛАССИЧЕСКОГО НАСЛЕДИЯ

Карл Ясперс

Психология мировоззрений¹



ПРЕДИСЛОВИЕ

Философская задача заключалась в том, чтобы разработать мировоззрение в качестве научного познания и в то же время в качестве науки о жизни (Lebenslehre). Основанием должно было стать рациональное понимание. Однако, в этой книге предпринята попытка понять только то, какие последние позиции занимает душа, какие силы движут ею. Фактическое мировоззрение, тем не менее, остается делом жизни. Вместо сообщения сведений о том, чем это определяется в жизни, должны быть предоставлены только разъяснения и возможности в качестве средства для осмысления. Тот, кто хочет получить прямой ответ на вопрос, как ему следует жить, напрасно будет искать его в этой книге. Суть, которая таится в конкретных решениях личной судьбы, остается скрытой. Эта книга имеет смысл только для тех людей, которые начинают удивляться, осуществлять саморефлексию, замечать неоднозначность существования, и равным образом только для тех, которые осознают жизнь как личную, иррациональную, ничем не снимаемую ответственность. Она апеллирует к свободной духовности и активности жизни, предоставляя способы ори-

¹ Второе, исправленное издание. Издательство Юлиуса Шпрингера. Берлин, 1922. 486 с.

ентирования, но не пытается созидать жизнь и учить жизни.

Гейдельберг. Карл Ясперс

СОДЕРЖАНИЕ

Введение

§ 1. Что представляет собой психология мировоззрений

Психология мировоззрения и профетическая философия

Психология мировоззрения и психология вообще

§ 2. Источники психологии мировоззрения

1. Собственный опыт меняющегося мировоззрения
2. Созерцательное погружение в ситуации, сферы и существующих людей

3. Исторический опыт

4. Уже имеющаяся психология мировоззрений

§ 3. Систематические основные идеи

Основные идеи: Упорядочивание внешнего метода при этом опыте

Некоторые закономерности всей систематики:

1. Односторонность

2. Единство и разнообразие, система и каталог

3. Неизбежность схематизма в теоретической работе

4. Характеристика основного подразделения

Основная идея субъект-объектного отношения

Поток переживания. Субъект-объектное расщепление и мистика

Возможные недоразумения

Абстрактный обзор многозначности субъект-объектного отношения:

1. Непосредственно, рефлексивно, для нас

2. Отдельный индивидуум как часть

3. Подвижность субъект-объектного отношения между двумя бесконечностями

4. Решетка трансцендентальных форм

5. Силы (идеи)

Основная идея рядов развития

Диалектический порядок

Четыре процесса преобразования мировоззренческих форм

Понятие "субстанциального". Опасность метафизики и чистой оценки. Поправки:

1. Подлинность и неподлинность

2. Формализация

3. Дифференциация
 4. Изолирующая абсолютизация
- § 4. План

Глава I

УСТАНОВКИ

А. ОБЪЕКТИВНЫЕ УСТАНОВКИ

1. Активная установка

Категории этой установки. Формализация. Игровая установка.

2. Созерцательная установка

Общие положения. Исторический обзор подразделения созерцательного у Платона, Экхарта, Спинозы, Канта, Шопенгауэра, Гегеля. Общее.

Виды созерцательного:

- a) Интуитивные установки
- b) Эстетическая установка
- c) Рациональная установка

Общая характеристика

Способы мышления

1. Схоластический способ мышления
2. Экспериментирующий способ мышления
3. Диалектический способ мышления

Производные формы

3. Мистическая установка

Общая характеристика

Попытки выражения мистического

Виды мистики

Производные формы

В. САМОРЕФЛЕКСИВНЫЕ УСТАНОВКИ

1. Созерцательная саморефлексия

2. Активная саморефлексия

- a) Установка на наслаждение
- b) Аскетическая установка
- c) Самоформирование

Идея целостности. Примеры (градация от к подлинного к неподлинному). Многообразие самоформирования в соответствии с видами самости

Пластичная личность и святой

Производные формы:

1. святого
2. пластичной личности: эпикуреец, человек долга и стоик.

- Формализация

Выбор себя самого

3. Рефлексивная и непосредственная установка; момент

Экскурс: размышление о понятиях времени:

- a) Историческое
- b) Систематический порядок

Момент как последняя реальность

Две противоположности:

1. Момент времени только средство для будущего и непосредственной оживленности
2. Эстетическая изоляция момента и погружение момента в целостность

Непосредственный, отрефлектированный и осуществленный момент

Степени “fonction du réel”

Протяженность момента

С. ЭНТУЗИАСТИЧЕСКАЯ УСТАНОВКА

Общие положения: безграничность, тотальность, субстанция. Отличие от мистической установки.

Подробное описание

1. Единство энтузиастической установки
2. Самопожертвование
3. Объект дан специфическим образом
4. Энтузиастическая установка есть только в реальности
5. Энтузиастическая установка представляет собой любовь

a) Любовь универсальна

b) Любовь и влечения

c) Специфический объект

d) Любовь и понимание

Движение. Борьба.

Разграничения:

1. Психологическое понимание

2. Сочувствие

3. Воспитание

Половая любовь

Объект: в мире — вне мира

6. Энтузиазм и творчество

Формализация: энтузиазм и опьянение

Глава II

МИРОВОЗЗРЕНИЯ.

Введение.

Понятие мировоззрений и задача понимающей психологии.

Идея абсолютного мировоззрения и перспективы

Типичные ряды мировоззрений:

a) Переживаемое (зафиксировавшееся)— объективированное (известное)— только известное (формализованное) мировоззрение

b) Процессы дифференциации:

1. Опосредование через осознание

2. Развитие способности к пониманию и опыту

3. Единство и многообразие

4. Развитие до бесконечности

c) Выделение различных мировоззрений. Виды классификации. Источники

психологического рассмотрения мировоззрений

А. ЧУВСТВЕННО-ПРОСТРАНСТВЕННОЕ МИРОВОЗЗРЕНИЕ

Окружающий мир, раздражающий мир (Reizwelt), мировоззрение

Непосредственный мир, ограниченный космос, бесконечность

Естественно-механическое мировоззрение

Естественно-историческое мировоззрение

Естественно-мифическое мировоззрение
 Абсолютизация этих мировоззрений. Их борьба
 Их взаимосвязь и их синтез
 Техническое мировоззрение
 Техническое исполнение. Умение. Магическое действие
 Виды технических мировоззрений

В. ДУШЕВНО-КУЛЬТУРНОЕ МИРОВОЗЗРЕНИЕ

Понятное дано в чувственно-пространственном; последствия этого

1. Ряды: 1. Непосредственный мир
 2. Другое и чужое (объективный мир культуры и субъективный мир переживаний)
 3. Мировоззрение бесконечного понимания
 - II. Ряды: 1. Культуры
 2. Человеческие личности
 3. Душевно-мифическое мировоззрение
- Абсолютизация: историзм и психологизм

С. МЕТАФИЗИЧЕСКОЕ МИРОВОЗЗРЕНИЕ

Его понятие. Абсолют как неизбежное место.

Общие положения:

1. Наглядность из других мировоззрений
2. Движение, которое снова релятивизирует каждое метафизическое мировоззрение
3. Подлинная действительность

I. Место метафизического мировоззрения как отдельного целого в целом образов мира:

1. Непосредственная целостность
2. Разделение на тот и этот мир
3. Уровни действительности

II. Типы с точки зрения содержания:

1. Мифологически-демоническое мировоззрение:
 - а) Непосредственный мифологическое мировоззрение
 - в) Специфические источники опыта
 - с) Образ мира в стремлении к чудесному
 - д) Демоническое в мировоззрении Гете
 2. Философское мировоззрение. Общие положения
 - а) Абсолютизация отдельного конкретного мировоззрения
 - в) Рационалистическое и панлогистическое мировоззрение
 - с) Негативная теология
 - д) Мифически-спекулятивное мировоззрение
- #### III. Типы философского мышления.

Глава III ЖИЗНЬ ДУХА Введение

1. Оценки и таблицы ценностей
2. Пограничные ситуации

Общая характеристика и обзор

1. Антиномическая структура бытия
- Понятия противоположностей. Понятие антиномий

Краткий очерк антиномий:

- I. Антиномии на стороне объекта
 - Для мышления и познания
 - Для оценки и действий
 - II. Антиномии со стороны субъекта
 - Реакции на антиномическую ситуацию
 - Антиномическое мировоззрение
 - 2. Страдание
 - Общая характеристика
 - Реакции:
 - Оптимизм — пессимизм
 - Частное: Страдание, увиденное как конечное: шататься, работать, бороться, положительно трансформировать
 - Страдание, увиденное как тотальность: смирившийся, эскапистский, героический, религиозный — метафизический
 - Учение и жизнь
 - Кьеркегор и Ницше: страдание или удовольствие как последнее
 - 3. Отдельные пограничные ситуации
 - Борьба
 - Смерть
 - Случай
 - Вина
3. **Жизненный процесс**
 4. **Структура духовных типов**

А. СКЕПТИЦИЗМ И НИГИЛИЗМ

Понятие нигилизма

Причины, которые ведут к нигилизму:

1. Опыт противоречия самому себе в действительности
 2. Рефлексия своей автономии
 3. Стремление к правдивости и достоверности
- Виды твердынь: избирательное, костяк, жизнь
- Формы нигилизма:
- I. Стадии и формы нигилистического движения: В сопротивлении нигилизму
 1. Самоубийство верующего в загробную жизнь
 2. Самоотрицание и самоубийство неверующего
 3. Поиск субстанции снаружи: опьянение, философия и т.д.
 4. Словоблудие образования
 - В единении с нигилизмом
 1. Софист
 2. Скептик
 3. Нигилист действия
- II. Абсолютный нигилизм в психозах

В. ОПОРА В ОГРАНИЧЕННОМ: ОБОЛОЧКИ

Общие положения: Потребность в твердыне и покое. Наивная, полная жизни и изысканная, безжизненная оболочка

Рационализм:

Силы и подвижность разума. Многообразие рационализма

Характеристика:

1. Абсолютизация и самопреодоление разума
2. Необходимость и временное существование; закрытое мировоззрение и пограничные ситуации

Философские учения
Смысл выбора и или-или
Отдельные типы
Авторитаризм
Либерализм
Ценностный абсолютизм

С. ОПОРА В БЕСКОНЕЧНОМ

Введение: Общие положения. Задача. Характеристика духа:

1. Дух как бесконечный и свободный
2. Дух как процесс обладает иррациональным поворотным пунктом развития и опирается на силу веры
 - а. Поворотный пункт
 - в. Вера
3. Дух в его отношении к антиномическому и мистическому

Указание для характеристики отдельных форм духа

I. Дух между противоположностями:

1. Дух между хаосом и формой

Что представляет собой форма. Многозначность рациональных учений. Понятие консеквентности.

Хаотический, ригористически-консеквентный, демонический человек

Развитие в четырех формах: жизнь; ригоризм; хаос; тотальность, которая вместе с тем является учением

Общие положения: 1. все правильно — все неправильно; 2. хочу — не хочу; 3. жизнь — традиция

Гегелевское мировоззрение как характеризующий пример:

1. Жизнь есть мышление. Что представляет собой мышление у Гегеля
2. Истинное есть целое
3. Бесконечное наличествует не как задача, а как настоящий момент.

Против долженствования

4. Многозначное отношение к реальности

5. Двойственность: созерцание или оценивающее учение

Косвенное сообщение

2. Дух между разобщенностью и всеобщностью: индивидуум и всеобщее

Основная ситуация

A. Шесть противоположностей единичного и всеобщего (целого)

1. Общепринятое
2. Общечеловеческое
3. Необходимое
4. Человек вообще
5. Социологические целостности
6. Мир и Бог

Многозначность “индивидуализма”, “самости”.

Сознание субстанции

В. Становление самости изложено:

1. Как самопожертвование самости
2. Как последовательность сознания
3. Как раскрытие

Реферат Кьеркегора

Что такое самость? — Процесс самостановления: два процесса — Откровение — Замкнутость: два вида — Первый выход из непосредственности — Пути отклонения и затемнения — Сферы трансформации — Ряды форм с точки зрения возрастания сознания: α) Отчаянное нежелание быть собой — 1. Отчаяние из-за земного — 2. Отчаяние в вечном или из-за самого себя — β) Отчаянное желание быть собой, упрямство — Демоническое — Демоническая воля — Расширенное понятие демонического — Идеальные типы демонического в прозрачности — Формы в видах темноты — Свою самость в конкретном принимать и пронизывать или утверждать — Серьезность.

II. Дух в соответствии с видом его сущностной реальности

1. Реалист
2. Романтик
3. Святой

III. Полярность мистического: путь мистики и путь идеи

Многозначность “мистического”

Мистическое как переживание и процесс объективации

Мистическое как материал: переживание удовлетворения или раскрытие идеи.

Плотин и Кант

Характеристика субстанциональных форм в отличие от производных

1. Мистика
2. Идея

ПРИЛОЖЕНИЕ

УЧЕНИЕ КАНТА ОБ ИДЕЯХ

Созерцание и рассудок

Идеи разума: разрушение метафизики. Позитивное значение: регулятивный принцип. Хаос рассудочного познания, систематика посредством идеи. Принцип образования идей: целое, безусловное. Противопоставление категорий и идей.

Виды идей

Подразделение Канта. Другая систематизация:

1. Целостности опытных направлений:

Механизм, организм, душа

2. Целое содержания опыта:

Вещность и вещь. Индивидуум

Тройное значение идеи:

1. Психологическое значение
2. Методологическое значение
3. Объективное значение

Теоретические, практические и эстетические идеи

Перевод Петра Юрьевича Завитаева

15-летие разрушительной реформы российского здравоохранения

Ю. С. Савенко

Кратко прослеживается история деинституционализации с переходом на перевес внебольничной психиатрической помощи. Ее совершенно другой контекст и мотивы в России и отсутствие необходимой инфраструктуры неизбежно снижают качество психиатрической помощи.

Ключевые слова: деинституционализация, внебольничная психиатрическая помощь, качество психиатрической помощи.

15 лет назад все мы, не только врачи, были ясно и четко проинформированы о начале реформы здравоохранения и ее существовании. Так, “Новая газета” № 60 от 19/25 августа 2004 г. поместила на первой странице крупно набранный заголовок: **“ПРОЦЕСС НАД ВРАЧАМИ НАРОДА. В следующем году начнется реформа здравоохранения: под сокращение попадет больше половины медиков, из поликлиник исчезнут врачи-специалисты и педиатры, будут упразднены женские консультации, а в больницах уменьшится количество койко-мест, исчезнут “социальные” койки, закроются мелкие участковые больницы. Все это — часть программы, которую в 1994 г. разработал Всемирный банк для развивающихся стран Южной Африки”** с целью сокращения рождаемости в соответствии с политикой отдела народонаселения ООН. Против такой реформы в России выступили ведущие медики страны, особенно дружно педиатры. Но в 1996 г. министр здравоохранения Т. Б. Дмитриева, как рассказал экс-министр Э. А. Нечаев, в отличие от него “не удержалась от соблазна” принять предложение Всемирного банка и, в частности, в Тверской области был проведен пилотный проект, включавший подготовку врачей общей практики и семейных врачей и обеспечение их финансирования через страховые кампании. Банк предоставил области 30 млн. долларов, четко регламентировав расходы. Но этот проект провалился и был, после 7 летнего эксперимента, в ноябре 2003 г. свернут. Деньги были потрачены впустую, а область вынуждена была выплачивать Всемирному банку по займу долг в 7 млн. долларов. Несмотря на это, ведомство М. Ю. Зурабова возобновило сходный проект для всей страны. “Появятся, — писала газета, — новые профессии: лор-проктолог, окулист-гинеколог, травмодантист”. Новый министр здравоохранения — впервые не врач,

а коммерсант, — М. Ю. Зурабов откровенно вещал: “Мы уже не социальное государство, заботьтесь о себе сами, здравоохранение — ресурсозатратная область”. На что пенсионеры уже тогда публично отвечали: “Государству выгодно, чтобы мы вымерли”. А ведь даже в 1990-е годы, когда стоимость нефти была на порядок ниже, соотношение бюджетных трат на здравоохранение и военные расходы было принципиально другим, еще не милитаристским.

Лечение психических расстройств, в числе других социально значимых заболеваний, оставалось на бюджетном финансировании, но в пяти регионах осуществлялся пилотный проект по переводу на ОМС. На съезде НПА России обнаружились значительные различия ее результатов. Если в Калининградской области она шла успешно, то в Московской области, по свидетельству В. Я. Евтушенко, — наоборот.

На протяжении последних пяти лет темпы реформирования психиатрической помощи резко ускорились. В Москве из 16 психиатрических больниц осталось несколько на 12-миллионный город.

Центральная идея осуществляемой реформы — ее профилактическая направленность с перевесом внебольничной психиатрической помощи над госпитальной — сформировалась в конце XIX века, а в нашей стране была впервые и сразу с исчерпывающей полнотой и основательностью изложена в фундаментальной работе Павла Якобия “Административная психиатрия” в 1900 г., после его острой дискуссии с противостоящими ему Н. Н. Баженовым, С. С. Корсаковым и В. П. Сербским, но поддержанная А. Я. Кожевниковым. Эта замечательная книга позволяет считать Якобия основоположником отечественной социальной психиатрии. Вопреки этому, накануне Первой мировой войны в России началось строительство гигантских окружных психиатрических больниц-монстров, которые воплощали контрпро-

дуктивные принципы — централизацию, сегрегацию, изоляцию¹. Но после мировой войны, в русле международного психогигиенического движения, отечественная психиатрия оказалась в числе лидеров в отношении развертывания с 1924 г. сети диспансеров — эпоха Льва Марковича Розенштейна с его призывом “выйти за стены психиатрических больниц”, опережая многие европейские страны. Однако она была пресечена II съездом психиатров 1936 г., который императивно предложил психиатрам вернуться в стены больниц. — Властям не понравилось вмешательство психиатров в условия труда на производстве и большая выявляемость психически больных, что шло в разрез с госпропагандой. Преобладание госпитальной психиатрии растянулось на 7 десятилетий. В Европе процесс деинституционализации начался с 1970-х годов. Он был инициирован несоответствием расходов эффективности лечения, а окончательно проторен антипсихиатрическим пафосом культурной революции 1968 г. А у нас с 2000 г. исключительно финансовыми соображениями, в частности, объявлением непригодности по санитарным нормам трети капитального фонда. Тем более, что к ее началу уже был известен неоднозначный, скорее отрицательный, итальянский и американский опыт чрезмерно решительной деинституционализации — увеличение числа бездомных, оседание их в тюрьмах, где их пребывание консервировалось втрое меньшими расходами. И все это, несмотря на развитую инфраструктуру, благотворительность, традиционную активную взаимопомощь. У нас такие традиции сохранились только в патриархальных регионах, например, в Чеченской Республике.

На прошедшей в мае 2019 г. в Москве международной конференции, посвященной внебольничной психиатрической помощи, европейские лекторы рассказали о несомненных, хорошо известных со времен Якобия, преимуществах внебольничной помощи. Все они оговаривали **необходимость осторожности и медленных темпов проведения реформы**, избегая прямого заимствования, сообразуясь с конкретными особенностями каждого региона. Многие европейские страны учли это, и их опыт разнообразен [4]. Эти доводы были очевидны изначально и высказывались не только нами.

Для оценки оказываемой психиатрической помощи выкристализовались две основные характеристики: доступность и качество с инструментарием для дифференцированной многовекторной оценки этих характеристик.

В широком контексте переживаемого отрезка исторического развития перед нами еще исключительно значимый фактор — беззащитное забвение этики в

отношении больных и даже во взаимоотношениях в профессиональном сообществе. Отношение к тяжело больным, тем более психически больным, да еще старческого возраста, рассматривается как тяжелое бесполезное финансовое бремя для государства, как балласт, от которого хочется избавиться либо перебросить на плечи населения. Но психиатрическая помощь является не “ресурсозатратной”, а ресурсосберегающей. Ее недостаточность дезорганизует целые семьи, выполнение ими своей служебной и прочей деятельности и запускает механизм домино, подтачивая слаженное функционирование общества в самых неожиданных местах.

Государства, отдающие приоритет человеческому капиталу, намного опережают полагающихся на капитал энергоносителей и других природных богатств. Первые изобретают новые технологии, вторых возвращают их богатства. Аналогичные процессы происходят на уровне человеческих судеб. Здоровую счастливую жизнь обеспечивает осмысленная деятельность в солидарной среде и справедливое устройство общества. Подмена этого всевозможными суррогатами, имитациями, мнимостями, мнимостями и заканчивается.

Итак, уже у целого поколения наших сограждан была отнята возможность получать полноценную медицинскую помощь из-за отъема у службы здравоохранения, и без того требовавшей удвоения, трети средств.

Но дело не только в выделении на здравоохранение значительно меньших средств. Организация медицинской, в частности, психиатрической помощи, пошла по пути централизации, вопреки более столетия выяснившегося факта о принципиально большей успешности децентрализации на основе разветвлённой инфраструктуры, развитие которой — дело коллективного творчества всего общества, которое следует всячески стимулировать и поддерживать. Вместо этого общим стилем с советских времен является нетерпимость к самоорганизации, стремление все контролировать, бюрократизировать, всем управлять. Этот прескриптивный дух — запрещено все, что не разрешено, — главное препятствие на пути полноценного свободного развития, выработанного самой природой.

Конечно, этот путь следует пройти, не перепрыгивая через ступени, не оставляя пустот, неподготовленного фундамента для каждого очередного этапа. Необходима адекватная последовательность действий. Для такой необъятной страны как России нелепа унитарная модель, жестко проводимая в военном стиле. Это было учтено главным психиатром Минздрава Б. А. Казаковцевым, который разработал 6 моделей организации психиатрической службы для разных регионов страны, что не было до сих пор реализовано в нашу эпоху грубых упрощений.

¹ Например, Казанская и Троицкая (“Столбовая”) под Москвой, предназначенные для принудительного лечения.

Из отечественного закона о психиатрической помощи 1992 г. исчезло указание на “гарантированный уровень и высокое качество психиатрической помощи”, хотя эта 17 статья закона стала вдвое многословнее. В различных подписываемых пациентами и врачами стандартных формах после перечня всевозможных заявлений, предпочтений и гарантий указывается мелким шрифтом: “при наличии возможности”. Предлагается дать добровольное согласие на одно, второе, третье, — так квазизаконоустанавливается нечто, очень далекое от первоначально провозглашаемого.

Подобно тому, как технологии доказательной медицины давно умело имитируются, диссертации нередко фальсифицируются, судьи пишут свои решения загодя под копирку в соответствии с данной установкой, так и научные доклады на конференциях давно превратились у нас в информационные лекции без выделения времени на вопросы и дискуссию.

Реформе здравоохранения 15 лет, и она уже признана ошибкой, но только после того, как была бесповоротно запущена, хотя все было ясно изначально. Неисполнению 38 статьи закона о психиатрической помощи уже 27 лет, и власть продолжает забалтывать

эту проблему, бесконечно передавая решение этого вопроса из одного ведомства в другое.

Позиция НПА России в отношении реформы здравоохранения и 10 положений ее позитивной программы были изложены 15 лет назад [1 – 3: есть на сайте Ассоциации www.nprg.ru] и оказывается сегодня актуальнее прежнего, так как тогда прозвучала полным текстом на всероссийской конференции, а теперь на такие конференции нас приглашают сказать только приветственное слово, но не сообщить другой взгляд и критическое мнение рядовых врачей, пациентов и их родственников, которых мы презентуем, а это отказ от обратной связи, тогда как любая реформа без обратной связи обречена.

ЛИТЕРАТУРА

1. Савенко Ю. С. Приоритет закона и современное состояние психиатрической помощи // НПЖ, 2004, 4, 32 – 34.
2. Казаковцев Б. А. О реформе психиатрической помощи // Ibid, 28 – 31.
3. Лифшиц А. Е. Реформирование психиатрической службы // Ibid, 27 – 28.
4. Международная конференция о внебольничной психиатрической помощи // НПЖ, 2019, 2, 79 – 80.

**19-й всемирный конгресс по психиатрии ВПА
ПСИХИАТРИЯ И ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ:
ГЛОБАЛЬНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ
И АДЕКВАТНЫЕ МЕСТНЫЕ ДЕЙСТВИЯ**

21 – 24 августа 2019 г., Лиссабон, Португалия

<https://2019.wcp-congress.com>

**Региональный конгресс ВПА
ПСИХИАТРИЯ В XXI ВЕКЕ: ВЫЗОВЫ И ОТВЕТЫ**

27 – 29 сентября 2019 г., Алма-Ата, Казахстан

<https://wpacongress2019.kz>

Как Россия выполняет Конвенцию о правах инвалидов: конвейерное помещение граждан в ПНИ (замечания к проекту приказа двух министерств)

Л. Н. Виноградова, С. А. Колосков

Рассматривается проблема реформирования психоневрологических интернатов. Показано, что государство не выполняет Конвенцию о правах инвалидов в отношении людей с психическими расстройствами, проводя политику массового помещения их в психоневрологические интернаты и таким образом изоляции общества вместо развития внестационарных форм помощи и максимального включения в социальную жизнь. Подготовленный проект приказа Минздрава и Минтруда о выявлении людей с психическими расстройствами для последующего направления в ПНИ нарушает Конвенцию о правах инвалидов и противоречит законодательству о социальном обслуживании и психиатрической помощи.

Ключевые слова: психоневрологические интернаты, сопровождаемое проживание, реформирование ПНИ, Конвенция о правах инвалидов.

Вот уже несколько лет не утихают споры относительно психоневрологических интернатов. Сегодня их около 500 по стране, и в них постоянно проживают более 150 тысяч человек. Многочисленные проверки не раз выявляли серьезные нарушения прав проживающих там граждан, а об условиях проживания — по крайней мере, вне Москвы — и говорить не приходится. Подтверждением тому являются частые пожары, высокая смертность, многочисленные жалобы.

Правительство неоднократно обсуждало эту проблему, но до сих пор так и не выработало стратегии действий в отношении ПНИ. С одной стороны, было выделено 50 млрд. рублей на строительство новых интернатов, а с другой — на одном из заседаний Правительства вице-премьер Т. И. Голикова заявила, что почти половина граждан, проживающих в ПНИ, могут быть выписаны оттуда, и поручила Центру им. Сербского в срочном порядке провести обследование проживающих в ПНИ на предмет оценки их психического здоровья и возможности самостоятельного проживания. Она также отметила, что ПНИ в большинстве своем являются закрытыми учреждениями, где «люди оказываются полностью изолированы, а их права часто нарушаются».

После встречи с представителями социально ориентированных НКО в июле 2017 г. глава государства утвердил поручения Правительству РФ, которые касались нормативно-правового закрепления форм сопровождаемого проживания; вопросов социального обслуживания людей, которые утратили способность к самообслуживанию; внесения изменений в законодательство с тем, чтобы НКО могли стать поставщиками социальных услуг для инвалидов. В соответствии с этими поручениями Минтруд России разработал и утвердил своим приказом от 14 декабря 2017 года № 847 «Методические рекомендации по организации различных технологий сопровождаемого проживания инвалидов, в том числе такой технологии, как сопровождаемое совместное прожи-

вание малых групп инвалидов в отдельных жилых помещениях».

Однако развитие внестационарных форм социального обслуживания инвалидов по психическому заболеванию, в первую очередь, сопровождаемого проживания, не развивается. Государство не выделяет на это средств, а инвесторы не торопятся вкладывать свои деньги. Гораздо легче и выгоднее строить новые ПНИ, и тратить потом огромные бюджетные деньги на их эксплуатацию.

Так 5 февраля 2019 г. министр труда и социальной защиты Максим Топилин сообщил, что в 2019 – 2024 гг. будет потрачено более 50 миллиардов руб. на строительство и реконструкцию интернатов, в основном, психоневрологических (ПНИ) (<https://tass.ru/ekonomika/607985>). И 28 января был выделен первый транш в 2 миллиарда рублей на начальный этап строительства 17 зданий интернатов, из них 16 ПНИ. В 10 зданиях предполагается размещать по 100 и более человек в каждом. Только 3 здания можно отнести к малокомплектной застройке, поскольку там планируется проживание не более 50 человек. Однако и они будут являться частью больших интернатов.

Таким образом, так называемая реформа ПНИ, объявленная Минтрудом России в 2016 г., т.е. почти три года назад, на деле привела к самому большому в истории России строительству психоневрологических интернатов. Еще полвека назад развитые страны начали расселение и разукрупнение интернатов. А у нас не только строятся новые большие интернаты на сотни людей, но и укрупняются существующие.

Так, в Нижегородской области будет укрупнен Понетаевский ПНИ. В старом здании уже проживает 727 человек. В новом здании проживающих будет еще больше — тысяча человек (<http://ponetaevskiyjni.ru/socialnoe-obslyuzhivanie/kolichestvo-svobodnyh-mest>). В Курской области планируется укрупнить Краснотябрьский, Суджанский и Ольшанский ПНИ. В них будут построены дополнительные корпуса на 100 – 110 человек. (<http://takt-tv.ru/takt-novosti/v-kurskoj->

oblasti-planiruyut-postroit-tri-psikhonevrologicheskikh-internata). В Ульяновской области укрупнят ПНИ в селе Акшуг. В этом интернате уже проживает 425 человек, а после постройки нового корпуса будет на 150 человек больше (<http://akshuat.ulpni.ru/index.php/ob-internate/svobodniemesta>). В Коми планируют построить новый корпус Летского ПНИ на 200 койко-мест в селе Черемуховка (<https://komiinform.ru/news/175675>). В Омской области укрупнят Омский ПНИ: в поселке Северный будет построен новый корпус на 100 человек (https://www.om1.ru/realty/news/160334-v_omske_khotjat_rasshirit_psikhonevrologicheskij_internat/?utm_source=uxnews&utm_medium=desktop). Будет укрупнен Маловишерский ПНИ “Оскочи” в Новгородской области, в котором уже проживают 270 человек (<https://regnum.ru/news/2509847.html>).

В интернаты обычно направляют людей со всего региона, при этом строят многие интернаты в деревнях и поселках, отдаленных от областных и районных центров. У проживающих в таких интернатах разрушаются семейные и дружеские связи — их близким трудно, а часто и дорого приезжать к ним регулярно. Кроме того, удаленность от крупных населенных пунктов препятствует получению необходимой медицинской помощи инвалидами 1 и 2 групп и лицами преклонного возраста, которые составляют значительную часть обитателей интернатов. И наконец, такое расположение интернатов не только полностью изолирует их жителей от общества, но значительно затрудняет какой-либо контроль общества за соблюдением прав проживающих и условиями их жизни.

Например, в правилах проживания Летского ПНИ указано, что “Свидания(!) получателей социальных услуг с законными представителями, адвокатами, нотариусами, представителями общественных и (или) иных организаций, священнослужителями, а также родственниками и другими лицами осуществляются в **установленные дни и часы**” (п. 30). (http://letkapni.komi.ru/pages/usloviya_predostavleniya_sotsialnyh_uslug). В Омском ПНИ проживающих можно навещать ТОЛЬКО с 15.00 до 17.00 по будним дням и с 10.30 до 12.30 в выходные дни. В банные дни посещения запрещены. (<http://pni55.ru/informaciya-o-postavshchike-socialnyh-uslug>). В Понетаевском ПНИ для посещения проживающих требуется согласование врача или фельдшера (п.3.11 Правил) (<http://pni55.ru/informaciya-o-postavshchike-socialnyh-uslug>). Список можно продолжать.

При этом стоимость строительства новых ПНИ в расчете на одного человека составляет **1, 2, 3 миллиона, и даже 3,5 миллиона рублей! А в Севастополе стоимость одного места будет почти 4.5 миллиона!** Может быть за ТАКИЕ деньги в ПНИ будут просто замечательные жилищные условия? К сожалению, нет — принятые за последние 5 лет (начиная с 2014 г.) санитарные правила, напротив, ухудшили требования к условиям проживания в ПНИ. Так, если в первоначальной редакции СанПиН 2.1.2.2564-09 от 2009 г. были требования к нормам площади спальных комнат

в ПНИ не менее 6 – 8 кв.м. на человека, требования к наличию при каждой спальной комнате санузла, определенные требования к оборудованию и площади санузлов, то в 2014 г. данные требования были отменены и в действующий СанПиН 2.1.2.3358-16 (вступил в силу в 2016 г.) они не вошли. Согласно действующим санитарным правилам жилые **помещения в ПНИ должны быть устроены по коридорному типу** (т.е. как в больницах), когда спальни с другими помещениями, например, санузлами, связаны через общий коридор (систему коридоров). В спальнях должны жить от 4 до 6 человек (п.п. 3.4, 3.5 СП 2.1.2.3358-16). (<http://docs.cntd.ru/document/420358947>).

НПА России совместно с Общероссийской общественной организацией инвалидов вследствие психических расстройств и их семей “Новые возможности” в начале 2018 г. направила предложения в Минтруд, в которых предлагала, в частности, предусмотреть устройство жилых помещений в ПНИ преимущественно по квартирному типу, в жилой ячейке для групп не более 5 – 6 человек с общей гостиной, кухней, столовой, прихожей, санитарным узлом, как это установлено для интернатов общего типа (п.3.4 СП 2.1.2.3358-16). Для вновь строящихся, проектирующихся зданий ПНИ предусмотреть ограничение по количеству проживающих — не более 30 человек в одном здании. Исключения могут составлять здания, предназначенные для лиц пожилого возраста, нуждающихся в большом объеме постоянной медицинской помощи.

В ответ спустя полгода Минтруд ответил отпиской — наши предложения были направлены для “проработки” в Роспотребнадзор, который до сих пор молчит.

Вместо того, чтобы направить значительную часть средств на развитие внестационарных форм помощи инвалидам вследствие психического заболевания, в частности, на программы сопровождаемого проживания, в соответствии с поручением Президента от **23 августа 2017 г.** Пр-1650 (п.п.1.а, 2а), по стране полным ходом идет строительство новых психоневрологических интернатов по старым схемам. А Минздрав уже позаботился о том, что бы все места в этих ПНИ были заполнены.

Совместно с Министерством труда и социального развития Российской Федерации Минздрав России подготовил проект приказа “Об утверждении порядка взаимодействия медицинских организаций, оказывающих психиатрическую помощь, со стационарными организациями социального обслуживания, предназначенными для лиц, страдающих психическими расстройствами”, который предусматривает выявление медицинскими организациями людей с психическими расстройствами в соответствии с указанными в приказе критериями для их направления в психоневрологические интернаты.

Таким образом, инвалиды вследствие психического расстройства окажутся в закрытых специализированных учреждениях социального обслуживания вместо получения гарантированных законом социаль-

ных услуг по месту жительства; из сферы здравоохранения будут выведены тысячи пациентов, которые нуждаются в частом и порой длительном стационарном лечении и не могут обходиться амбулаторной помощью, и будет полностью решена проблема заполнения новых интернатов.

НПА России решительно против такого подхода.

Совместно с Общероссийской общественной организацией инвалидов вследствие психических расстройств и их семей “Новые возможности” и нашими экспертами НПА подготовила замечания к предложенному проекту приказа и направила их в Правительство РФ. В своем письме вице-премьеру по социальным вопросам Т. И. Голиковой мы пишем, что **“предложенный проект приказа создает предпосылки для массового нарушения конституционного права на свободу и личную неприкосновенность инвалидов”** и предлагаем отозвать его.

Ниже публикуются Замечания к проекту приказа, направленные в Правительство РФ. Надеемся, что они будут приняты к сведению. Однако, для того, чтобы службы здравоохранения и социального обеспечения повернулись лицом к людям с психическими расстройствами и перестали расценивать их как тяжелое бремя, ненужный балласт, который нужно изолировать, необходимо объединение усилий всех профессиональных и непрофессиональных организаций, работающих в сфере психического здоровья. Жаль, что Российское общество психиатров пока остается глухо к решению этой важной проблемы.

6 мая 2019 г.

ЗАМЕЧАНИЯ

по проекту совместного приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации и Министерства труда и социального развития Российской Федерации

“Об утверждении порядка взаимодействия медицинских организаций, оказывающих психиатрическую помощь, со стационарными организациями социального обслуживания, предназначенными для лиц, страдающих психическими расстройствами, включая правила отбора лиц, страдающих психическими расстройствами, нуждающихся в помещении в указанные стационарные организации социального обслуживания, направления этих лиц в указанные стационарные организации социального обслуживания, порядок социализации и трудоустройства этих лиц, а также критерии выписки лиц, страдающих психическими расстройствами, из указанных стационарных организаций социального обслуживания”

Проектом приказа предлагается организовать выявление медицинскими учреждениями людей с пси-

хическими расстройствами для их направления в психоневрологические интернаты.

Согласно проекту приказа, медицинские организации психиатрического профиля формируют списки людей с психическими расстройствами на основе указанных в приказе критериев и в соответствии с календарным планом.

Психоневрологические интернаты, как подчеркнул заместитель председателя Правительства Российской Федерации по вопросам социальной политики Т. А. Голикова на заседании Совета по вопросам попечительства в социальной сфере 29 марта 2019 года, в большинстве своем являются закрытыми учреждениями, где “люди оказываются полностью изолированы, а их права часто нарушаются”¹.

Между тем, **предложенный проект приказа создает предпосылки для массового нарушения конституционного права на свободу и личную неприкосновенность инвалидов, поскольку предусматривает создание системы выявления и направления людей с инвалидностью вследствие психического расстройства в закрытые специализированные учреждения социального обслуживания вместо обеспечения таким людям гарантированной законом возможности получения социальных услуг по месту жительства.**

Проект приказа нарушает также гарантии сохранения врачебной тайны в отношении людей с психическими расстройствами и тем самым создает предпосылки для злоупотреблений с жильем данной категории лиц, поскольку значительно расширяет круг лиц, имеющих бесконтрольный доступ к сведениям о психическом здоровье граждан.

Реализация проекта приказа может привести к необоснованному повышению бюджетных расходов на социальное обслуживание данной категории лиц, поскольку создаст условия для искусственного завышения числа граждан, нуждающихся в стационарной форме социальном обслуживании. Такое обслуживание значительно дороже внестационарных форм социального обслуживания, так как требует больших расходов на строительство и эксплуатацию зданий учреждений, оплату работы персонала, а также на содержание получателей услуг в учреждениях.

Мы считаем, что проект приказа противоречит Конституции, законодательству о социальном обслуживании, о здравоохранении и психиатрической помощи, а также Конвенции о правах инвалидов. Ниже приводим правовое обоснование нашей позиции.

Мы убеждены в необходимости отозвать проект приказа и признать дальнейшую работу над

¹ Выступление Т. А. Голиковой на заседании Совета по вопросам попечительства в социальной сфере 29 марта 2019 г.: <http://www.popechitely.ru/news/informatsionnye-soobshcheniya/tatyana-golikova-poruchila-obsledovat-vsekh-zhiteley-pni/>

ним в части установления порядка отбора лиц, страдающих психическими расстройствами, для помещения их в психоневрологические интернаты нецелесообразной.

I. Проект приказа противоречит законодательству о социальном обслуживании и о психиатрической помощи

В соответствии с Федеральным законом “Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации” от 28 декабря 2013 года № 442-ФЗ (далее — Закон о социальном обслуживании) социальное обслуживание основывается на соблюдении прав человека и осуществляется исключительно в добровольном порядке (статья 4, а также статья 9). К основным принципам социального обслуживания относятся также адресность предоставления социальных услуг, приближенность поставщиков социальных услуг к месту жительства получателей социальных услуг и сохранение пребывания гражданина в привычной благоприятной среде (статья 4). С этой целью закон предусматривает ряд организационных мер и правовых гарантий, направленных на организацию индивидуализированного социального обслуживания по месту жительства гражданина с учетом его конкретных потребностей.

В частности, закон гарантирует социальное обслуживание в соответствии с индивидуальной программой (статья 16), в том числе на дому или в полустационарной форме (статья 19). Гарантированные законом социальные услуги, предоставляемые получателям при любой форме социального обслуживания, включают в себя социально-бытовые услуги, направленные на поддержание жизнедеятельности получателей социальных услуг в быту (статья 20), а также иные социальные услуги, в том числе срочные, которые призваны компенсировать неспособность человека с инвалидностью полностью самостоятельно обслуживать себя в быту². При этом согласно Закону о социальном обслуживании наличие психического расстройства или нарушения интеллектуального развития не является основанием для отказа в предоставлении социальных услуг на дому или в полустационарной форме, в связи с чем инвалиды вследствие психического расстройства вправе получать социальные услуги наравне с лицами, имеющими инвалидность вследствие физических нарушений.

² Приказ Минтруда России № 861, Минздрава России № 1036 от 21.12.2017 г. “Об утверждении методических рекомендаций по организации социального обслуживания и социального сопровождения граждан, полностью или частично утративших способность осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, и оказания им медицинской помощи”.

Вопреки указанным принципам, проект приказа фактически возлагает на медицинские организации психиатрического профиля обязанность по отбору пациентов с целью их направления в психоневрологические интернаты для оказания социального обслуживания в условиях изоляции от общества, а не в привычной обстановке. При этом проект приказа не предусматривает принятия каких-либо мер по организации получения пациентом социальных услуг по месту жительства с целью сохранения его пребывания в привычной благоприятной среде, то есть дома, несмотря на то, что такие социальные услуги являются приоритетными (статья 4 Закона о социальном обслуживании).

Возложение на сотрудников психиатрического стационара обязанности по организации социального обслуживания людей с психическими нарушениями не отвечает функциям медицинских работников. Кроме того, наделение психиатров подобной функцией несет в себе риск того, что при определении показаний к направлению гражданина в психоневрологический интернат, сотрудники психиатрической больницы будут руководствоваться преимущественно медицинскими, а не социальными критериями, в связи с чем тяжесть психического расстройства будет автоматически рассматриваться как неспособность к самостоятельному проживанию даже при условии получения помощи социальных служб.

В ситуации нуждаемости гражданина, находящегося в психиатрическом стационаре, в социальном обслуживании, психиатрический стационар обязан оказать содействие такому гражданину в обращении в соответствующий орган власти субъекта Российской Федерации для признания такого гражданина нуждающимся в социальном обслуживании (ст. 14 Закона о социальном обслуживании). В ситуации гражданина, признанного недееспособным и неспособного по своему состоянию лично обратиться с заявлением о получении социальных услуг, обеспечение получения инвалидом социальных услуг является обязанностью опекуна, а в случае отсутствия или бездействия опекуна такая обязанность возлагается на орган опеки и попечительства согласно ст.ст. 7, 8 Федерального закона “Об опеке и попечительстве” от 24 апреля 2008 года № 48-ФЗ.

При этом следует учитывать, что условия социального обслуживания в психоневрологических интернатах противоречат требованиям Закона о социальном обслуживании, поскольку такие учреждения фактически являются закрытыми, а режим пребывания в них связан с системными нарушениями прав проживающих.

Направление гражданина в психоневрологический интернат, при условии добровольного информированного согласия такого гражданина, допустимо только в исключительной ситуации полной утраты способности к самообслуживанию, когда иные фор-

мы социального обслуживания не могут обеспечить возможность проживания дома или в иных условиях, выбранных самим инвалидом. Такая оценка должна проводиться органами социальной защиты населения, а не психиатрами, и должна сопровождаться надлежащими гарантиями против злоупотреблений.

Согласно ст. 41 Закона РФ от 2 июля 1992 года № 3185-1 “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании” (далее — Закон о психиатрической помощи) основаниями для помещения в психоневрологический интернат являются личное заявление гражданина, в том числе гражданина, признанного недееспособным, а также заключение врачебной комиссии с участием врача-психиатра. В отношении гражданина, признанного недееспособным, если он по своему состоянию не способен подать личное заявление, основанием для помещения в психоневрологический интернат является решение органа опеки и попечительства, принятое на основании заключения врачебной комиссии с участием врача-психиатра. Заключение должно содержать сведения о наличии у лица психического расстройства, лишаящего его возможности находиться в иной организации социального обслуживания, предоставляющей социальные услуги в стационарной форме.

Фактически решение о направлении гражданина в психоневрологический интернат принимается не самим гражданином, как того требует Закон о социальном обслуживании и Закон о психиатрической помощи, а иные лица. На практике пациенты психиатрических больниц, не имеющие медицинских показаний для дальнейшего пребывания в психиатрическом стационаре, но нуждающиеся в социальном обслуживании, зачастую принуждаются к подписанию согласия на помещение в психоневрологический интернат под давлением, в частности, под угрозой усиления медикаментозного лечения или оформления недобровольной госпитализации.

Более того, как показывает практика, в отношении граждан, признанных недееспособными, вопрос об их согласии на помещение в психоневрологический интернат в принципе не рассматривается. Решение о направлении таких граждан в психоневрологический интернат принимается органом опеки и попечительства, при этом заявление самого признанного недееспособным гражданина о направлении в интернат не испрашивается, его согласие с таким решением не выясняется и не документируется. Такая практика прямо противоречит требованиям законодательства, поскольку в силу прямого указания закона любой гражданин, в том числе признанный недееспособным, может быть направлен в интернат только с письменного согласия. Исключение составляют признанные недееспособными граждане, не способные по своему состоянию подать личное заявление о помещении в интернат, то есть граждане, не способные выразить свое отношение к решению о направлении в

интернат (так называемые “непротестующие пациенты”). Как следует из буквального смысла Закон о психиатрической помощи, решение об их направлении в интернат принимается органом опеки и попечительства, при этом несмотря на фактически недобровольный характер такой меры, судебный контроль в отношении решения органа опеки и попечительства не требуется.

Фактически приказ призван легитимизировать практику психиатрической службы по помещению в психоневрологические интернаты всех сложных пациентов, перевода их из сферы здравоохранения в сферу социального обслуживания. Так, по данным Независимой психиатрической ассоциации России в Москве на протяжении нескольких лет налажено массовое признание граждан с психическими расстройствами недееспособными с последующим принудительным переводом их в психоневрологические интернаты. Такие пациенты аккумулируются в психиатрической больнице № 14, которая называется больницей паллиативной помощи и служит трамплином для перевода в интернат. Больница, которая является филиалом Клинической психиатрической больницы № 1 им. Алексева, сама подает заявление в суд о признании гражданина недееспособным, суд назначает судебно-психиатрическую экспертизу в Клинической психиатрической больнице № 1 им. Алексева, после чего пациента оформляют в психоневрологический интернат, чаще всего в интернат № 34, который был репрофилирован из Психиатрической больницы № 15. Согласие пациентов и мнение родственников при этом не спрашивают. Родственникам отказывают в назначении опекунами, ссылаясь на то, что “пациент тяжелый, они не справятся, он не может проживать дома”. В 2018 году Психиатрическая больница № 14 подала в суд 575 (!) заявлений о признании граждан недееспособными, большая часть из них была удовлетворена, граждане, многие из которых вполне могли бы проживать дома, оказались в стационарной организации социального обслуживания, директором которой одновременно является для них и поставщиком социальных услуг и представляет их интересы как получателей этих услуг, т.е. налицо конфликт интересов.

II. Проект приказа противоречит Конвенции о правах инвалидов

В соответствии со ст. 19 Конвенции о правах инвалидов, ратифицированной Российской Федерацией 5 мая 2012 года, государства признают равное право всех инвалидов жить в обычных местах проживания, при равных с другими людьми вариантах выбора, и принимают эффективные и надлежащие меры для того, чтобы содействовать полной реализации инвалидами этого права и их полному включению и вовлечению в местное сообщество. С этой целью инвалиды

должны иметь а) возможность выбирать наравне с другими людьми свое место жительства и то, где и с кем проживать, б) доступ к разного рода оказываемым на дому, по месту жительства и иным вспомогательным услугам на базе местного сообщества, включая персональную помощь, необходимую для поддержки жизни в местном сообществе и включения в него, а также для недопущения изоляции или сегрегации от местного сообщества.

Раскрывая понятие права на самостоятельный образ жизни и вовлеченность в местное сообщество, Комитет по правам инвалидов указал, что *“самостоятельный образ жизни и вовлеченность в местное сообщество относятся к условиям жизни за пределами каких бы то ни было специальных учреждений интернатного типа”*³. При этом Комитет далее подчеркнул, что *“ни полное или частичное лишение какой-либо “части” правоспособности, ни объем необходимой помощи не могут служить основанием для отказа инвалидам в праве на независимость и на ведение самостоятельного образа жизни в местном сообществе или для ограничения этого права”*.

Следовательно, предлагаемая в проекте приказа система выявления и массового направления людей с инвалидностью в психоневрологические интернаты прямо противоречит обязательствам России по Конвенции о правах инвалидов. Учитывая, что в силу ст. 4 Конвенции о правах инвалидов государства обязуются воздерживаться от любых действий или методов, которые не согласуются с Конвенцией, принятие предложенного приказа будет фактически поощрять практику изоляции и сегрегации инвалидов с психическими нарушениями, что несовместимо с гарантиями ст. 19 Конвенции и противоречит принципу запрета дискриминации людей с психическими нарушениями в отношении доступа к социальным услугам на базе местного сообщества.

III. Проект приказа противоречит гарантиям охраны врачебной тайны

В соответствии со ст. 9 Закона о психиатрической помощи сведения о факте обращения гражданина за психиатрической помощью, состоянии его психического здоровья и диагнозе психического расстройства, иные сведения, полученные при оказании ему психиатрической помощи, составляют врачебную тайну, охраняемую законом.

В статье 13 ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” предусмотрен исчерпывающий перечень случаев, когда допускается предоставление сведений, составляющих врачебную

тайну, без согласия гражданина или его законного представителя. Передача сведений о пациентах психиатрической больницы органам управления здравоохранением с целью дальнейшего направления таких граждан в стационарные организации социального обслуживания, законом не предусмотрена. Такие действия являются разглашением охраняемой законом тайны (ст. 137 Уголовного кодекса РФ).

Соответственно, предложенный в проекте приказа механизм создает предпосылки для злоупотреблений с жильем людей с психическими расстройствами, поскольку значительно расширяет круг лиц, имеющих бесконтрольный доступ к сведениям о психическом здоровье граждан.

IV. Предусмотренные проектом приказа показания к направлению в психоневрологические интернаты противоречат закону

В приложении 1 к проекту приказа предлагается утвердить медицинские показания к нахождению в стационарных организациях социального обслуживания, предназначенных для лиц, страдающих психическими расстройствами (психоневрологических интернатах).

Между тем, в соответствии со ст. 5 Закона о психиатрической помощи ограничение прав лиц, страдающих психическими расстройствами, только на основании психиатрического диагноза, фактов нахождения под диспансерным наблюдением или пребывания в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, а также в стационарной организации социального обслуживания, предназначенной для лиц, страдающих психическими расстройствами, не допускается. Вопреки указанной норме проектом приказа предлагается утвердить перечень психиатрических диагнозов, при которых пациенты направляются в стационарные организации социального обслуживания. Тем самым ограничивается право данной категории инвалидов на получение социальных услуг по месту жительства, гарантированное Законом о социальном обслуживании с целью сохранения пребывания гражданина в привычной благоприятной среде (статья 4).

При этом в соответствии с Законом о социальном обслуживании основанием для предоставления социальных услуг, в том числе в стационарной форме, является нуждаемость в социальном обслуживании, которая связывается с ограничениями социального функционирования в конкретной ситуации гражданина, а не с медицинским диагнозом (ст. 15). С точки зрения Закона о социальном обслуживании (п. 3 ст. 18), и соответствующих положений Закона о психиатрической помощи (ст. 41), психическое состояние гражданина, но не диагноз как таковой, может служить противопоказанием для нахождения в стационарной организации социального обслуживания

³ Комитет по правам инвалидов. Замечание общего порядка № 5 (2017) о самостоятельном образе жизни и вовлеченности в местное сообщество. Док. ООН CRPD/C/GC/5 от 27 октября 2017 г.

общего типа. В отсутствие противопоказаний гражданин, имеющий нарушение психического здоровья, имеет право на получение социальных услуг в стационарной организации социального обслуживания общего типа наравне с другими лицами, нуждающимися в социальном обслуживании.

К медицинским показаниям нахождения в стационарных организациях социального обслуживания для лиц с психическими расстройствами приложением 1 к проекту приказа отнесены «хронические и затяжные психические расстройства с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями (при наличии слабоумия или грубых проявлений психического дефекта)», однако затем в таблице без всякой дифференцировки приводятся целые классы психических расстройств, при некоторых из которых в принципе не может быть слабоумия или грубых проявлений психического дефекта. Так, в рубрике F 00 – 09 имеется F06.7 — легкое когнитивное расстройство, про которое в МКБ-10 специально говорится, что ни один из его симптомов не является настолько выраженным чтобы можно было диагностировать деменцию или делирий. В рубрику F 20 – 29 попадает шизотипическое расстройство (F 21), для которого характерно «чуждающееся поведение, аномалии мышления и эмоций» при том, что «характерные для шизофрении нарушения не наблюдаются». Никакого психического дефекта, тем более «грубого проявления психического дефекта» при этом расстройстве не обнаруживается. В рубрику F70 – F79 включена умственная отсталость легкой степени (F 70), про которую в МКБ-10 сказано: «В целом, у лиц с легкой степенью умственной отсталости поведенческие, эмоциональные и социальные нарушения и возникающая в связи с ними потребность в терапии и поддержке гораздо больше напоминают проблемы людей с нормальным уровнем интеллектуальности, нежели специфические проблемы у лиц с умеренной и тяжелой степенью умственной отсталости. Многие люди

с включенными в таблицу медицинских показаний диагнозами даже не являются инвалидами, они владеют всеми навыками самообслуживания, могут самостоятельно передвигаться по городу, ходить в магазины, делать покупки, разумно распоряжаться своими средствами и т.п. Помещение их в психоневрологические интернаты приведет к грубому нарушению права на свободу и права на проживание в местном сообществе, что недопустимо даже на добровольной основе. При неблагоприятной социальной ситуации и невозможности получения социальной помощи и поддержки на дому такие люди могут проживать в организациях социального обслуживания общего типа.

Легко предвидеть, что включение в таблицу определенных шифров психических расстройств, приведет к тому, что формальные исполнители, поощряемые различными соображениями, не имеющими отношения к конкретным людям с психическими расстройствами, будут руководствоваться в первую очередь, перечнем, а не принципиально важным уточнением относительно «наличия слабоумия или грубых проявлений психического дефекта». Мы видим такую практику при массовом отказе психоневрологических диспансеров выдавать разрешение на управление автотранспортом, со ссылкой на то, что имеющееся у заявителя психическое расстройство «входит в перечень противопоказаний», хотя в Постановлении Правительства РФ от 29 декабря 2014 г. № 1604 указано, что психические расстройств и расстройства поведения являются противопоказанием «при наличии хронических и затяжных психических расстройств с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями». Однако это уточнение дано в скобках, а далее приводится таблица практически всех шифров психических расстройств из МКБ-10. Все это ведет к тому, что люди боятся обращаться к психиатрам и отказываются от психиатрической помощи.

Л. Н. Виноградова, исполнительный директор Независимой психиатрической ассоциации России

Н. Б. Левина, председатель правления Общероссийской общественной организации инвалидов вследствие психических расстройств и их семей «Новые возможности»

Д. Г. Бартенев, адвокат, к.ю.н., преподаватель кафедры международного права Санкт-Петербургского государственного университета

С. А. Колосков, член Рабочей группы по реформированию ПНИ при Минтруде России, помощник депутата ГД РФ, члена Комиссии при Президенте РФ по делам инвалидов О. Смолина

“Молодой хроник” в интерьере повседневной психиатрической помощи

Е. Б. Любов¹, А. Н. Куликов²

В свете “жизни в болезни” некоего психиатрического пациента показаны клиничко-социальные проблемы молодых инвалидов вследствие шизофрении, возможности и препятствия психосоциальной реабилитации в условиях типовой психиатрической помощи.

Ключевые слова: шизофрения, инвалидность, психосоциальная реабилитация.

Никто из нас не целен сам по себе, но каждый носит в себе материки, и моря между материками, и птиц в небе.

Генри Миллер

В начале жизни. Андрей (далее А.) — единственный ребенок в семье. Отец — кавказец с тремя детьми от первого брака, закрытый, жесткий, инженер-метростроевец и ревнивый домостроитель. Мать — русская, моложе на 20 лет, первые нормальные роды в 37 лет, счетовод, громоотвод семейных конфликтов с рукоприкладством мужа. А. развивался телесно правильно, заговорил поздно; осмотрен неврологом без рекомендаций. Рос замкнутым (“сам по себе”) домашним ребенком, обожал и боялся отца, видел его редко (командировки). С четырех лет увлечен “машинками”: без усталости и разнообразно играл в автопарк в одиночестве, опасаясь, что “чужие” повредят игрушки. В школу пошел в срок, учился удовлетворительно без особых интересов. Приобрел несколько приятелей, общение лишь на переменах.

В 11 лет пришлось сменить квартиру и школу. Не вписался в новый коллектив. Тосковал по приятелям, несколько раз их навещал. Постепенно снизилась успеваемость при видимом прилежании, замкнулся, не следил за внешним видом и личной гигиеной. Жаловался на головные боли, несварение желудка, отлынивал от школы. Учителя полагали, что “ленится” и советовали матери быть “строже”. В ответ на издѣвку и тычки второгодников однажды слегка порезал ножом левое запястье с намерением умереть. Испугавшись и “отрезав от боли”, унял кровь тайно от родителей. К 11 классу забросил школу: блуждал по городу, дожидаясь конца уроков. Дома раздражителен, пассивен, замкнут. Оживлялся, рассматривая модели авто и их чертежи. Получил стараниями всемогущего отца школьный аттестат. Согласился на подготовительные курсы института инженеров

транспорта (стеся отца), но бросил их без объяснений. Выбрав автодорожный колледж, на радость родителям закончил его успешно, оставаясь малообщительным, молчуном. Уклонялся от практических занятий на автобазе в связи с “конфликтами с соучениками”, но защитил диплом нежданно бойко, не тушевался, речь была “плавной и правильной”. Ничем тяжело физически не болел, в 14 лет оперирован в связи с варикоцеле.

Работа и без. По окончании колледжа бесцельно ездил на автобусах (только на них), заходил в автопарки, знакомился с шоферами, напрашивался помочь в ремонте. Пригласившемуся профи подарил роскошный атлас с картинками устройства автобуса, опомнился, хотел его вернуть, но поздно. По просьбе отца взят подсобником в частную автомастерскую. Подвергался насмешкам работников как салага. Легко поддавался на розыгрыши. Так, наждачной бумагой отшлифовал лобовое стекло (отец оплатил ущерб). Все стерпел, и тяжелую работу по 12 час тоже. Промывал детали, помогал их менять, разбирать. Охотно бегал за табаком и водкой для мастеров, но сетовал матери на “зарплату”: символические 100 руб. в неделю “черным налом” (возможно, деньги отца). Спустя три года гараж разорился, и с тех пор (6 лет) А. не у дел. Отец был уже не способен помочь. А. надеялся, что все пойдет по-прежнему, регулярно бродил у закрытых дверей мастерской.

Родители после многолетних сомнений после краха рабочей карьеры оформили А. в 26 лет группу инвалидности с правом работы, но без индивидуальной программы реабилитации (ИПР).

Новые возможности. Более 10 лет А. — участник типографского кружка столичного отделения Общероссийской общественной организации инвалидов “Новые возможности” (НВ) — приведен мамой. По началу скован, рассеян, не понимал объяснений и действий руководителя. При этом без усталости рассказывал об устройстве авто, перечисляя названия деталей. Спустя месяцы освоил ручные навыки, прилежно

¹ Московский НИИ психиатрии — филиал НМИЦ ПН им. В. П. Сербского.

² Московский НИИ психиатрии — филиал НМИЦ ПН им. В. П. Сербского; Общероссийская общественная организация инвалидов вследствие психических расстройств “Новые возможности”.

сшивал тетрадки на электромеханическом степлере. Перепроверяет качество работы (ранее нуждался в стороннем контроле, раздражающем его), но не интересуется печатной продукцией; отказывается освоить новые операции (на печатной машине), умения (работа на компьютере) после первых неудач. Годы позже, при побуждении руководителя, все же освоил переплетный аппарат.

С помощью активиста НВ в ходе многолетней программы поддерживаемого трудоустройства 7 лет назад предложено место разнорабочего. Охотно откликнулся, но пришел без сопровождающего и произвел в отделе кадров “странное впечатление”: не мог толком объяснить цель визита. Через месяц вакансия занята пожилым инвалидом с “правильной” ИПР.

Изредка раздраженно заикается о зарплате (обычно в “дурном расположении духа”), но не за работу, а от “спонсоров”. Общается лишь с Б., загруженным “голосами”,

Деньги. Получает как инвалид 17 тыс. руб., как и мать-вдова с рабочим стажем 50 лет. На карманные деньги от матери покупает сласти; ходит со списком за общими покупками в супермаркет. Несколько лет назад “проел” всего за месяц с приятелем Б. 60 тыс. руб. с предложенной банком кредитной карты. Негодовал, что банк, “вор” и “обманщик”, требует долг. Деньги выплатила мать после увещаний “так больше не делать”.

Время любви. Десять лет назад полюбил психолога, проводившую его однократное тестирование и особо привлекшую как владелицу машины. Назвал ее затем “изменщицей”. Несколько лет назад на родине отца влюбился в малолетних кузин, бегал с ними и целовал, забыв психолога. Безостановочно рассказывал на кружке, как он их любит.

Татьяна Борисовна (24) из Чебоксар по прозвищу “Лисичка” (крашенные желтые волосы), 160 см, худенькая, с тонкими прямыми ногами, работала в ларьке гаджетов подле автомастерской А. Открыла постоянному посетителю неведомые А. стороны жизни: обманы и приставания хозяина, дороговизна съемной квартиры-клоповника. перезаклады в ломбарде, неподъемные кредиты; мать-чувашка с циррозом печени, спасаемая от запоев (все же умерла), худые сапоги. А. купил ответно зеленое платье и теплую юбку, норковую шубу и лекарства от постоянной простуды, платил за жилье. Им нравились одни фильмы. На 23 февраля подарила электрическую бритву. Говорила: “Никто на меня внимания не обращал”. И попросила машину. А. снял со счета последние 800 тыс. руб.

Мать узнала о существовании девушки из рассказов сына, приняла ее дома. Девушка сообщила о материальной поддержке А., вела себя якобы вызывающе грубо, грозясь совсем прибрать к рукам “дурачка А.”. Мать, не исключавшая женитьбы сына как защиты от опасностей жизни, инициировала ограничение дееспособности А., после чего девушка исчезла из его жизни.

способности А., после чего девушка исчезла из его жизни.

Лечение. В связи со снижением успеваемости и “странностями” поведения впервые в 17 лет осмотрен приватно психиатром, соседом по даче. В ПНД получил освобождение от армии, но лечился в институтской клинике, где назначены 4 – 5 лекарств 3 – 4 раза в день. Генерик клозапина (азалептин) 25 – 75 мг “для сна” и “успокоения” стал основным препаратом на годы, спорадически — амитриптилин до 75 мг, рisperидон и/или оланзапин в малых и средних дозах; “курсы” ноотропов в субтерапевтических дозах. Врачи, они же кафедральные сотрудники, кандидаты медицинских наук и еще нет, менялись; каждый добавлял “свой” препарат и/или повышал / снижал дозу прежнего. Эффекта лечения А. и его близкие не отмечали; напротив, был скован и неусидчив, мелкая дрожь пальцев мешала работе и сбору моделей авто, но лекарства из рук родителей принимал беспрекословно.

После расставания с девушкой был возбужден, не спал ночами, агрессивен к матери (винил ее за вмешательство в личную жизнь), замахнулся на больного отца и госпитализирован (недобровольно). Лечился около трех недель аминазином и галоперидолом. Стал спокойнее, просил выписки. В больничной одежде приведен во внеурочный день в кружок (просил мать), был растерян и скован. Переведен в дневной стационар (ДС), где и лечится около двух лет. Выписывается по истечении максимального срока пребывания и через 2 – 3 дня вновь становится пациентом.

Под контролем матери А. безропотно принимает клозапин (азалептин) 150 мг в сутки трижды в день. Изменения терапии сводится к увеличению и снижению на 25 – 50 мг при большей и меньшей раздражительности (говорливости) на фоне палиперидона (пальмитата) 100 мг в месяц с перебоями. Тогда мать покупает тиапридал. Спустя год лечения в схеме появился вальпроат натрия 1000 мг в сутки.

Физический статус: выглядит несколько старше своих лет, неряшлив, волосы всклокочены, плохо выбрит, крошки еды в уголке рта. Потлив, повышенного веса (98/178; прибавка более 20% за год; вес растет). Гипомимичен. Глаза тусклые, лицо сальное, с расчесами прыщей. Движения скованы, мелкий тремор пальцев рук. Временами болит голова (в жаркую погоду). Одет не по сезону (новая мешковатая куртка уже в пятнах, тяжелые ботсы). На коротком гайтане алюминиевый крест. Ходит с бутылочкой воды (“сушит рот”).

Психический статус: протягивает влажную ладонь при встрече и прощании. Представляется “Андрюшей”. В глаза не смотрит, свободно вступает в беседу, многоречив, но в общении не заинтересован. Брызжет слюной, речь ускорена, смазана, монологом, сбивчива, с некоторым напором и повторением от-

дельных фраз. Спонтанно соскальзывает на тему машин (словарь богаче за счет технических терминов), водит без аварий, но машина на приколе за дачей; протирает детали, меняет масло, но ходит в сельмаг пешком.

Пытается казаться “самостоятельным”: умеет снимать показания электросчетчика и варить гречневую кашу: произвольно, на пальцах, показывает пропорцию крупы и воды, которую следует кипятить 50 (?) мин.; наобум называет сумму квартплаты, но знает примерные цены основных продуктов питания. Испуган возможной (сам ее не предполагает) перспективой остаться без матери. Сообщает, что заботится о ней: приносит лекарства и несет тяжелые сумки, пропальвает грядки.

Говорит о Татьяне Борисовне (попеременно затем зовет “Лисичкой” и ласково “аферисткой”) неохотно, затем свободнее: “любила денежки”. “Было очень хорошо на душе”. Улыбка соседствует со слезами. Позволяла обнимать и целовать себя в щеку и “трогала” (смущен) его тоже. Дал 500 – 600 тыс. руб. (не помнит точно), о чем не жалеет. Был бы рад продолжить знакомство, искал повсюду и устал; но денег больших не даст. Никогда так не любил, но отдельные девы (блондинки с тонкими ногами) нравятся. С удовольствием (глаза загораются) вспоминает имена пассий. Девушки нравились и нравятся. Смущаясь (никто не спрашивал), сообщает о “навязчивости” (ежедневном онанизме).

Оживляется при расспросе об экскурсиях, но рассказать о них не может или не хочет (“вроде как ничего”). Жизнью доволен, настроение “всегдашнее хорошее”.

Лекарства принимает, не считая себя психически больным, отделяясь от приятеля Б. (“слышит голоса, я нет”). Не связывает сонливость, слюнотечение с лечением. Различает таблетки по цвету, но не видит пользы (чтобы не было “уныния”?).

Путано и непоследовательно сообщает анамнестические сведения. Говорит о самопорезе неохотно (никто не спрашивал) и отстраненно как об “обычном” ответе на обиды. В настоящем отрицает суицидальные мысли (“жизнь радует”), “врагов” нет, но насторожен против живущих рядом молодых людей — могут отнять деньги. Формально описывает последнюю госпитализацию: задержан полицией на улице; острижен наголо, месяц “подбирали лекарства”, просил мать приводить его в кружок. Понравилось: много сверстников, испугало зрелище “наказания связыванием”.

В замешательстве при вопросах о планах, не заикается о работе, хотя хотел бы ездить на машине и катать дев. Хотел бы работать в автомастерской, был бы рад 1 тыс. руб. в неделю: хватит на пельмени и сосиски (знает, сколько варить). Однако усилий для трудоустройства не предпринимает. Согласен на помощь.

Не исключает (после заминки) женитьбы, но не знает, сколько будет детей, поясняя, что для этого надо спать с женщиной, а он не пробовал. А также боится, что “родятся больные”. К возможному отъезду из Москвы относится настороженно: здесь его кружок, друзья и дневной стационар.

Исправно приходит в оговоренные часы на беседу после развлечений, при возможном опоздании, перемене планов (отмена кружка) — звонит. Легко (равнодушно) согласен на публикацию его истории под собственным именем (изменено по просьбе матери).

Тестирование. А. указывает на отметку 80 из 100 по “термометру” качества жизни, отмечающему отсутствие проблем, помимо интимных отношений. Оценка клинических и социальных нужд (трудностей) А. по шкале оценки удовлетворения потребностей (Camberwell Assessment of Need, CAN)³ за последний месяц в 22 областях, объединенных в группы функциональной недостаточности (ведение домашних дел), социального (компания) и эмоционального (интимные связи) состояния, одиночества показала удовлетворенность пациента по большинству позиций, помимо секса (в значительной степени) и работы по интересу (в средней степени). С позиции матери главная проблема А.: “неумение общения”. С позиции лечащего врача: “дурашливость” и расторможенность по отношению к женщинам; руководителя кружка НВ: малая обучаемость (отсутствие мотивации), временами “озлобленность”.

Сегодня. А. 33 года. Живет с матерью в трехкомнатной квартире, в отдельной комнате. В гости никого не зовет и сам не ходит. Иногда гостят родственники отца. Отец умер три месяца назад от онкологического заболевания. Ухаживал за долго и мучительно болеющим, мыл его, терпеливо “кормил с ложечки”. После утраты молчалив и отрешен; на похоронах стремился обнять и поцеловать. Стал бережнее относиться к матери, боится остаться сиротой и оказаться в ПНИ, как его знакомые. Носит тяжелые сумки из магазина, занят нелюбимыми дачными работами. Иногда обнимает: “Моя курочка”. Звонит матери несколько раз в день. Беседует коротко, ласково, сообщает, где находится, чем занят, когда будет.

Чаще в приподнято-возбужденном настроении, благодушно многоречив, дурашливо порывается обнимать и целовать, трепать волосы (“мой пушистик”) мужчин и женщин, но более молодых и привлекательных. Отказ, сопротивление воспринимает как должное. С профессионалами держит дистанцию. Брюнет-

³ T. Trauer, G. Tobias, M. Slade Development and evaluation of a patient-rated version of the Camberwell Assessment of Need Short Appraisal Schedule (CANSAS-P). Community Mental Health J. 2008. 44(2): 113 – 124.

ка В. из типографского кружка интересна в плане приносимой ею еды: хватает ее без спросу.

Взахлеб, сбивчиво рассказывает, кого сейчас любит, не ожидая отклика. С годами скупер в словах, более констатируя очередную привязанность или раскрываясь при расспросе (обычно руководителя). Так, услужил худенькой блондинке из ДС, покупая ей сигареты. Обиженная кем-то, она плакала и грозилась броситься под поезд (метро рядом с ДС). Утешал, гладил, вспомнив, как страдал подростком. Работает в “хорошие дни” споро, но отвлекаем, раздражителен при замечаниях. Привлекает ненадолго к работе галлюцинанта Б., единственного приятеля в кружке, затем бегают друг за другом, обнимаются и смеются.

После краха очередной любви, 3–4, теперь 1–2 раза в год, А. до недели (ранее до двух месяцев) гневлив, злобен, стучит в стену, кричит так, “что чашки звенели”, проклинал обидчиков в школе и “сделавших” варикоцеле, мешающих водить авто, разлучивших с очередной любимой. Материт “обидчиков”, обвиняет окружающих, грозит бросить работу, требует от руководителя права на вождение авто (ведь тот — “начальник”). Отказывает “жениться” на соучастницах кружка. Обычно отправляется домой после препирательств и возвращается через неделю (на следующее занятие) более умиротворенным. Месяц назад при пропаже 1000 руб. — взрыв возмущения и воспоминаний о прежних обидах в тех же выражениях. Успокоился сам через час.

После очередного любовного разочарования (кузины подросли и сторонятся А.) отдал члену НВ модели авто, но, опомнившись, вытребовал обратно при участии обеих мам.

Аппетит повышен (особо последние 2 года), более к вечеру, любит сладкое. Приносит на кружок, ест жадно и неряшливо любимый “Дорширак”. Выпрашивает еду у соучастников кружка, моет посуду с напоминанием. Охотно обедает в ДС и дома.

Мать будит после 12-часового беспробудного сна без сновидений в 9 часов на “мокрой” (слюнотечение) подушке и подает завтрак, она же следит за опрятностью, сменой белья и ванной, покупкой одежды. В просоночном состоянии к полудню А. успевает в ДС. Охотно помогает персоналу на обеде (“все здесь ненадолго, ничего не знают”), облачается в казенный халат. Затем с удовольствием ест перед экскурсией, кружками. В течение дня “оживает”.

Курит редко, за компанию с приятелем Б., заядлым курильщиком. Познакомился с вином на родине отца, но пьет пиво “просто так”, не более 0,5 л 1–2 раза в месяц с приятелем Б.

Неизменно смотрит старые добрые советские комедии и смеется в положенных местах; привлекают сериалы-детективы, интересуется не убийствами и кровью, а “анализом”. На даче под присмотром матери пропальвает грядки, достаточно ловко скрутил

трубопровод. Закончил автошколу, но прав не получил по медицинским причинам (не пытался). Купил старенький автомобиль у соседа — ездит только за городом для баловства. Последнее время машина на приколе — разобрался, что дело в “электрике”, но починить сам не может. Собирал модели авто, читал техническую документацию по ремонту и обслуживанию авто, завел читательский билет в Ленинской библиотеке, переснимал схемы авто в цвете (дорогое удовольствие), но последние годы “остыл”. Неизменно участник развлечений пациентов ДС — дважды в неделю выезжает на экскурсии. За последний месяц (на зависть читателям этих строк и многим отечественным пациентам) посетил музеи “Гараж”, вин, импрессионистов, “Третьяковскую галерею”, выставку в “Манеже”, плавал на теплоходе.

Участник кружков танцев, рисования, помимо типографского. Познакомившись с добровольцем, обучавшим игре на ксилофоне, ходил с ним в монастырь. Иногда ставит свечу в ближней церкви (“так положено”) без интереса к религии.

Престарелая мать А., озабоченная его судьбой, собирается переезжать к родственникам мужа, надеясь, что сплоченная семья в толерантном ауле не даст пропасть сыну.

Комментарии

История пожизненного Андрюши (удел “хроника”) в возрасте Христа вмещает многообразие более общих, чем особенных, мало разрешимых типовой психиатрической помощью, клинко-социальных проблем “молодого инвалида”.

Статус А. определен смешанным (лабильным) аффектом с психопатоподобным фасадом (тимопатической ремиссией). В ремиссии наблюдаем подвижное равновесие “дефектных” и ослабленных процессуальных симптомов. Отмечены близкий к сверхценному (но потускневший) интерес к машинам, малодифференцированная (потенциально опасная) гиперсексуальность, формальные расстройства мышления (соскальзывание) при его незрелости, указывающей на раннее начало процесса. Тревожность представлена вербигерациями. Недостаточна (изначально не развита) социальная когниция. Суицидальный риск не актуален, но агрессивность представлена на вербальном и физическом уровнях. Типична самостигматизация в отношении семейных проблем. Неспособность распоряжаться “полученными” деньгами, недвижимостью, бытовая беспомощность вводит А. в группу риска финансовых и имущественных злоупотреблений (потеря квартиры) после смерти опекуна.

Личностные черты с годами и на фоне лекарств сглажены: эмоциональная монотонность, отгороженность (формальные контакты при внешней общитель-

ности и гиперсексуальности) отчасти маскируется аффектом и подчеркнута психофизической (нейролептической) индифферентностью. Психическое расстройство развилось в детско-подростковом возрасте у мальчика с изначальным ограничением социальных контактов и одноким интересами (“машинками”) в дисфункциональной семье (типовая детская травма). Резкая перемена жизненного стереотипа (новое школьное окружение, потеря приятелей) сыграла роль психосоциального спускового крючка и привело к атипичной депрессии с возрастными особенностями в виде снижения успеваемости и прогулами. На фоне хронифицированной атипичной (подростковой) соматизированной депрессии развиваются бредовые идеи отношения, имеющие реальное основание (“с жестокой радостью детей” сверстники обижают “иных”). Апофеоз переживаний (отчаяние) выражен самопорезом, озвученным при прицельном расспросе. Незначительные медицинские последствия намеренного самоповреждения не исключают намерение умереть и рецидива в будущем при очередной актуализации аффективно-бредовых переживаний.

Длительность нелеченого подострого расстройства более 5 лет. Некоторое улучшение в колледже по интересу. Родители оттягивали оформление инвалидности. А. пополнил разнородную группу “не учится — не работает”, NEET (Not in Employment, Education or Training). Усилия по трудоустройству новоявленного специалиста легли на плечи семьи. Работа подсобником не способствовала усвоению и развитию сложных навыков. Кружок НВ выявил потенциал его возможностей; но не пределы при малой мотивации труда. Попытка устройства на открытом рынке труда была неподготовленной и единичной.

Процесс с признаками регрессиентности: на “осевом” аффективном уровне континуальные плоские циркулярные (нажитая циклотимия) колебания, на пике которых развиваются все более краткие и редкие эпизоды неразвернутых и нестойких бредовых идей отношения, обыденного и стереотипного содержания, но с чертами систематизации (расширение круга “обидчиков” при проекции в настоящее). Показательна привязанность к аффекту — озвучиваются в сниженном и смешанном (дисфории) настроении. Односторонние “влюбленности” на фоне повышения аффекта не несут бредового (эротоманического) оттенка. Тускнеют близкие к сверхценным интересы.

Более данных за шизофрению параноидную эпизодический тип со стабильным (изначальным) дефектом (F.20.2) Фазно-периодическое течение не усугубляет “дефекта”.

“Вклад” аффекта в виде вялости (потери энергии) и соматических проявлений (гиперсомния, полифагия) суммирован застывшей схемой лечения вне связи с очередным лечащим врачом. Сомнителен выбор лечения с упором на нейролептики с непременным

назначением 3 – 4 раза в день для исправления фасадных поведенческих проблем. Чем обеспеченнее клиника и/или семья пациента, тем вычурнее “коктейль” препаратов. В настоящее время “корректорами поведения” стал клозапин (азалептин) — бич отечественной психиатрии, а также дорогостоящие депонированные формы атипичного антипсихотика, чередуемого при его перебоях с тиапридалом (покупает мать) при формальном соблюдении режима лечения. Запоздало, но адекватно назначение нормотимика, но в субтерапевтической дозе.

Итак, поддерживающая фармакотерапия низкого качества в связи с нелечеными аффективными расстройствами как остаточными симптомами, стигматизирующими и препятствующими повседневной деятельности, нежелательными экстрапирамидными, нейроэндокринными (ожирению способствуют тяга к фастфуду при малой физической активности и выбор азалептина) действиями, слюнотечение. А. свыкся “без уныния” с тягостными переживаниями и не склонен от них избавиться. Необходим, помимо мониторинга суицидального, агрессивного поведения и комплаенса (более механическое следование режиму лечения, чем соучастие в нем), контроль веса А. при внедрении в программу реабилитации (помечтаем) основ здорового образа жизни.

А. относится к обширной группе негоспитализируемых (однократно госпитализированных), ведь по Л. М. Шмаоновой, шизофрения — амбулаторная болезнь. Единственная госпитализация связана с психотравмирующими переживаниями, видимо, в рамках смешанного состояния (дисфории). Скупость и сбивчивость рассказа о пережитом объяснима пиковыми аффективными переживаниями более, чем недоступностью. Вместе с тем А. задело “связывание” больного, обычно воспринимаемого пациентами как “наказание” при отсутствии каких-либо объяснений [1].

ДС как социальная столовая и клуб питает внебольничный госпитализм, выученную беспомощность, но не личностный рост (занятие активной жизненной позиции). Усилия профессионалов-патерналистов сведены к изоляции от здорового большинства и попечению (бессистемному развлечению). Жизнь в заданных обстоятельствах не обременительна. Качество жизни А. отменно высоко: “Чем ниже падаешь, тем менее больно” (Ежи Лец).

А. свыкся с социальными ограничениями как с данностью — не заикается о правах водителя. Все реже вечный экскурсант и вынужденный гедонист А. помышляет о работе. Но показательно его желание навесить кружок сразу по выходе из надзорной больницы палаты. Деньги “полученные”, но не заработанные при минимальных житейских потребностях и опеке мало ценятся. Вместе с тем Лисичка сыграла на нереализованной потребности А. стать щедрым помощником (а не привычно ведомым), как в кино. Со-

чувствие обиженным и оскорбленным прослежено и далее, в более скромных масштабах.

Настораживает гиперсексуальность А. (во многом вытекающая из аффекта и адинамии) и периодическая агрессия, чреватые правонарушениями.

Характерна позиция матери А., несущей бремя ухода за хронически больным, отчасти культивирующая зависимость А., и ее переживание “что после меня?”. Частичная недееспособность — адекватный юридический защитный ход. “Побочным эффектом” для близких служит сложность оформления бумаг и затраты на юридическую поддержку. Трудности возникают при продаже квартиры. Первостепенно важно

обучение навыкам независимого проживания во избежание помещения в ПНИ.

... А пока завтра у нашего Андрея прогулка по Москве-реке аккурат после кружка рисования, где ему с приятелем Б. предстоит рисовать розового слона по шаблону.

ЛИТЕРАТУРА

1. Любов Е. Б., Бурьгина Л. А., Бояров В. Г. и др. Оценка качества психиатрической помощи пациентами и их родственниками. Сб. методических рекомендаций и пособий для врачей и других специалистов, оказывающих психиатрическую помощь. М.: И-т проблем управления здравоохранением, 2009. С. 403 — 427.

Это нужно прочесть!

Доклад главы московского Центра паллиативной помощи Нюты Федермессер на Совете по правам человека при Президенте РФ

**Здесь смерть наступает раньше,
чем заканчивается жизнь**
(о ситуации в российских ПНИ)

“Новая газета”, № 70, 01.07.2019, стр. 12 – 13.

КЛИНИЧЕСКИЙ РАЗБОР

“Семейный психоз”?

Разбор ведет проф. А. А. Шмилович¹, врач-докладчик Е. С. Хаджихараламбус²
(Психиатрическая клиническая больница № 4 им. П. Б. Ганнушкина, 21.03.2019)

Врач-докладчик: Уважаемые коллеги! На клинический разбор представляется пациентка Маргарита, 1978 г.р., жительница Москвы.

Цели клинического разбора:

1. Дифференциальная диагностика между биполярным аффективным расстройством (F31) и шизоаффективным вариантом приступообразной формы шизофрении (F 25)

2. Выделение и квалификация основного психопатологического синдрома (синдромов) в клинической картине текущего состояния пациентки.

3. Выбор стратегий и тактик психофармакотерапии, а также биопсихосоциальной реабилитации пациентки.

Anamnesis vitae

Наследственность: отягощена — отец страдает эндогенным заболеванием, состоит на учете в ПНД, имеет инвалидность 2 группы, спец. МСЭ. Из выписки ПКБ № 15 от 31.05.1991 г.: на учете с февраля 1991 года. Госпитализация повторная. ПНД не посещает, терапию не принимает, не ночевал дома, куда-то исчезает, угрожал дочери расправой, обрезал все люстры, уносил вещи из дома, куда-то унес два золотых кольца, велосипед; спрятал паспорт, военный билет и сберкнижку. На 1000 рублей накопил ненужных вещей, много плакатов с обнаженными женщинами, купил Библию, Новый завет, Коран. В кофе наливал клей, клал перец и кофейные зерна и угощал других. Отца называл “османом”, мать так же обзывал, цинично бранился, продал приемник, две колонки и фотоаппарат, хотел проткнуть мать шампуром, замачивает в ванной ковры, раздарил малознакомым людям деньги. Мама активная, общительная, добрая, работает медсестрой в НИИ скорой помощи им. Н. В. Склифосовского. Родители пациентки развелись, когда ей было 12 лет, после чего отношения с матерью стали напряженными. Через 2 года мать переехала в отдельную квартиру, а пациентка воспитывалась бабушкой и отцом.

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

² Врач-психиатр отд. № 20.

Родилась в Москве единственным ребенком в семье от нормально протекавшей беременности, срочных родов. Раннее развитие без особенностей. Посещала ДДУ. В школу пошла с 7 лет. По характеру формировалась активной, веселой, “мечтательная натура”, “легкомысленная”, любила поэзию, сочиняла стихи, “умела дружить”, было много друзей, особенно в старших классах. Из предметов выделяла математику, литературу, историю, дополнительно училась игре на фортепиано с частным педагогом. Из перенесенных заболеваний отмечает ветряную оспу, ОРВИ, бронхит. При удовлетворительной успеваемости окончила 10 классов, Тимирязевскую сельскохозяйственную академию по специальности “бухгалтерский учет и аудит агропромышленного комплекса”. Работала по специальности в судебном департаменте, в компании “Интеркомп”, затем прошла курсы мастера маникюра, работала в салоне некоторое время, но в связи с аллергической реакцией на материалы, деятельность прекратила. С декабря 2012 года по июль 2015 года работала бухгалтером в НКО при Храме во имя Собора новомучеников и исповедников российских.

Замужем с 2004 года. Имеет 6 детей (дочь 2004 г.р., дочь 2006 г.р., дочь 2008 г.р., сын 2012 г.р., дочь 2015 г.р., дочь 25.06.2018 г.р.). Проживает с мужем, отцом и детьми в отдельной 4х комнатной квартире. Отношения в семье конфликтные. Муж резкий, вспыльчивый, часто в беседе переходит на крик, может ударить жену, детей.

Пациентка не работает, инвалидности не имеет, в ЦЗН не состоит.

Ранее под наблюдением психиатров не находилась, в ПБ не лечилась. В возрасте 14 лет, после переезда матери, которая “занималась своей личной жизнью”, и очередной госпитализации отца в психиатрическую больницу снизилось настроение, считала себя “никому не нужной”, была плаксивой, “хотела только играть на пианино”. Через некоторое время настроение выровнялось, была активной, часто гуляла с подругами. После окончания школы подала документы во множество ВУЗов, в том числе медицинский, театральный, сельскохозяйственный, но экзамены сдавала в два последних. В театральный не прошла “из-за

неправильного прикуса”, поступила в Тимирязевскую сельскохозяйственную академию.

В 18 лет, после ссоры с молодым человеком, демонстративно, “чтобы его попугать” нанесла самопорез в область левой ладони, за медицинской помощью не обращалась. Через некоторое время отношения завершила. В 2001 г. сильно переживала смерть бабушки, которая ее воспитывала и за которой она длительно ухаживала, была эмоционально привязана. Боялась потерять отца, т.к. “он постоянно плакал, не ел, впал в депрессию”. После рождения третьей дочери снизился фон настроения, т.к. “хотели сына”, стала с мужем ездить по церквям, молились. Узнала, что “мальчики рождаются у венчаных”, уговорила мужа совершить таинство венчания. С 2012 года, после рождения сына, стала активной, деятельной, участвовала в различных проектах и телепередачах (“Модный приговор”³, “Свадебный размер”⁴, в конкурсах красоты, “плавание за честь города”, устраивала мероприятия, писала сценарии для различных праздников, при этом справлялась с воспитанием детей. Пыталась открыть “бизнес” по продаже пирожков — в выходной день вышли с мужем в парк продавать испеченные пирожки, но “ни одного пирожка не купили”. Легкомысленно тратила деньги — могла увидеть рекламу благотворительного фонда и пожертвовать на лечение больного ребенка 50000 рублей. В это же время устроилась бухгалтером в Храм, но, со слов мужа, была обманута и за все время работы до 2015 года зарплаты не получила. После этого крайне “обиделась на церковь и все, что с ней связано”. Затем прошла курсы мастера маникюра, несколько дней работала в салоне красоты, но в связи с аллергической реакцией на материалы, деятельность прекратила. С 2018 года, будучи беременной 6-м ребенком, первое время скрывала этот факт от окружающих, но с 5го-6го месяца, когда беременность стала очевидной, со слов, столкнулась с “осуждением окружающих”, особенно болезненно воспринимала слова матери, сравнивающей пациентку и мужа с кроликами и говорящей “куда вам еще дети?”. Старшая дочь пациентки также отказывалась помогать в уходе за младшей сестрой. Снизилось настроение, стала плаксивой, апатичной, часто лежала дома или в больнице на сохранении, ничем не интересовалась.

После рождения младшей дочери, на фоне переутомления, т.к. ребенок часто плакал по ночам, “старшие дети постоянно орут из-за переходного возраста”, отношения с мужем стали конфликтными, у пациентки впервые появились вербальные псевдогаллюцинации, стала “слышать голоса” умерших родст-

³ Дело об урагане “Маргарита”, 15.04.2014 г. http://modniy.tv/telecast_view_id3b8aafb9-172b-4e1c-8b06-66224e134ac1

⁴ 05.12.2017 г. https://videomore.ru/svadebnyi_razmer/2_sezon/57_vypusk

венников, которые “предсказывали события”, отмечала, что “мною кто-то стал управлять, какая-то телепатия”, ощущала экстрасенсорные способности, “предсказывала судьбу” друзьям и знакомым. Затем появился “странный голос” императивного характера, говорящий “иди ищи”. Не понимала “что искать?”, оплатила все счета, проверила нет ли задолженности в налоговой, предполагая, что “возможно какие-то новые технологии у них и мне эту информацию как-то посылают”. С 02.03.19 г., после крещения младшей дочери, считала, что в нее “вселился дьявол”, стала слышать, как люди на улице ей об этом говорят, “косо смотрят”, снимала с детей кресты и выбрасывала, просила убрать из дома иконы. В это же время у мужа пациентки появились боли в ногах. Пыталась его лечить народными способами. Узнала, что от боли помогает прикладывание меди к ногам. Решила, что в иконах вставлены медные пластинки. Пыталась разломать икону сына, чтобы извлечь медь и “ударить по ногам мужу”. Нарастала тревога, заявляла, что “ничего не помогает, не тому мы Богу молимся”. В день госпитализации устроила погром в ближайшей к дому церкви — разбрасывала книги, иконы, свечи, громко кричала. В связи с таким состоянием осмотрена дежурным психиатром, госпитализирована в ПКБ № 4 в недобровольном порядке. В отделении дала добровольное письменное согласие на проведение стационарного обследования и лечения.

Психический статус при поступлении

Психический статус при осмотре дежурным врачом в приемном покое. Продуктивному контакту недоступна по психическому состоянию. Внешне тревожна, напряжена, недоверчива. На контакт с врачом идет с осторожностью. Речь в нормальном темпе, нормального уровня громкости. Заявляет, что “обладает экстрасенсорными способностями, которые ей передала свекровь”. Также сообщает, что “свекровь на нее воздействует, т.к. чувствует тяжесть в ногах”. Мышление обстоятельное, с элементами паралогичности. Мнестико-интеллектуально сохранна. Фон настроения снижен. Высказывает нелепые идеи отношения и воздействия. Отрицает наличие суицидальных мыслей. Критика формальная, дала информированное письменное согласие на госпитализацию и лечение в ПКБ № 4. **Выставлен диагноз: F23.2 Острое шизофреноподобное психотическое расстройство.**

Психический статус при поступлении в отделение:

Самостоятельно пришла на беседу с врачом. Внешне опрятна, суетлива. Ориентировка всех видов сохранена. Фон настроения приподнят. Неадекватно ситуации улыбается, беспричинно смеется. Речь громкая, перебивает врача в беседе. Заявляет, что “как покрестила младшую дочь, поняла, что в нее вселился сам дьявол”, объясняет это тем, что “дочь стала очень много есть, сосет и сосет”, также поясняет “мне так окружающие говорили — в вашего ребенка бес

вселился”, “бесятину везешь”, “какой-то пьяница на улице за ногу дергает — посмотри в коляску, что у тебя там лежит”. Рассказывает, что с этого времени появились вербальные псевдогаллюцинации “голоса женщин и мужчин и даже мертвых”, которые говорили “ищи нас, иди ищи, мы тебя ждем, скоро мы встретимся”. Не понимала “кого или чего искать”, заходила на сайт налоговой “вдруг там штрафы?”

Хотела поехать в паломническую поездку “может они меня зовут?”, написала Иегумену Виссариону письмо в стихах, “пришел ответ, что адресат мертв”. Мышление ускорено по темпу с соскальзыванием и элементами паралолии. Сообщает, что “голос мужской сказал, что свадьба скоро”, заказала венчальное платье (хотя пациентка уже венчана с супругом). Причину госпитализации объясняет тем, что “у мужа ноги болели, а я стала ходить в эту дурацкую церковь, ему еще стало хуже. Лечили ноги медью. Разбила икону и ударила по ногам мужу, но ноги не проходят. Тогда поняла, что все делала зазря, не тому Богу молилась. Разгромила Храм, стала разбрасывать иконы”. Дурашлива. Во время разговора поднимается со стула, демонстрируя больничную ночную сорочку и говоря “чувствую себя невестой, вот у меня и платье как у невесты и кормят тут как на празднике”. Критические способности значительно снижены.

План обследования и лечения

Назначено лечение и план обследования (см. таблицу).

Назначено строгое психиатрическое наблюдение, определена в палату № 2.

Динамика состояния

В отделении первые дни фон настроения оставался крайне неустойчивым с частой сменой аффекта — в утренние часы была благодушна, настроение приподнятое, охотно общалась с соседями по палате, с врачом на обходе, при этом нелепо улыбалась. Пребыванием в стационаре не тяготилась, заявляя “я тут как на курорте, хоть отдохну от всех и выплось”. Мышление с соскальзыванием. Сохранялась галлюцинаторная симптоматика в виде мужских и женских вербальных псевдогаллюцинаций: “кого там только

нет, они так активно все общаются, я за ними не успеваю”. Продолжала заявлять об экстрасенсорных способностях. Постоянно хвалила сотрудников больницы за “замечательное питание, внимание, заботу, лечение”. Отмечала “носочки выдали голубенькие, как под венец выдавать”. К своему состоянию относилась с крайне формальной критикой. В вечернее время, особенно после телефонных звонков домой, могла на некоторое время стать плаксивой, говорила: “слышу в голове голоса детей, которые говорят, что скучают по мне”. Однако в поведении была относительно спокойна, упорядочена, соблюдала режим отделения, охотно принимала назначенную терапию, побочных действий от проводимого лечения не выявляла. Ночи спала. Аппетит был несколько повышен. На 8-й день госпитализации состояние значительно улучшилось — галлюцинаторная симптоматика практически редуцировалась с сохранением отрывочных “слов, звуков” в вечернее время. Фон настроения выровнялся. Учитывая стабилизацию состояния, преимущественно аффективную симптоматику с отрывочными психотическими включениями на высоте аффекта была произведена коррекция лечения — перекрестный переход с терапии галоперидолом на комбинацию седалит и кветиапина с постепенным увеличением дозы кветиапина до терапевтической (назначения с 13.03.19). Постепенно на фоне терапии стала спокойнее, более упорядоченной в поведении. Наличие обманов восприятия отрицала, поведением не выявляла. Активно бредовых идей не высказывала. Улучшился сон, аппетит. Фон настроения выравнивается. Доброжелательно общается с окружающими. Однако, критика к своему состоянию остается формальной. Суждения легковесные. В беседе нелепо улыбается. При этом пациентка продолжает переоценивать свои способности. В беседах часто прослеживаются бредоподобные фантазии. Например, через 2 недели госпитализации, впервые стала утверждать, что “с детства слышала голоса умерших, которые мне помогали, что-то сообщали. Например, ложусь спать, а тетя просит позвонить и спросить о здоровье какого-то родственника”. Анамнестические сведения также сообща-

Обследования	Лечение
<ul style="list-style-type: none"> • клинический анализ крови • общий анализ мочи • биохимический анализ крови (общий белок, креатинин, билирубин, АлАТ, АсАТ, глюкоза). • кровь на иммунный статус, ВН • кровь на RW, HBS-Ag, a-HCV • ЭКГ • ФОГК • консультации терапевта, невролога, гинеколога, психолога • контроль АД, t № 5 • ЭЭГ • УЗИ органов малого таза 	<ul style="list-style-type: none"> • Valparini XR 0.3 in tab. По 2 т. 2 р/д.(утро, вечер) • Sol. Haloperidoli 0.5%-1.0 В/м 3 р/д.(по 0,005) • Trihexyphenidyl 0.002 in tab. По 1 т. 2 р/д.(утро, обед) • Sol. Phenazepam 0.1%-1.0 in amp. В/м 1 р/д.(0,001 на ночь)

ет сбивчиво, противоречиво, дополняет их новой информацией, которую отрицала ранее. Ночи спит. Appetit сохранен. Физиологические отправления своевременные. Навещается мамой, мужем. На свидании общительна, улыбчива, доброжелательна.

Медикаментозная терапия в настоящее время: Litii carbonati по 1 т. 3 р/д (до отмены); Quetiapini 0,2 по 2 т. на ночь (до отмены).

Лабораторные исследования

Клинический и биохимический анализ крови, анализ мочи: без патологии.

Инструментальные исследования

УЗИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА ОТ 06.02.2019

Исследование ТВД.

Заключение: УЗ признаки I фазы м.ц

06.03.2019 ЭКГ.

Заключение: Ритм синусовый 100 в мин. Нормальная эл.ось сердца. Нарушение процесса реполяризации.

ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИЯ

Заключение: легкие диффузные изменения биоэлектрической активности головного мозга в виде недостаточно организованной корковой ритмики. Межполушарной асимметрии нет.

Типичной эпилептиформной активности в ходе записи не выявлено.

Консультации специалистов

19.03.2019 Невропатолог

Заключение: менингеальной, очаговой неврологической симптоматики не выявлено.

11.03.2019г Терапевт

Диагнозы: Вторичная гипертензия неуточненная. Лечение: Bisoprololi 0.005 in tab. По 1 т. 1 р/д., 30 дней

07.03.2019 Гинеколог

Рекомендовано УЗИ малого таза, кровь на ХГЧ. Для прекращения лактации рекомендовано:

Dostinexi 0.0005 in tab. По 1/2 т. 2 р/д., N 2

Экспериментально-психологическое исследование (психолог М. Л. Гаськова).

Психологическое обследование проводилось в два этапа, так как на первой встрече пациентка была очень астенизирована, и невозможно было провести полное психологическое обследование. С 13 марта пациентка в ходе обследования эйфорична, благодушна. В беседе отмечается бескорыстность суждений, отсутствие озабоченности фактом пребывания в психиатрическом стационаре. При выявлении жалоб сообщает, что последнее время ее мучает одиночество. Эмоциональные проявления сглаженные, неустойчивые, легкая печаль сменяется эйфоричностью. Мотивация к обследованию достаточная. В сфере внимания наблюдается снижение концентрации, работоспособности, характеризуется быстрым истощением и астенизацией. Выявляется снижение объема непосредственного запоминания, кривая запоминания десяти слов — пять, семь, восемь, восемь. Отсроченно воспроизводит два слова из десяти, что

свидетельствует о снижении продуктивности памяти. Эффективность опосредованного запоминания также снижена, пациентка воспроизводит шесть понятий из десяти. Опосредованные образы эмоционально насыщенные, индивидуально значимые. Например, на понятие “Болезнь” рисует собаку с большой лапой, которая ходит, но лапа не работает. Сообщает, что в прошлом имела собаку, которая повредила лапу. Мышление характеризуется недостаточной целенаправленностью суждений, непоследовательностью, легкостью проекции субъективно значимых смыслов материалов задания, эпизодическими соскальзываниями с основной линии рассуждения. Например, сравнивая понятие “молоко” и “вода”, соскальзывает на сравнение “река” и “вода”. Река, она свободная, куда хочу, туда иду, а молоко — в банки налили, продали. По рациональной стороне мышления выявляется доступность способа выполнения задания. В эмоционально-личностной сфере выявляется эмоциональная нестабильность, поляризованность переживаний, смешение эффективной наполненности, одновременно существование чувства одиночества, беспечной эйфоричности, экзальтированность, преувеличенность с психоастеническими чертами. Мне показалось, что личность с психоастеническими чертами, так как она рассказывала, что пытается постоянно себя контролировать, все записывать, и в ходе обследования, в общем-то, тоже постоянно стремилась все упорядочить.

Таким образом, в ходе обследования 13 марта выявляется аффективная дезорганизация мышления, характеризуемая недостаточной целенаправленностью, с эпизодическими соскальзываниями в сочетании с эмоциональной лабильностью, поляризованностью переживаний, экзальтированностью.

18 марта пациентка с трудом припоминает психолога и предыдущую встречу. Период между встречами субъективно воспринимает как более долгий (15 дней вместо 5). Мотивация к обследованию формальная. При исследовании механического запоминания обнаруживается снижение объема, кривая запоминания 10 слов — 5,7,8,7; в ретенции воспроизводит 5 единиц из 10.

В мыслительной сфере выявляется тенденция к лабильности, пациентка мало задумывается над ответами, легко исправляет ошибки, если на них указать, временами замечает собственные ошибки и смеется над ними, например, сообщает, что сходство понятий озеро и река в том, что “это водное сообщество”, что можно охарактеризовать как легковесность, облегченность суждений. Задания выполняет быстро, но с большим количеством ошибок, что свидетельствует о нарушении критичности (задание “сложные аналогии” на 1/3 лишь выполняет верно), в методике “Классификация” в процессе работы создает группы, которые служат хранением карточек, в которых пациентка еще не определилась. Также выявляются единичные

суждения, основанные на выделении латентных признаков предметов, например, в классификации, пациентка относит слона к домашним животным, потому, что он нарисован на картинке с бревном; а также находит общее в сравнении понятий “очки- деньги” следующим образом: “Игры, ставки, казино” при этом отличие понятий видит в том, что “очки одеваются для зрения, а деньги служат обменом между людьми”, что выявляет разноплановый характер и растекаемость суждений. Эмоционально-личностная сфера из самоотчета пациентки включает такие качества как легкомысленность, романтичность, скромность, лидерские задатки (“во мне видят лидера при всей моей несурзности”), что подтверждается опросником для диагностики типа акцентуации характера Шмишека. По данному опроснику выявляется бесшабашность, склонность к бравате, рискованному поведению, стремление показать свою успешность, сообщить о своей исключительности, выступить в роли авторитетной фигуры, стремление к построению теплых, но неустойчивых близких отношений.

Таким образом, в ходе обследования выявляется лабильность мышления, снижение критичности мышления, в виде легковесности, облегченности суждений, демонстративно-эмотивный тип личности. Выявленные единичные нарушения мышления (выделение латентных признаков, разноплановость) имеют эпизодический характер и не могут быть расценены как истинные нарушения шизофренического круга.

Ведущий: *Все по обследованиям? Теперь давайте вопросы, коллеги, к докладчикам, по анамнезу, по терапии, по динамике состояния в отделении, по психологическому заключению, какие вопросы? Она находится в отделении с пятого марта, две недели примерно? На ваш взгляд за это время динамика какая?*

Врач-докладчик: Динамика положительная, особенно в аффективной сфере. Настроение выравнивается, и продуктивная симптоматика купирована, поведение стало упорядоченным. Сама она тоже отмечает улучшение состояния. Сказала даже, что стала думать о доме. Первое время, несмотря на то, что она имеет шестерых детей, она абсолютно ими не интересовалась, не говорила, что хочет домой. Наоборот, ей нравилось быть в больнице, говорила, что она тут высыпается, ест, ее все устраивало, что бы ей ни дали из еды, из одежды, она была всем очень довольна, все хвалила, всем помогала. — *Младшему сколько сейчас?* — Младший родился 25 июня 2018 года. — *У нее возникали депрессии после рождения?* — Нет, ее депрессии не связаны с рождением, по ее словам у нее были частые депрессии в подростковом возрасте, 14 – 15 лет, так как мама ушла, и она осталась практически одна. Папа был болен, часто госпитализировался, нелепо себя вел, лечение не принимал. Я созванивалась с папиным доктором из диспансера, он сказал,

что тот уже больше пяти лет не госпитализируется, находится в ремиссии, в дефекте. Сама пациентка говорит, что папа склонен к депрессиям. Когда умерла его мать, с которой он проживал, папа много плакал, впал в депрессию, и пациентка боялась, что его госпитализируют, и она вообще останется одна. Мама совсем ими не занималась, была холодна по отношению к дочери, всю жизнь занималась своей личной жизнью.

— *Вот эта депрессивная фаза, которую вы описываете, сколько она по времени длилась?* — Последняя? Она говорила, что депрессия началась, когда она забеременела шестым ребенком, и муж это подтверждает, говорит, что такой он ее никогда не видел. Он ей предлагал погулять, пойти в парк, но она отказывалась. Хотя раньше они за честь города плавали, бежали, прыгали, в конкурсах красоты участвовали. — *Это длилось всю беременность?* — Практически да. И после рождения тоже было снижено настроение, ребенок постоянно плакал, она не высыпалась. И ее раздражали старшие дети, у которых переходный возраст, подростковый период, и они все время “кричат, орут”. А потом, после крещения ребенка, она начала снимать кресты с детей, и началась психотическая симптоматика.

Ведущий: *Почему ее фразу о том, что у нее с детства были голоса, Вы квалифицировали как фантазии?* — Потому что на протяжении 14 дней я ежедневно с ней беседовала, мы смотрели ее неоднократно, и комиссионно смотрели, и никогда она этого не заявляла. А потом во время обходов она начала говорить такие вещи. Она и изначально давала сведения очень сбивчивые, противоречивые, она все время путается в датах, приходилось даже поправлять года рождения детей. Но раньше она всегда говорила, что голосов не было, и никто из родственников этого не подтверждает. А потом, два дня назад она первый раз сказала об этом, и она это интерпретирует, как какую-то интуицию, что это голоса умерших ее родственников. Она говорит: “Я ложусь спать, засыпаю, и со мной начинает говорить моя умершая тетка. Она говорит — позвони сестре. Я просыпаюсь, ей звоню, сестра говорит, что у нее сегодня повышенное давление”. Муж говорит, что это вообще ее бред, что она всем родственникам последнее время начала звонить, предсказывая им судьбу. Например, был такой эпизод. Мама у нее медсестра в НИИ Склифосовского, она сдавала экзамен на категорию, и очень волновалась. И наша пациентка говорила маме: “Мама, не волнуйся, я вижу, ты все прекрасно сдашь”. И вот, когда мама сдала, она говорит: “Видишь, это у меня такой дар, такие у меня сверхспособности”. То есть она говорила достаточно очевидные вещи, но расценивала это, как предсказания какие-то значимые.

— *Чем обусловлена смена терапии с Депакина на Кветиапин? И с Галоперидола на Кветиапин?* — В статусе преобладала аффективная симптоматика, гал-

люцинаторно-бредовая симптоматика редуцировалась, не было никаких психотических включений. А с Депакина мы перешли, во-первых, потому что во всей клинической картине больше прослеживались маниакальные эпизоды, для которых преимущественно препараты лития — это препараты выбора. А также потому, что почему-то на Депакине у нее начало снижаться давление до 80 на 50. При переводе на литий все нормализовалось. — *А на литии положительная динамика заметна?* — Да. На литии также отмечалась положительная динамика аффективной симптоматики. — *Какие планы на дальнейшую терапию?* — Дальнейшая терапия — в принципе оставить 900 миллиграмм лития и Кветиапин довести до 600 миллиграмм, что является антипсихотической дозировкой. — *Какая концентрация лития в крови сейчас?* — Сейчас 0,6.

— *Еще вопрос относительно психотических переживаний, они ушли вместе с аффектом?* — Нет, психотические включения ушли намного раньше, буквально за два-три дня, но остались вот эти отрывочные. Она говорила: “позвоню детям, а потом слышу их голоса. Они по мне скучают”. Хотя через несколько дней отрицала, что вообще слышала голоса детей. Она остается такой легковесной, постоянно с улыбкой, как видно на видео, постоянно подхихикивает беспочвенно. Ее суждения очень поверхностны, несмотря на то, что у нее такая семья, такая ответственность за детей. Никаких планов на будущее она конкретно не строит. Была бухгалтером, стала маникюршей, потом пирожки где-то пекла — так вот у нее и сейчас все сохраняется.

— *С церковью какие у нее отношения?* — Там произошло такая ситуация. Муж говорит, что для того, чтобы родить сына после трех дочерей, она воцерковилась, стала ездить в паломнические поездки, молилась, они повенчались, она стала истово верующей, ежедневно читала утренние и вечерние молитвы. Три года работала в церкви, но работала неофициально, то есть по договору без трудовой книжки. Ей вообще не выплатили зарплату, там ее чуть ли не обманным путем уволили. После этого она обиделась и сказала: “Давай вот эти все книги уберем, все иконы уберем”, и начала негативно высказываться по отношению к церкви, но ненависти тогда не было. Появилась она, когда произошло крещение 2 марта дочери, она стала снимать кресты с детей, ходить в ближайшую церковь и выбрасывать их там. Потом история с болезнью ног, она пыталась молиться, но ноги все равно болели, потому что лишний вес. — *То есть ощущение поверхностности какой-то есть?* — Да, от такой воцерковленности до отрицания.

— *В 14 лет был эпизод, когда она нанесла себе порезы.* — В 18 лет. — *В 18, да. Можно более подробные сведения, в связи с чем?* — Она и об этом говорит крайне поверхностно. Говорит, что у нее был молодой человек, она неудачно влюбилась, и после оче-

редной ссоры хотела его погубить, чтобы он не ушел, и воткнула себе нож в ладонь. У нее есть небольшой шрам старый. — *Демонстративный шантаж?* — Да. Она подтверждает, что просто хотела его напугать.

— *Она три года работала в церкви, и ей все три года не платили? И они три года просто ждали?* — Да. Она может делать так. Потом, когда уже муж заставил ее пойти и потребовать, тогда произошел конфликт, но они ей все равно ничего не заплатили. И даже муж сказал: “Я ее оттуда забрал. Она могла бы там и дальше работать”. Если она 50 тысяч жертвовала, и она говорит, это не единственный раз. — *Откуда у нее такие деньги, когда ей не платят, а у нее шестеро детей?* — Муж хорошо зарабатывает. Сейчас он ограничил ее в средствах. А так она сказала, что легко могла тысячу, две, три в день перевести в разные фонды.

Ведущий: Есть еще вопросы? Давайте тогда пригласим нашу пациентку.

БЕСЕДА С БОЛЬНОЙ

Здравствуйте, проходите сюда. Присаживайтесь. — *Спасибо.* — Маргарита? Очень хорошо. Меня зовут Андрей Аркадьевич. Сразу хочу сказать, чтобы Вы не волновались, все присутствующие здесь — врачи, никого нет постороннего, — *Хорошо.* — И все мы здесь собрались только лишь для того, чтобы лучше разобраться в Вашем состоянии. — *Это прекрасно. Я вам очень буду благодарна.* — Есть ли у Вас потребность в медицинской помощи? — *Вы знаете, я вот подумала, сначала я плакала и думала, что — нет, мне не нужна помощь, а вчера я поняла, что — да, действительно, я хочу разобраться, и помощь мне нужна. Мне уже даже легче стало. Во-первых, я стала хорошо спать благодаря своему лечащему доктору. Во-вторых, я избавилась от этого дурацкого чувства одиночества, которое мной владело, грусти. И я стала более спокойна.* — Получается, что Вы поняли, что Вам нужна помощь, только вчера? — *К сожалению, да. До этого я слезные письма мужу, с мужем ругалась.* — Нет, я про пребывание здесь, в больнице, Вы же уже лежите две недели. — *Ну не вчера, может быть, два дня назад, да. Потому что до этого я не понимала, я хотела, чтобы меня быстрее взяли под расписку домой.* — То есть Вы рвались домой? — *Да, рвалась домой.* — Первые дни рвались домой. — *Да.* — А муж приходил к Вам сюда? — *Да, да.* — Вы его просили написать расписку, выписать Вас? — *Просила, да, да, я просила выписать.* — И что же он? — *Он сказал, что, в общем, надо чуть-чуть подождать и немного подлечиться.* — А с кем были дети? — *Дети у нас — мы вызвали родственников из Волгограда и мою бабушку, так что пока они под присмотром.* — Родственники по мужу? Или Ваши? — *По мужу и по моей линии.* — И вы, и он из Волгограда? —

Нет, родственники мужа приехали из Волгограда, и еще моя мама из Москвы. — Понятно. И сейчас они у Вас дома живут, помогают? — Да, чтобы помочь с детьми, да. — Понятно. А старшей дочери сколько лет? — 14. — Вот у меня сразу же вопрос про детей уже, чтобы не забыть потом. У Вас их шестеро. — Да. — Вы — мать-героиня. — Спасибо. — Мне за что спасибо? Это официальное звание, которое Вы получили, там достаточно много всяких привилегий социальных, у Вас должны быть какие-то оплаты. — Нет, мы не получаем социально, мы только получаем, как многодетная семья, потому что у нас я немного подрабатываю, муж работает, и мы не являемся малоимущей семьей. — А там надо доказать, что малоимущая? — Да, там надо доказать, что малоимущая. — Но зато у мужа бесплатная парковка в Москве везде. — Да. Вот это правда. — И плюс материнский капитал, наверное? — Да, мы купили дачу, да. — Очень хорошо. Вот такой у меня вопрос. Пять дочерей и один сын — и эта тема, как я понимаю, тема именно рождения сына в Вашей семье была очень важной. — Я думаю, для моего мужа — да, потому что он хотел две девочки и два мальчика. А у нас получилось, видите, три девочки, мальчик, и он хотел еще мальчика, то есть у нас получилось еще потом двое девочек. — То есть у Вас получилась такая прямо вот баскетбольная команда с одним запасным. — Да. — Именно по инициативе мужа? — Да. — Если бы не его активность такая в этом, Вы бы, наверное, ограничились бы... — Нет, я бы ограничилась бы четверо с сыном. — Как только родился сын, Вы бы на этом остановились? — Да. Да. Я даже его просила об этом. — Как Вы считаете сами, почему муж такой в этом смысле активный? Это его какие-то отцовские чувства, что-то у него есть необычное? Потому что для мужчины это не совсем обычно, желание такого количества детей в семье. — Нет, все объясняется просто, он меня просто очень любит и немного ревнив. — Ревнив? — Да, ревнив. Как удержать дома женщину? Конечно, чтобы она была вечно беременной, вечно с маленькими детьми. — То есть это его способ привязать Вас? — Да. — Привязать к дому, к себе. — К семье. — И к семье. — Да. — Как я понял, привязать Вас оказалось не просто даже таким способом? — Да. — И ревность, она, в общем, не... дыма без огня не бывает? Повод был какой-то? — Нет, я никогда не даю повода. Мне нравится заниматься чем-нибудь другим, разным, интересным, но не встречаться там с кем-то, с мужчинами. Да, я могу его в какую-нибудь авантюру, куда-нибудь влезть. Например, мы с ним вместе ставили спектакли, хотя он военный человек, а он со мной занимался актерством, потом вот эти все шоу, куда я влезала, он всегда меня поддерживал, всегда со мной участвовал. — В общем, Вы считаете, Ваш брак достаточно успешный, крепкий? — Да. — И, может быть, не надо было тогда вот так привязывать детьми Вас? — Спросите его об этом, может

быть, и не надо было. — Я так понимаю, он не прочь и седьмого, да? — Да, он уже очень хочет Пашу. — Он об этом говорит? — Да. — И Вы готовы к этому? — Нет, я пока нет, я уже... я, видите, я болею, у меня депрессии, я пока вообще нет, я не хочу. — А он говорил о том, что он хочет Пашу, на свидании здесь? — Нет. — Этот разговор был когда? — До этого. Дома в выходные дни. — Сразу, как только родилась девочка? — Да, как только... — Еще детом? — Еще летом, да, прям буквально через неделю. — Он начал говорить уже о следующем? — О Паше, да. — Все ясно. А сам-то он какой по счету в семье? Он тоже из многодетной семьи? — Он первый. — У него есть братья, сестры? — Там двое детей. Двое детей, он и сестра. — А у Вас? — Я одна. — Вы одна, хорошо. Как живут Ваши дети вообще, насколько им легко уживаться в четырехкомнатной квартире-то вшестером? Да еще и там папа Ваш живет, насколько я понимаю? — Ну, дедушку мы все любим. — Это понятно. Любовь — это понятно, но вопрос чисто — бытовые вещи. — Как уживаются? Все по-разному, характеры у всех разные. — Очередь утром в ванную — уже повод для конфликтов. — Нет, этот мы решили вопрос, мы всех поднимаем с разницей в пять минут. То есть сначала старшая, потом другая через пять минут. Да, это им очень не нравится, они мне говорят, что они, как только им будет 18, они уедут из дома. — А как учится старшая? — Старшая, самая старшая? Она у нас человек противоречивый, она учится либо пять, либо два. Либо ей нравится педагог, либо нет. А двое других хорошо учатся. — Скажите, Вы бываете на собраниях? — Ой, да, конечно. — Как у Вас в этом плане активность тоже высокая? Там родительский комитет, общественные всякие нагрузки. — Мы были с мужем в родительском комитете у старшей дочери, а потом решили, что мы там не будем никогда больше. — Почему? Там был конфликт какой-то? — Нет, конфликтов не было, просто это очень тяжело. — Теперь вопрос по поводу Вашего папы. — Да. — Известно, что он наблюдается тоже у психиатров. — Да. — Но он давно уже не лечился в стационаре. — Да. — Он только ходит в диспансер? — Да. — Он принимает лекарства? — Да. Постоянно. — Понятно. Вы знаете, чем он болен? — Вы знаете, я долгое время не догадывалась, чем он был болен. Мне бабушка сказала, что у него был невроз. Я не задумывалась. И только буквально два года назад он мне сказал, что у него шизофрения поставлена. — Но у него же инвалидность по этому заболеванию? — Да. Да. — Насколько я понимаю, бессрочная? — Теперь уже да. — Понятно. И какие же проявления этой болезни у Вас на глазах? Что именно? — У меня на глазах, когда я была маленькой, ну как маленькая, 16 лет, он начал болеть, во-первых, он видел какие-то цифры, за ним то двойки, то тройки какие-то следили. Вот. Потом... — Давайте я сразу прям спрошу. Была ли у него религиозная тема в его переживаниях? — Нет. Нет. — Там

всякие дьяволы, бесы, да, вот это. — *Бесы? Нет.* — Не было, да? — *Нет. Он в другом, он любил чем-то новым заниматься. То он цыплят разводил, то он какие-то батарейки делал супер, то еще чего-то.* — Он такой изобретатель Кулибин? — *Да, Кулибин.* — Да. Но это здорово, когда у человека есть увлечение. Верно? — *Да. Верно.* — Но, а так-то он не раздражительный, не конфликтный? У него нет каких-то... к детям все в порядке? — *Нет, нет, он не дрался, ничего. Единственное, он мог уехать, где-то потеряться. Вот это у него была плохая черта. И нам пришлось его класть в больницу.* — Понятно. И Вы этим тоже занимались? — *Нет, в то время я была в таком возрасте, меня не допускали к этому.* — А, это было давно? — *Да.* — Хорошо, я понял. Теперь скажите мне сразу, я сделаю такой вираж от отца в вашу сторону... — *К дочери.* — У Вас, как Вы считаете, другая болезнь? Вот Вы видите, болезнь отца у Вас на глазах развивалась. И если сравнить его и Ваши переживания? — *Да, у меня другая.* — Все по-другому? — *Да.* — Не так. — *Нет.* — А как у Вас? — *У меня... у меня она — очень депрессивное было состояние, очень. Какая-то жуткая депрессия. Меня никто не поддерживал, наоборот, все говорили — зачем этот шестой ребенок? Я была в жуткой депрессии, я могла плакать и плакать там.* — Слушайте, если Вы в депрессии, действительно, зачем же в таком состоянии рожать ребенка? — *Но я уже его родила.* — А, это было уже после? — *Уже после. Если до я еще как-то держалась, то после рождения — все вообще. Ребенок кричит, бессонные ночи, никто не хочет помогать.* — Я так понимаю, что какие-то проявления измененного Вашего состояния психики были и раньше. В молодости у Вас были покушения на свои предплечья, самопорезы. — *Ладони.* — А, ладони! — *Нет, это было не покушение, это был артистический ход.* — Тем не менее, все-таки это такой артистический ход с психиатрическим флером, я бы так сказал. — *Точно. Правда. Ну вы представляете, там молодой...* — Можно было по-другому, другую сцену сыграть, не обязательно же себя резать. — *Ну мне надо было так. Вот молодой человек, я как схвачу нож, да как в руку прям! Ой, там страху было! Ой! Кровь эта! Это было вообще просто!* — И Вам свойственны в принципе были такие затяжные эмоционально-подавленные состояния? — *Нет.* — Вот Вы говорили доктору, что в 14 лет впервые какой-то период был такой. — *Ну в 14 — да, потому что у меня там уже папа начал заболеть, и я просто была одна дома. А мама развелась с моим папой. Подавленное было состояние.* — Но мама же медицинский работник у Вас. Она могла бы Вам как-то помочь, найти Вам врача тогда. — *Ну не знаю, нет, что-то не сложилось тогда.* — Не сложилось что? — *Искать мне врача в таком возрасте.* — Не сложилось искать врача. Может быть, Вы были против? — *Нет. Нет.* — А повод был для такого состояния? Что? Ну болен отец. — *Ну, конечно, у*

всех там, допустим, выпускные, папа, мама, а я вообще дома сижу одна. Дедушка у меня заболел, от рака умер, бабушка, сначала с отцом, потом тоже умерла. А я сижу одна дома, молодая девушка. Много было, такое депрессивное состояние. — Хорошо. А когда впервые возникло наоборот, противоположное — состояние такого подъема настроения, такого веселья, энергии? — *Это уже после, наверное, вторых родов.* — После вторых родов? Сколько Вам было лет тогда? — *Да. Сейчас-сейчас, было 25... 27 лет.* — 27? — *Да.* — Это Вы впервые тогда испытали такое необычайное состояние легкости? — *Я думаю, да. Мы тогда с мужем начали... он мне разрешил заняться маникюром, я стала чем-то заниматься. Да, именно в этом возрасте.* — А что значит, разрешил? — *Разрешил...* — То есть Вы занимаетесь только тем, что разрешает Вам муж? — *Ну я его слушаюсь, конечно.* — Почему конечно? — *Ну, а как? Мужчине надо... у нас патриархальная семья, все по-старому, я слушаюсь мужа.* — Понятно. И бывало, что Вы, когда слушаетесь его, с его стороны какие-то были, может, в ваш адрес... Вы вот человек вспыльчивый, я понимаю? — *Нет, Вы что? Я мягкий, добрый, пушистый. Только если мне надо что-нибудь выпытать, я тогда могу вскричать, это более что-то... а так я спокойна.* — Выпытать у него что-то? — *У кого-то, у кого-то что-то, и тогда я начинаю там — а, кричать там. А так я достаточно спокойная, я — не конфликтный человек.* — Понятно. Какое у Вас образование? — *Высшее.* — Я понимаю. — *Экономическое. Тимирязевская сельскохозяйственная академия.* — Вы — экономист. Почему же Вы не пошли по этому пути? — *Почему же не пошла? Я работала в судебном департаменте.* — Но откуда взялся маникюр? Вы — экономист. — *Ну я хотела подрабатывать.* — Так это была не основная Ваша работа? — *Да.* — Хорошо. Тогда откуда взялись потребности работать в церкви? — *А там как раз я работала бухгалтером.* — Вы — верующий человек вообще? — *Да.* — Но Вы как будто бы разочаровались в вере. — *Последнее время, да.* — Что такое произошло? — *Ну, конечно, они меня оттуда уволили, из церкви.* — Почему “конечно”? Что случилось? — *Все просто, у них там по-своему переход был, настоятель перешел в другой храм. Он меня звал в другой храм тоже идти бухгалтером, но мы посоветовались с мужем и решили, что я не буду больше работать бухгалтером при храме. Потому что...* — Какие у Вас были отношения с настоятелем? — *Хорошие, замечательные.* — Я понимаю. Насколько? — *Насколько...* — Ваш ревнивый муж к этому как относился? — *Ну я даже не знаю, я не могу ответить на этот вопрос, надо у него спросить. А, да, он недолюбливает очень настоятеля, можно сказать.* — Он это говорил Вам? — *Да.* — Так, может, Ваш уход из церкви был инициативой Вашего мужа в патриархальной семье? — *Нет, просто поменялся настоятель, и я ушла. Он радовался, Вы не*

представляете, для моего мужа это было большое счастье, когда я перестала работать, и стала дома. — Я могу его понять. Сколько Вы проработали в общей сложности в храме? — В храме? Года три. — Но три года Вы не приносили зарплату, это действительно выглядит странно при таких Ваших близких отношениях с настоятелем. — Ну чуть-чуть... — Я ни на что не намекаю, но это выглядит, действительно, для мужчины, для Вашего мужа, подозрительно. — Да, действительно, я что-то не задумывалась. — Не думали об этом? — Надо было бы мне об этом задуматься. — Может быть, сейчас Вы как-то с ним можете поговорить и расставить все точки, убедить его, что ничего такого не было, что все хорошо. — С мужем на эту тему? — Конечно, с мужем, а с кем же? — Сейчас уже можно, может быть, он остыл. Хотя мы уже выбрали нормальный приход. — А почему так вышло, что Вы не получали зарплату? Вы же работали на светской должности, бухгалтер. — Ну потому что я религиозный человек, как можно на Господа получать зарплату? Я вообще не понимаю, зачем там нужна бухгалтерия, на самом деле. У них храм, а зачем нужна бухгалтерия. Вот это я вообще не понимаю, зачем вообще нужны вот эти настроенные храмы, если Бог просто шел, и на горе говорил проповеди. — Я услышал Ваш ответ. У меня много вопросов уточняющих, но я их не буду задавать, это Ваше отношение к этому, это Ваша такая мировоззренческая позиция. — Да. — Тогда почему Вы разочаровались в церкви? — Ну, во-первых, что я стала читать Евангелие, и поняла, что в Евангелие были ошибки, они написаны позже того времени. И... — Как это понимание пришло к Вам? — Да я не могу объяснить, как это пришло. — Ну как, читаете Евангелие... — Ну я читала, вот, например, я беру лист, вот сегодня у нас четверг, я беру Евангелие. По Евангелию в храме должно быть то-то, то-то, то-то. То есть Иисус идут туда-то, туда-то. Я беру, прочитала, пришла в храм, а в храме никого нет. То есть, получается, Евангелие для кого писалось? Для церкви же. И они должны служить службу, как написано в Евангелии. А они не служат. Значит, там были ошибки в Евангелии. — Слушайте, сколько миллионов человек прочитало Евангелие, почему именно Вам довелось найти в нем ошибки? — Да потому что это и есть, нужно просто почитать, много написано литературы, что Евангелие... — Я задам точнее вопрос такой. Чувствуете ли Вы, что у Вас появилась какая-то особая способность в восприятии божественного? — Да. — Как это? Что Вы чувствуете при этом, в отличие от других прихожан той же церкви? — Ну вот для меня стали... я прям стала как-то... во-первых, я жуткий страх испытываю перед Богом в храме. Написано: “Имешь ли ты страх Божий?” Я вот его прям чувствую, я могу даже (...) зайти. — Вы показываете на живот при этом. — Это я случайно так показала. Страх. Потом второй момент, что Бог, он един. Я была в

Италии, везде, то есть у католиков, у нас, у мусульман, он в принципе един. И третье — что смерти нет. Все. — Понятно. Вы помните вопрос, который я Вам задал? — Да. — Какой это был вопрос? — “Вы как-то особенно относитесь к церкви?” — Понятно. Но все-таки в разных конфессиях религиозных разное отношение к смерти. Есть загробная жизнь, есть реинкарнация, в разных направлениях по-разному. Вы как считаете, смерти нет — это что значит? — Это значит, что дуга все равно где-то рядом. — Вы можете с ней как-то контактировать, допустим, с душами мертвых? — Да. — Ваши близкие, родственники, которые умерли, Вы с ними в контакте? — Немного, да. — Кто это, например? — Бабушка. Или тетя. — Когда умерла бабушка, сколько Вам было лет? — 18, наверное, или 17. — Вы с самого начала с ней в контакте были? Сразу после смерти? Или это только сейчас проснулась такая способность? — Ну да, я с ней всегда была в контакте. — Всегда были в контакте? — Да. — Как? — Ну я что-то... — Это какая-то Ваша тайна, о которой Вы никому не рассказываете. — Ну почему? Об этой тайне знают, меня муж называет вечно ведьмой. — Да ладно?! — Да. — Потому что Вы ему об этом рассказывали? — Не рассказываю, я чуть-чуть другое ему рассказываю. Я просто что-то такое чувствую, не то, что прям какой-то голос сидит. — А что? — А просто такое, немного какое-то такое в ночное, правда, время можно услышать что-то. Вот, например, мне один раз, я, правда, была в Италии. Познакомилась там с женщиной. Женщину, у нее два сына, и мужа не было. И мне почему-то показалось, но я, правда, молилась долго в храме апостолов Петра и Павла, и я ей говорю: “Что-то мне прям кажется, что горит рана какая-то. Ваш муж был убит?” И она говорит: “Да”. Я говорю: “Мне кажется, что кем-то из Ваших сыновей”, и она ответила: “Да, Вы правы”. Вот так вот это может. — Понятно. И, конечно, такая для нас не очень радостная новость о том, что у Вас с церковью произошел такой разрыв, но Вы еще и устроили там некий погром какой-то, да? — Да. — Что-то Вы там разгромили. А что это было? Как? Что спровоцировало это? Может быть, какой-то неосторожное высказывание кого-то из священнослужителей? Что? Что было-то? — Нет, это было хулиганство. — Ну ладно, хулиганство — это для подростков. Вы-то взрослая женщина абсолютно. — Ну что, я хулиганить не могу? — Можете. Но Вы будете хулиганить в отличие от подростка с какой-то целью. Вот это как раз и есть то самое главное, что мы хотели узнать, почему вдруг именно в церкви возникло такое возбуждение. Что это было? — Да потому что я, мало того, что я хулиганка, я слишком много о себе возмнила. Мой муж долго мучается с проблемами... с ногами, и ему кто-то посоветовал, что нужно вылечить медью колени. Знаете, такие медные браслеты есть, пластины. — Да. — И я почему-то решила, что такие браслеты есть в ико-

нах. И поэтому потащила его в храм, приложила, и ничего не работает, и все, и разгромила в храме все. Все. — Это ваше ощущение, или Вам кто-то об этом сказал из священнослужителей, что у Вас... — Из священнослужителей мне никто ничего не говорил. — ...что у Вас бес-то внутри сидит. — Нет, священнослужители мне никто ничего не говорил. — То есть Вы чувствуете этого беса? — Да. — Как Вы его чувствуете, где, в каком месте, можете показать? В груди, в животе, в голове? — Нет, во мне бесов вообще нет. — Куда они делись? — Таблетки их съели. Шутка. — Почему? Это близко к истине. — Да? — Только не съели, а выгнали тогда уж. — А, выгнали, да, да. Да, у вас вон ключ специальный, чтобы бесы выходили. — Вы считаете это абсолютной болезнью? Никаких бесов, ничего в Вас не было? Никаких голосов? — Я очень перенапряглась, и у меня был какой-то жуткий стресс, и вообще прям я даже не помню. Я так благодарна Елене Сергеевне, что... — Стресс, видите, это реакция на какое-то событие. А что у Вас было? На что? — Ну, конечно, реакция. У нас были крестины. — Ну и что? Это радостное событие, что тут стрессового? — А для меня был стресс. — Почему? — Ну потому что сейчас такие условия в храмах, нужно там ходить на какие-то лекции, посещать. — Может быть, что-то во время обряда крещения произошло? — Ничего не произошло, все нормально было. — Но Вы именно тогда почувствовали эту одержимость? — Нет, я почувствовала через два дня после крещения. — После крещения? — Да. И вообще мне кто-то стал говорить, что в мою девочку вселился бес. — Это голос был, да? — Нет, не голос, а чужие люди мне стали говорить. — Какие чужие люди? — Вообще мне знакомые, подходят к коляске и говорят: “Вот бесытину там возишь”. — Да бросьте Вы, ну что Вы говорите такое? Это где было? Во дворе или где? — В парке, когда я гуляла. У нас там есть... — Одна? — Нет, три человека мне сказали, или шесть даже. — Ну расскажите мне про этот день поподробнее. Что это за ситуация такая, что все в парке подходили и говорили, что у Вас бесытина. — Ну, обычный день, с утра я собралась, когда уже всех отправила в школу, часам к одиннадцати... — Сколько у Вас детей-то было? — С собой один. Один в коляске. Самый маленький, только покрестили. — Хорошо. А вторая по счету, в смысле, обратно, пятая. — В садике. — Пятая в садике. — Да. — Значит, Вы были с ребенком. — Просто я пошла с коляской гулять, а там что-то многие подходили в парке на Сухонке, и говорили: “Ой, прям такая девочка, и уже это бес, бес в ней”. Ужасно. В общем, мне это стало совсем все неприятно. — Вот сейчас, когда Вам стало легче... — Да, мне стало легче. — Когда Вы считаете, что таблетки выгнали Ваших бесов, как Вы думаете, это действительно происходило тогда в парке? — Вы знаете, нет, мне кажется, что глюки мои были. — Ну то есть это зрительные галлюцинации, Вам казалось, Вы ви-

дели людей, которых нет? — Звуковые. Я со многими разговаривала. Еще так получилось, ко мне так много подходили. То “где масленица”, то “где еще что-то”, то “как пройти в библиотеку”. — Понятно. Теперь я понял. К Вам подходили с обычными вопросами, спросить Вас, какую-то навигацию, куда идти. — Да, их так было много в этот день, что... — А Вам в этом состоянии казалось, что они Вам... — Да, а мне, наверное, показалось, что... — Смотрите, как, мы разобрались. — Наконец-то, как я Вам благодарна, да. — Ну нет, Вы лучше благодарите своего доктора. — Своего доктора я вообще люблю и обожаю. — Любить не надо, а благодарить — это хорошая идея. Ладно, значит, все прошло, и то, что было, это было впервые? — Да. — Ничего подобного никогда не было? — Нет. — Были депрессии какие-то, были подъемы настроений со всякими историями с маникюром, с пирожками и прочее. — Да. — Но вот такого не было? — Не было. — Планируете ли Вы дальше принимать лекарство, ходить в диспансер? — Конечно, да, я хочу, планирую лекарства принимать и посещать врача. — А в церковь ходить? — Я пока не буду. — Почему? — Ну не готова я пока. — Ясно. Ладно. Я предоставлю возможность докторам задать вам несколько вопросов. Вы, пожалуйста, не стесняйтесь, все это врач. Прошу вас, коллеги, вопросы к Маргарите.

— Опишите себя, пожалуйста, в детстве, в подростковом периоде, какой Вы росли девочкой, какая Вы формировались по характеру? — Вы знаете, я очень мечтательная такая девочка. Да, я любила считать ворон, и почему-то любила медицину, у меня всегда был жучок какой-нибудь или червячок в рюкзаке, которых я любила на уроке достать и всех посмешишь. Вот. Да. Ну романтическая, даже стишки всякие детские писала. Вот такая. — Вы чем-то занимались? Танцами? — Да, я музыкой занималась. — Музыка занимались. А как отношения со сверстниками у Вас складывались? — Меня немного чудной, конечно, называли, но... — Отличались от всех немножко? — Да. — А почему Вас так называли? — Ну потому что у меня то паучок какой-нибудь, принесу, то... из-за того, что я считала облака, я могла опоздать, открыть дверь, и нафантазировать такую историю, которая всем и не снилась. — Это в каком возрасте Вы так начали фантазировать? — Да это и во втором, и в четвертом, и в пятом. В седьмом классе меня вообще попросили сорвать урок, и я упала в обморок. Пока “скорую” вызывали, урок был сорван. — А что Вы тогда придумали, что это за фантастическая истории была, можете рассказать, вспомнить? — Фантастическая история? — Вы говорите: “Я придумала историю, всех поразила своей фантастической историей”. Помните? — А, история! Конечно. Ну, там какая она фантастическая, типа того, что я шла и встретила великого художника, и мы с ним стали рисовать прямо на асфальте картину, Да Винчи там, что-нибудь такое. И я причем их стала уверять, что

да, картина до сих пор на асфальте и осталась. И все очень заинтересовались. — Это четвертый, пятый класс? — Да.

— Я хотела бы узнать относительно того, как Вы понимаете, что с Вами произошло. Это болезненные переживания? — Да. — Понимаете, что таблетками их, можно сказать, почти вылечили? — Да. — Понимаете, что это была болезнь? — Да. — Хорошо, спасибо.

— Скажите, пожалуйста, есть информация, что Ваша мама с Вашим папой развелись, и она с Вами не жила. С какого это возраста было? — С 12 лет. — С 12 лет. Насколько я понимаю, сейчас мама участвует в Вашей жизни, она помогает Вам с детками? То есть у Вас как-то наладились отношения? — Ну да, я как бы раньше очень на нее обижалась из-за того, что она сделала такой выбор в плане квартиры, чтобы уехать. Но сейчас я давно ее уже простила. — Сейчас хорошие ровные добрые отношения? — Да. — А когда эти отношения восстановились? — Они не сразу, где-то в 22 года, наверное. А в переходном возрасте я, конечно, ее принять никак не могла. — Но мама стремилась общаться? — Конечно, да. — То есть это Ваша обида была такая детская? — Да. Потому что я не понимала, как можно было уйти от папы, допустим. — Мама сейчас участвует в Вашей жизни, Вас навещает, помогает с детками? — Да, сюда приезжает. — Спасибо. — Не за что.

— Хотела бы уточнить. Когда в парке Вы шли, и к Вам подходили люди и говорили про Вашего ребенка такие вещи, какая у Вас была реакция на это? — Вы знаете, я улыбалась почему-то. Я сейчас до сих пор вспоминаю, такая улыбчивая была и светлая... — А внутри какой Вы были? — А внутри я была прям... я готова была прям порвать всех. Что-то, я не знаю, на меня прям нашло, что это такое было, не знаю. — То есть Вам не было стыдно как-то? Вы свою вину, может быть, ощущали в этот момент за ребенка, или страшно было от того, что они говорят такие вещи? — Нет, мне не было страшно, и стыдно не было. Я просто хотела очень домой. Я сразу же побежала домой, чтобы скрыться от всех и сидеть дома в своей крепости. — А от кого Вы хотели скрыться? — От всех этих людей. Я помню, потом не выходила ни вечером, ни на следующий день гулять не выходила. — А чего Вы боялись? Что они снова как-то... какую-то угрозу для Вас представляют, эти люди? — Я не могу даже объяснить, что, просто мне как-то хотелось дома быть одной с ребенком. — А тревога была в это время? — Да. — Когда разговаривали? — Да. — Когда эти люди к Вам обращались, у Вас была тревога? — Да. — Как реакция? — Да.

— Вы сказали, что сначала у Вас была информация, что у папы невротическое расстройство. — Да. — И достаточно недавно Вы узнали, что заболевание совсем другое. А как давно это было? Недавно — это

сколько? Родился у Вас уже последний ребенок? — Года три назад я узнала, когда мне сказали.

— Скажите, пожалуйста, Вы участвовали в передаче по поводу снижения веса. А есть у Вас такие моменты в жизни, когда Вам хочется кушать, много кушать? Вы по ночам, например, начинаете есть. И бывает ли наоборот? — У меня, скорее всего... — Бывают ли моменты агрессии, когда наоборот, есть не хочется. — У меня, скорее всего, наоборот, я могу себе устроить какой-нибудь тест-драйв и не есть дней пять. — Это Вы с целью похудения делаете? — Не знаю, с целью чего. — Или ни с того, ни с сего, просто... — Иногда ни с того ни с сего прям не есть, и все. Прям мне противна эта пища вся. — А наоборот, когда Вы кушаете? — А кушать — у меня такого не бывает. Булимия — в основном это не есть. — Скажите, Вы употребляете алкоголь? — Нет. — Алкоголь не употребляете вообще? — Нет, ну там рюмочку на Новый год. — Хорошо, спасибо.

— А бессонница у Вас была в течение жизни? Нарушение сна в течение какого-то времени? — Вот как раз бессонница у меня перед всеми этими случаями была, я никак не могла с ней справиться, я даже пила таблетки, у меня дома были от бессонницы. К сожалению, я не могла справиться. — Какие таблетки? — Валерьянка. И еще как-то... — Папа не давал Вам свои таблетки? — Ой, нет! Папа? Вы что? Это за ними надо потом ехать в диспансер, ни за что он мне бы их не дал, нет. Они драгоценны. Ну, какие-то от сна в аптеке. — То, что можно было без рецепта? — Без рецепта, да. —

Понятно. Есть еще вопросы? У меня такой вопрос, я забыл его спросить вас, хорошо, что вспомнил. Вы слышали голос, который вам: “Иди, ищи”. — Ну это вот по поводу мужа. — Да. Да. Это был мужской голос. — Да. — И какая связь с мужем? Искать что надо было? — Ну, я сейчас уже понимаю, что это вообще ерунда какая-то была. — Все-таки? — А тогда, наверное, искать средство лечения для его ног. Мы уже мучаемся четыре года с его ногами.

Ведущий: И вот теперь такой сразу же вопрос. Я подумал, что есть какая-то связь, ведь этот же голос продолжался и здесь, когда в первые дни Вы лежали у нас тут, в больнице. И тогда вроде бы было какое-то такое состояние, когда врачи, они описывают это, они видели это, когда Вы что-то такое со своим халатом делали и говорили, что “у меня скоро свадьба”. Вы не припомните этот момент? Что тогда было с Вами? У Вас было предчувствие свадьбы? За кого Вы замуж выходили? — Боже мой, какой-то бред. — Нет, понятно, что это не соответствует реальности, мы все прекрасно... — А, нет, все, я все поняла, все эти слова. — Вспомнили, да? — Это я читалась “Евангелие Апокалипсис”. И там есть это — одеть белые одежды, и что-то свадьба там такая. Вот я думаю, это оттуда. Да. — Теперь понятно. Так, а чей это был голос? — Сейчас я уже не могу понять. — А то-

гда Вам казалось, кто? — *Да никто, чей-то какой-то голос. Может, это Бог?* — Понятно. — А Вы на тот момент верили этому голосу? — *Да.* — А вот то, что Вы, говорите, слышали с юности голос бабушки, это был такой же голос? — *Нет, бабушкин — это не такой, вот просто она меня как бы успокаивала или я с ней чем-то делилась. А так пойду в церковь, свечку поставлю и сорокоуст, и никак, он просто такой, как мой друг.* — Внутри ощущался этот голос или Вы слышали его? — *Он внутри, да, просто внутри. Я его не слышала.*

— Может быть припомните, не было ли момента, когда казалось — что-то фантастичное вокруг Вас происходит? Хоть на миг, на минуту, на две. — *На миг? (Смеется.) Вы знаете, да. Как раз, когда я погроммила в храме, на меня какая-то вот фантастичное... какие-то картинки и напали. Вы знаете, даже сюда, когда приехала, меня в ванну эту положили...* — Зрительно Вы видели...? — *Не зрительно, но какая-то такая вот мелькающая, такая как волна все равно. Как вот знаете, картинки такие мелькают, календарики такие мерцающие — вот так вот. Что-то вот такое, в таком видении.* — А что там? Какое содержание? — *А? — Фантастика, короче была? — Вы знаете, типа войны какой-то темных сил и светлых.* — Да, все как в законе божьем. Эта же тема была, да? — *По ходу, да. Зато, когда меня сюда приехали, мне показалась ваша ванна как купель. (Смеется.) Представляет?* — Было такое? — *Да. Когда я сидела в этой теплой ванне, на меня как святой дух нашел. Вот честно. (Смеется.) Я такая была счастливая, да.* — То есть было ощущение одновременного нахождения и здесь, и в церкви? Вот купель и отделение одновременно, да? — *Нет. У меня было ощущение, что лучше в психиатрической больнице. Купель настоящая, а не купель церковная.*

— Скажите, пожалуйста, вот наступит момент, когда Вы покинете больницу. Как-то изменится Ваша жизнь? Что главное будет в ней? — *Ну конечно. Я очень соскучилась по детям. И поэтому я буду смотреть за детьми. Я что-то очень боюсь всех этих ситуаций. Потому что все-таки и папа с такой болезнью. Я буду просто наблюдать за детьми, как бы в переходном возрасте не случилось чего-нибудь такого, и следить. Конечно, я очень благодарна. И строго следить прям за собой, чтоб никаких таких соотношений во мне не было, таких нездоровых.*

Ведущий: Хорошо. Я думаю, что можно уже, наверное, отпускать Маргариту Валентиновну. Давайте мы напоследок Вам предложим тоже задать какой-то вопрос. У нас очень много здесь врачей. Я думаю, что можно воспользоваться случаем. Врачи, психологи. Что-нибудь у Вас есть насущное такое, что б Вы хотели спросить у специалистов? — *Да, конечно. У меня есть вопрос.* — Да, давайте. — *Скажите мне, пожалуйста, а как относиться к голосам, которые слышатся из загробной жизни? И реальны ли они вообще*

или это просто фантазия? — Это ваша субъективная реальность. Для Вас это реально, Вы же их слышите. — *ТВ-3-то есть передача. Что же, всех колдунов к вам, что ли, вести?* — ТВ-3 — это что такое? Я просто не смотрю. — *Телеканал ТВ-3, который там, знаете...* — Он только про колдунов? — *Да. Там много ваших пациентов, кстати говоря.* — И Вы часто смотрите? — *Я не смотрю. Я просто знаю.* — Я думаю, что там они есть, но большая часть там, конечно, здоровых мошенников. — *А, здоровых мошенников. То есть это не ваши клиенты?* — Я не знаю. Надо для этого видеть этих людей. Но отношение к голосам, которые Вы описываете, в Вашей ситуации, наверное, должно быть все-таки как к болезненному состоянию. — *Все, я поняла.* — Как-то можно их приглушить немножко, эти вот мысли, эти голоса? — *Наверное, да.* — Просто жить. Они, может быть, будут идти просто фоном, но спокойнее как-то к ним, трезво относиться. И потом соотношение священник, психолог и психиатр. Три специалиста, которые реальность Вашу могли бы смягчить. — *Спасибо большое. Скажите, пожалуйста. Вот я сюда попала. А потом смогу ли я работать?* — Конечно. — *В финансовой сфере?* — Вы знаете, вопросы, связанные с работой и Вашей дальнейшей профессиональной адаптацией и прочее, — это вопросы, которые будут напрямую зависеть от Вашего состояния будущего. Понимаете? Все бывает. К сожалению, человек, как пишется в Писании, — существо слабое и смертное. И с нами все может произойти, паралич может разбить, у кого-то еще что-то. У кого-то может быть такая глубокая депрессия, что он не сможет даже зубы чистить. Поэтому сейчас говорить о будущем, сможете Вы или не сможете работать, может только пророк. Но я уверен... — *Кстати, у мусульман прописано, что должен прийти пророк.* — У мусульман. Но я уверен, что здесь ни одного пророка нет. — *Кто знает. Кто знает. (Смеется.)* — Поэтому ответ на этот вопрос, наверное, здесь Вы не получите. — *Кто знает.* — Кто знает, да. — *Спасибо.* — Но главное, Вам надо сейчас, конечно, придерживаться абсолютно на сто процентов рекомендаций своего врача, и после выписки из больницы обязательно Вы будете посещать в диспансере своего доктора. Может быть, если будет такая возможность и с детьми кто-то будет и так далее, если диспансер недалеко, даже какое-то время попосещать дневной стационар. Есть такой. Слышали? Но это уже будет решено потом. — *Хорошо. Спасибо большое.* — Удачи вам. Всего хорошего. До свидания.

Ведущий: Слушайте, я никогда не видел этих передач, но у меня возник интерес к психическому статусу и других участников. Надо посмотреть. Начнем наш разбор. По традиции его начинает лечащий врач.

Врач-докладчик: Обоснование диагноза. Рассматривая заболевание в динамике, необходимо отметить, что оно возникло у личности с отягощенной наследственностью по линии отца, который страдает

эндогенным заболеванием, является инвалидом 2 группы. С 14-летнего возраста у больной стали отмечаться колебания настроения, как правило, ситуационно обусловленные, проявляющиеся преимущественно депрессией, а в 2012 году имел место маниакальный эпизод достаточно продолжительный по времени. Настоящий психотический эпизод возник у пациентки впервые на фоне переутомления — ухаживала за грудным ребенком и остальными 5-ю детьми, лечила больного мужа, не спала ночами. С мужем в последнее время отмечались конфликтные отношения. На этом фоне возникла вначале депрессия, затем маниакальное состояние с идеями собственной переоценки (“экстрасенсорные способности”), появились вербальные псевдогаллюцинации — “голоса” знакомых людей, которые “помогали” ей видеть события, призывали “иди ищи”, “говорили, что в дочку вселился дьявол”. В состоянии психомоторного возбуждения учинила погром в церкви по бредовым мотивам и была госпитализирована в ПКБ № 4. В ходе терапии галоперидолом в достаточно короткое время удалось купировать псевдогаллюцинации и нормализовать поведение. Во время осмотра грубых нарушений мышления не выявляет. Отрицает наличие “голосов”, объясняет госпитализацию “нервным перенапряжением”. По данным психологического обследования, процессуальных нарушений мышления не обнаружено. Эмоционально и интеллектуально выглядит сохранно.

Дифференциальный диагноз. Дифференциальный диагноз между биполярным аффективным расстройством, маниакальным эпизодом с психотическими симптомами и шизоаффективным расстройством. дебютом приступообразной шизофрении, смешанным типом.

С учетом отсутствия нарушений мышления и интеллектуальной сохранностью пациентки, хороший ответ на психофармакотерапию, отсутствие перенесенных ранее психотических состояний целесообразно остановиться на диагнозе: **F 31.2 Биполярное аффективное расстройство, текущий маниакальный эпизод с психотическими симптомами.**

Дифференциальная диагностика

Критерии шизоаффективного расстройства по МКБ-10:

А. Расстройство отвечает критериям одного из аффективных расстройств (F30.-; F31.-; F-32) умеренной или тяжелой степени выраженности в соответствии с определением для каждого подтипа

Б. В течение большей части времени минимум двухнедельного периода отчетливо присутствуют симптомы хотя бы одной из следующих симптоматических групп (которые почти совпадают с группами симптомов при шизофрении):

1. “Эхо мыслей”, вкладывание или отнятие мыслей, открытость мыслей;

2. Бред воздействия или влияния, отчетливо относящийся к движениям тела или конечностей, или к определенным мыслям, действиям или ощущениям

3. Галлюцинаторные “голоса”, комментирующие поведение больного или обсуждающие его между собой; или другие типы галлюцинаторных “голосов”, исходящих из какой-нибудь части тела;

4. Стойкие бредовые идеи любого рода, которые культурально неадекватны, и совершенно невозможны по содержанию;

5. Явно неадекватная или разорванная речь, или частое использование неологизмов;

6. Частое возникновение кататонических форм поведения таких как застывание, восковая гибкость, негативизм;

В. Критерии А и Б должны выявляться в течение одного и того же эпизода и, хотя бы на какое-то время одновременно. В клинической картине должны быть выраженными симптомы критериев как А, так и Б.

Г. Наиболее часто используемые критерии исключения. Расстройство не может быть приписано органическому психическому расстройству или интоксикации, зависимости или состоянию отмены, связанным с употреблением психоактивных веществ.

Критерии биполярного аффективного расстройства по МКБ-10:

Расстройство, характеризующееся повторными (по крайней мере двумя) эпизодами, при которых настроение и уровень активности значительно нарушены. Эти изменения заключаются в том, что в некоторых случаях отмечается подъем настроения, повышенная энергичность и активность (мания или гипомания), в других снижение настроения, пониженная энергичность и активность (депрессия). Выздоровление обычно полное между приступами (эпизодами), а заболеваемость как у мужчин, так и у женщин примерно одинакова, в отличие от других расстройств настроения.

Поскольку больные, страдающие повторными эпизодами мании, сравнительно редко встречаются и могут напоминать (по семейному анамнезу, преморбидным особенностям, времени начала заболевания и прогнозу) тех, у которых бывают также хотя бы редкие эпизоды депрессии, эти больные должны квалифицироваться как биполярные.

Ведущий: Спасибо. Я вас прошу теперь, коллеги, высказать свое мнение относительно квалификации ее психического состояния текущего, при поступлении, что мы знаем, и диагноз синдромальный, нозологический, какие рекомендации. Кто хотел бы выступить? Может быть, что-то дополнить? Или есть несогласные с диагнозом? Я так понял, что дифдиагноз между биполярным и шизоаффективным расстройством. То есть категорию F-20 мы не рассматриваем?

Лечащий врач: Пока нет. Мы бы рассматривали F-20, учитывая некоторые особенности последнего

психотического эпизода, где достаточно яркие проявления симптоматики первого ранга, но мы видим большой удельный вес аффекта, аффективных расстройств именно в последнем приступе. Да и на всем длиннике, если посмотреть все протекание болезни нашей пациентки, отмечается преобладание аффективных расстройств. Это не дает оснований, на наш взгляд по крайней мере, рассматривать это заболевание как паранойю или как просто шизофрению. Уже слишком определенные имеются аффективные признаки, во время которых присутствует и симптоматика иного регистра, не аффективного регистра. Появляется галлюцинаторная симптоматика, некоторые даже псевдогаллюцинаторные расстройства. Но что мы видим? У нее отсутствует, на мой взгляд, шизофреническая аутизация, скажем так. Она открыто говорит, делится своими расстройствами, своими переживаниями. Безусловно, она абсолютно не критична. Тут она с нами соглашается, что это болезнь, но истинного критичного отношения у нее нет за счет такой поверхностности. Потому что я ее в первый раз когда смотрел, у меня возникли сомнения в ее интеллектуальной состоятельности. Я сейчас волею случая оказался рядом с психологом. Уточнил, способна ли она продуктивно была работать в эксперименте, то есть целенаправленно выполнять задания. Мне сказали, что она была достаточно продуктивной, то есть интеллектуального дефекта нет. Значит, это все-таки объясняется аффектом. Были у нее тяжелые депрессии — по описанию. Их никто не видел. Мы только можем судить по описанию. Были ли у нее маниакальные такие явные состояния? Может быть, и были, хотя то, что вы нам представили, то, что мы предложили уважаемой аудитории в качестве некой изюминки данного случая, то, что мы представляем именно этот случай сегодня, а не некоторые другие, порождает вопросы. Достаточно большой был выбор. Это состояние все-таки, на мой взгляд, не маниакальное. Кто не хочет из женщин, извините меня, крупным планом быть в телевизоре? — *Необязательно* — Я думаю, все хотят, а исключение подтверждает правила. Поэтому наш дифференциальный диагноз был такой. Лечение по стандарту шизоаффективного расстройства, антипсихотик плюс нормативы. Переносит она неплохо. Но знаете, мне впервые показалось, что у нее некоторые задержки проявились в речи. Ни у кого не было таких ощущений, что у нее все-таки некоторая такая заторможенность и речевые расстройства? И периодически тремор головы был. Просто я ближе был. Мне здесь было виднее.

Ведущий: Какие вопросы, мнения?

— Здравствуйте. Я вот что хотел сказать. Я думаю, что больная, видимо, не была раскрыта на тот момент, когда выступала и в более поздние периоды, поскольку в структуре приступа ... если бы все так легко, благополучно и далее, вопросов о шизофрении не стояло. Что не описывалось в статусе, так это напряженность,

злость, недоступность. Мне кажется, что в статусе больной на любом вообще этапе теперешнего приступа можно было раскрыть и узнать, что за псевдогаллюцинациями стоит острое чувство неприязни. И отчасти чуть-чуть даже приблизилась к вуайеризму. — *Купель?* — Да. Все это говорит о том, что приступ был аффективный с налетом шизоаффективности. Никакой симптоматики, которая позволила бы рассматривать ее как больную шизофренией, хотя бы чуть-чуть, нет. — *То есть шизоаффективный психоз. Вы диагностируете здесь шизоаффективный?* — Нет, я считаю, что это был аффективный приступ, маниакальный приступ, достигший своей остроты, своего пика. На высоте состояния были вот такие эпизоды включения. — *Понятно. Но все-таки в структуре биполярного аффективного расстройства?* — Биполярного. — Понятно. Спасибо.

Ведущий: Может быть, есть еще какие-то мнения и суждения по поводу такого диагноза или другого?

— Очень интересно, да. Потому что вчера у был большой разбор. И там как раз был разговор о шизоаффективном психозе. И, в общем, в конце там поставили шизоаффективное с большими оговорками. Здесь очень четко видна изначально некая эндогенная предрасположенность, по наследственности там тяжело все. Сложное детство с тяжелыми переживаниями. Вот этот уход матери, развод, переживания отца, смерть бабушки. Это такая реакция на них. С одной стороны, эта ее общительность, потом активное, маниакальное даже состояние, которое у нее было в рамках именно биполярного расстройства. Но тут еще, на мой взгляд, сниженная критика и такой органический вариант, именно по ощущениям. Правильный вопрос о том, насколько она именно органик. Потому что настолько примитивно, настолько снижена именно в этом уровне. Эта органическая почва, которая идет пожизненно. Мне кажется, это проявление вот этого. Возможно, это количество родов, которые у нее были, сформировали органику. Что касается психоза, то там было все, что входит в БАР, с выраженным маниакальным компонентом. Психоз, в общем, тяжелый. Мне кажется, тут есть вкрапление органики, которое как раз и дало эту силу и глубину. А так, если, возвращаясь к диагнозу, все-таки это БАР на органически неполноценной почве, которая сформировалась, и которая дает эту смазанную картинку. — *Спасибо. У меня тогда вопрос сразу встречный. А какого генеза органика здесь? Что тут?* — Не знаю. — *От чего страдает мозг? Травмы? Интоксикация?* — Минимум шесть родов. Это тяжелое испытание.

— Просто в соматическом статусе — без патологий. На энцефалограмме тоже все чисто.

— И мама, и сестра тоже говорят, что роды без какой-либо патологии.

— Протекало все благополучно?

— Да.

— Все-таки органический процесс, даже если мы говорим о почве, там есть облигатные вещи, там есть хоть какой-то вариант психоорганического синдрома. Там есть хоть какая-то истощаемость: либо гиперэстетическая, либо, наоборот, астения. Плюс ко всему какие-то когнитивные нарушения, которые мы могли бы выявить и в психологическом исследовании. Там вроде бы по памяти были проблемы, как будто бы вы говорили, но это же было 13-го числа, когда она еще была в маниакальном состоянии, в психозе. Поэтому тут не совсем корректно.

— Второй раз тоже, но уже лучше, тем не менее. Уже лучше.

Ведущий: Но выхода из психоза так и не произошло. Мы же это видим и сейчас тоже. С другой стороны, может быть, мы что-то действительно еще не нашли. Возможно, здесь действительно органический фон имеет большое значение. Тем более, вы правы абсолютно, Сергей Николаевич. Я с ним солидарен в этом, что при биполярном расстройстве всегда какая-то органика находится, всегда какой-то фон органический существует. Неслучайно препаратами выбора при БАР являются норматимики и одновременно антиконвульсанты. Это всем хорошо известная вещь. Ладно. Есть еще какие-то мнения? Я понимаю прекрасно, что, может быть, тему некорректно обсуждать или что-то еще. Я сейчас не про религию. Но тем не менее, все-таки ситуация с рождением шестерых детей и желанием родить седьмого ребенка.

— Причем оба супруга, извините, говорят, что они не хотят детей. Муж приходит. Он говорит: “Я не хочу детей. Я категорически против”. А она говорит, что он хочет Пашу. Я хочу втайне вставить спираль”.

— Можем ли мы как психиатры (давайте не будем сейчас говорить о морали или еще чем-то, мы врачи, прежде всего) использовать эту информацию для дифференциальной диагностики? Что это? Или лучше не будем об этом говорить, как психиатры? Вот сегодня мы слышали от нашей пациентки, что муж ждет Пашу. У врачей возникла тревога и они начали брать анализ на ХГЧ на всякий случай.

— Они предохранялись после шестого ребенка.

— Давайте попробуем как-то квалифицировать феномен вообще. Что это? С чем это может быть связано? Можно ли рассматривать это в какой-то степени как осложнение биполярных аффективных фаз? И, соответственно, такое легкомыслие в маниакальных состояниях в какой-то момент или что-то другое. Или, может быть, это что-то другое, подтверждение чего-то еще? Я просто сталкивался с некоторыми тяжелобольными, страдающими шизофренией, у которых деторождение было бредовым поведением. В семейной паре. Я имею в виду конформный бред.

— Вообще-то, отрицание — это типичная психологическая защита для маниакальных пациентов. Отрицание.

— Отрицание? Чего именно?

— Одна из психологических защит.

— Защит?

— Да. Характерная именно для маниакальных. То есть это отражение ее статусности, ее состояния. Это присуще. Это подтверждает.

— Да, я понял. Вы говорите о психологической защите, но я-то имею в виду именно защиту бредового пациента от чего-то, от того, что боятся обычно бредовые люди. Вы видели мужа, но мы-то его видели только в этой передаче, в очень неприглядном виде, с какими-то электродами на животе. С каким-то таким, как мне показалось, поведением лобного человека. Может быть, я не должен делать таких заключений, конечно, но все-таки.

Лечащий врач: Муж на самом деле... Такое ощущение, что либо он индуцирован, либо они со схожими диагнозами. Когда он ко мне пришел, то был такой крайне возбужденный. Сказал, что у него регламент 30 минут, и дал мне свою визитку. Он медиадиректор в какой-то неизвестной, мне по крайней мере, фирме. И сказал: “В принципе визитка не нужна, меня знает вся Россия”. Она заявляет, что он ее часто может ударить, он бьет детей, дети в передаче даже говорят, что хотят его отправить на Луну, старшие дети хотят уйти из дома. Но он достаточно резкий, вспыльчивый. Причем он каждый раз говорит: “Я вообще детей не хочу”. И она на самом деле очень противоречивую информацию дает — она тут сидела и говорила: “Я после четвертого ребенка, после сына сказала, что больше детей не хочу”. Хотя в передаче она заявляет: “У меня мечта родить пятого ребенка”. Но на самом деле она, когда госпитализировалась, не предохранялась с мужем. — *Вроде она сказала, что муж военнослужащий.* — Бывший военный. У него тоже наблюдаются какие-то изменения, либо он от нее индуцируется. Он тоже участвовал в конкурсе красоты для многодетных отцов. Девочка у них с накрашенными губами в подростковом возрасте тоже витиевато высказывается, если посмотреть.

Ведущий: Такая обнаженность у них какая-то. Она же актрисой была, вернее, хотела быть в свое время. И фантазии, которые она описывает в детстве: “Я с художником”, — с Ван Гогом, или с кем там она нарисовала что-то на асфальте.

Лечащий врач: Что тут бросается в глаза? Когда мы это спрашивали конкретно в каждом случае, она отходила с позиции. То есть не было стойкости ни в чем, и про одно, и про второе, и про третье. То есть она все-таки имеет защиту, и она уперлась либо в манихейство или в эти все религиозные вещи, либо в деторождение. То есть она как бы амбивалентна, что-то вроде на мужа сбрасывает, а так получается. Это снижение критики, но при этом все-таки не на уровне бреда, как мне кажется. Сейчас она более-менее в приличном состоянии, потому что уже под лекарствами. Она не в психотическом состоянии все-таки. Может быть, после. Но не бред. Потому что те, кто заря-

жены на рождение детей, они все-таки будут защищать эту позицию, они будут стойко стоять, они могут замолчать, не согласиться, но не будут идти на обратное.

Ведущий: Давайте вспомним еще ее поведение в психозе, когда она срывала кресты с детей, верно? И еще в этом остром чувственном, который был в парке, все подходили и говорили, что ребенок — бесенок? — *И в этот момент она разочаровалась в религии и разгромила церковь.* — При этом считает себя верующей. Она говорит: “Я очень верующий человек”. — *Изначально информация была, что она разочаровалась, потому что ей зарплату не заплатили.* — Это вообще, мне кажется, какая-то ее... амбивалентность. — *Она говорит, что ей зарплату не заплатили, она разочаровалась, то это было ее решение служения богу в таком виде* — Так можно говорить, если веришь. Может, это показывает, что она мужа не любит, и лучше бы он куда-нибудь ушел, и вообще с ним что-нибудь случилось, лучше бы его не было. А здесь она бьет иконы о его ноги, чтобы его спасти, и говорит, что брак у нее удался. То есть это что? Амбивалентность или это просто сценарий? И еще подготовка к свадьбе. И мужской голос “иди, ищи”. Это процессуальное ее изменение. Я просто сейчас пытаюсь как-то сложить эти пазлы, отдельные ее особенности поведения за последнее время. Их можно связать, мне кажется, они связаны друг с другом. И могут быть вполне проявлениями основного ведущего бредового расстройства, которое мы не видим и не слышим, естественно, как мы не слышим о бредовом расстройстве у настоящего бредового больного, прячущегося за улыбкой. Хорошо ли мы знаем ее анамнез — вопрос в этом. — *На самом деле было очень сложно. Она каждый раз приводила разные факты абсолютно.*

Ведущий: Я вас прекрасно понимаю. Это очень интересная пациентка. Ее, конечно, можно рассматривать клинически, исходя из позиции МКБ-10, посмотрев, как вы показали нам, критерии, сложив, умножив, разделив, и получив биполярное расстройство или шизоаффективное расстройство. Но я бы не стал этого делать, потому что, на мой взгляд, просто скучно сейчас этим заниматься. С этой больной гораздо интереснее разбирать содержательную часть ее психоза, ее болезни, ее переживаний. Особенно сейчас, когда мы видим, как мне кажется, в статусе диссимулирующего больного. Я абсолютно с вами согласен, что она критики на сегодняшний день, к сожалению, пока еще не сформировала. Возможно, здесь сформированной критики нам ждать, может быть, и не придется в дальнейшем. Она закрыта, она не отвечает на многие вопросы, от многих вопросов она просто уходит витиевато. И несмотря на ее кажущуюся разговорчивость, общительность, улыбочивость и реакцию на шутку, вроде бы такую живую и так далее, я все равно не почувствовал с ее стороны достаточной открытости, искренности комплаентного пациента, с

которыми мы обычно работаем эффективно в ремиссиях.

Мне очень трудно квалифицировать ее психический статус с учетом всего этого. Единственное, что сейчас понятно, и все видят, — нет острого психотического состояния, которое было при поступлении. То, что мы видели и слышали прежде всего от докладчиков о преддверии психоза, очень похоже на острый чувственный бред, а может быть, даже и образный бред воображения так называемый. Это тоже можно рассматривать как вариант чувственного бреда, когда идет синдром инсценировки, когда идет бред особого значения. Там была и апокалиптическая тема, как будто бы гибель мира, прозвучало что-то с апокалипсисом связанное. Был псевдогаллюциноз, был антагонистический бред. Нам не хватало только онейроида, вроде как в отделении что-то такое действительно показалось. Но при этом кататонических симптомов никто не видел, тонус ее не был изменен, не было восковой гибкости. То есть в общем-то все равно по описаниям этот психоз укладывается в классическую картину аффективно-бредового приступа с острым чувственным бредом. Это не является симптомами первого ранга, и этот психоз мы можем рассматривать в рамках шизоаффективного. Здесь в этом смысле все понятно. Но то, что произошло после психоза, — то есть когда прошел шторм, и мы вышли в относительноный штиль, состояние, когда мы спокойно разговариваем и общаемся, — я не могу назвать ремиссией и не могу назвать только аффективным постпсихотическим состоянием. У меня глубокое убеждение, что что-то под этим есть, под этой улыбкой. Я, конечно, начинаю искать всегда бредовые расстройства, особенно когда речь идет о каких-то уже давних и достаточно стойких, как мне кажется, особенностях жизни человека. На что я хочу обратить внимание, чего мы не знаем. В 14 лет произошел конфликт со здоровой мамой. Я думаю, что мама здорова. Мама до сих пор работает медсестрой в институте Склифосовского, мама переживает за нашу пациентку. Она связывалась и с вами тоже, контактировала. Но с этой мамой у нашей пациентки конфликт до сих пор. Дальше — она несовершеннолетняя, после развода родителей она выбирает жить с психотическим отцом. Не просто с психотическим отцом, а с отцом, у которого психоз сопровождается очевидными и тяжелыми нелепостями в поведении. Где-то клей в чай кладет, какие-то прямо совсем нелепые события и так далее. Ее выбор идет в эту сторону. Какая-то связь с отцом, возможно, на этом же психотическом уровне была у подростка уже в 14-летнем возрасте. Это нам подтверждает депрессия, которая произошла с ней после госпитализации отца. Она описывает, помните, когда ей было 14 лет, первая депрессия — госпитализация папы. Значит, она поняла, что ей и папе что-то угрожает, можно так предположить. Дальнейшая ее динамика. Смотрите, выбор, давайте уж назовем так, нездорово-

го мужа. Я опять же не хочу здесь проводить каких-то аналогий, параллелей и так далее, но это все, что у нас есть. Мы в любом случае должны использовать ту информацию, те крохи анамнеза, которые у нас присутствуют. Взаимоотношения с мужем очень странные, необычные, парадоксальные. И они необычны не только с ее стороны, но и со стороны мужа. Главная идея, которую преследует семья — родить мальчика, во что бы то ни стало. И после рождения трех дочерей у них четвертым рождается мальчик, и все равно надо родить Пашу. То есть рождение пятой и шестой дочери — это попытка родить Пашу какого-то, которого не было в версии номер четыре. Значит, этот сын чем-то не удовлетворил при рождении ни мужа, ни ее. Я не могу здесь не видеть чего-то странного.

Во всяком случае, как психиатры, конечно, мы начинаем тут же квалифицировать это. Недостаточно данных для квалификации. Но есть высокая вероятность наличия многолетнего бредового расстройства внутри этой семьи, который имеет характер конформного бреда, то есть созвучного бреда двух больных людей. Возможно, эта конформность распространяется и на отца, мы не знаем, который живет с ними. То есть, возможно, это три индуктора, которые друг друга каким-то образом индуцируют и провоцируют дальнейшую генерализацию и развитие этого бреда. С физиологической точки зрения я думаю, что каждая беременность и каждые роды выполняли лечебную функцию для нашей пациентки. С моей точки зрения, психоз так и не смог развиваться благодаря беременностям. Возможно, рождение детей, в данной ситуации инициатива рождения детей, исходящая от мужа, была как раз в тот момент, когда психопатологический процесс достигал своего пика, и она была уже на грани острого психотического состояния и госпитализации. В этот момент происходила беременность, и в этот момент она оказывалась вновь в беременной ремиссии, назовем это так. Почему я еще думаю о том, что это давняя бредовая история? Посмотрите на фабулу психотических переживаний, которые опять же гипотетически, сейчас присутствуют. “Я владею большими способностями. У меня есть эти способности”, — она о них сегодня говорила, как о реальных текущих способностях, а не как критичный пациент говорит, перенесший маниакально-бредовый приступ — “это все был бред”. Нет, она говорит: “Есть у меня способности видеть и слышать. У меня есть возможности”. Конечно, невозможно просто взять и закрыть глаза на то, что это был голос бога, и она готовилась к свадьбе. Конечно, когда шестеро детей, голос бога и свадьба, то человек женского пола ассоциирует себя с богоматерью. Опять же это все мои гипотезы, предположения, додумки. Но тем не менее, все это вылезает в какую-то некую парафреничную симптоматику, которая с моей точки зрения сегодня под этой блаженной улыбкой, которая не сходит с ее лица, и которая всем нам показывает, что она в общем-то уже достигла сво-

его блаженства. Она идет в церковь и начинает все громить. Потому что это контакт с богом обманутой невесты. — *Еще можно сказать? Она говорила, что она именно против религии, когда громила церковь. А то, что бог рядом с ней, наоборот, она его защищала тем, что она громила эти церкви, в которых бога нет.* — Да. На самом деле эта тема действительно очень скользкая. Потому что тут мы касаемся религиозных вопросов, и здесь надо быть максимально корректным.

У меня тут столько ассоциаций — Паша, апостол Павел вдруг вспомнился мне почему-то. Знаете, эта религиозная тема очень напоминает парафреничную симптоматику. И в остром психозе родила очередного бесенка, говорят ей психотические персонажи этого острого чувственного бреда: “Ты родила опять бесенка”. Это борьба сил. В общем, с моей точки зрения эта пациентка демонстрирует нам то, что нет ни одного пациента на свете, который бы точно соответствовал критериям МКБ-10. Она не укладывается в шизоаффективный психоз, она не укладывается в биполярное расстройство, и она не укладывается в параноидную шизофрению. Если мы будем следовать математической логике МКБ-10, то мы ей должны поставить два, а может быть, даже три диагноза тогда. Допустим, у нее есть непрерывный параноидный процесс, который начался с 14 – 18-летнего возраста, и возможно, протекал так субклинически, как часто бывает — без проявлений в поведении, с голосами умершей бабушки, с чем-то еще, уж мы не знаем, что там было. А на фоне этого параноидного процесса у нее были правильные биполярные аффективные колебания, которые не укладываются уже в картину параноидности и являются чем-то новым, болезненным феноменом. Раскачавшись, эти аффективные колебания уже начали давать дальше аффект с конгруэнтным бредом и с острым чувственным. То есть большое количество очень полиморфной симптоматики, как первичного, так и вторичного бреда, как аффективных, так и когнитивных нарушений и так далее, делают ее диагноз несостоятельным с точки зрения МКБ-10. Нам нужно какой-то новый диагноз придумать для нее. Но диагноз в любом случае мы должны выставлять, исходя из потребностей терапевтических и потребностей пациента. Если все-таки окажется, что моя гипотеза верна, то дальнейший катамнез покажет это рождением седьмого ребенка. И на поверхность выйдут очевидные изменения личности, которые будут видны, и вылезет уже деструктурированный парафреничный синдром, который никуда просто уже не денется. И тогда в этой ситуации нам надо думать не только о нашей пациентке, но и о ее родителях, и о родительских правах, потому что у нас еще есть дети, которые, как мы видели, тоже в общем, похоже, вовлечены в этот процесс и легко могут быть индуцированы, постоянно проживая в семье с такой симптоматикой. — *Старшие хотят уйти, кстати.* — Я могу

их понять. В этой ситуации действительно очень не просто. Поэтому, исходя из этих потребностей, я бы все-таки поставил здесь параноидную шизофрению. И я бы ориентировал терапию этой пациентки больше на нейролептик, нежели на нормотимик или сероквель, который хороший препарат, но антипсихотического эффекта при инкапсулированном психозе добиться очень сложно. Поэтому я бы скорее думал о каком-то рисперидоне или палиперидоне с пролонгированными эффектами. Либо галоперидол, либо что-нибудь другое из типичных нейролептиков, из того, что есть. В общем, делал бы акцент именно на антибредовой эффект лечебного процесса.

Конечно, с моей точки зрения, очень важен выход на отца, то есть на ее мужа, и начало работы с ним. Я

не исключаю, что может быть такая проблема — она биполярная шизоаффективная с фантазиями, а муж параноидный, а она индуцирована параноидной симптоматикой мужа. Может так оказаться. Поэтому, когда мы полечим мужа, индуцированный бред уйдет, и биполярность останется. И тогда она будет укладываться в нашу биполярность. А может быть, наоборот, тут и так, и так. Тут надо изучать именно семейный психоз. В общем, пациентка очень интересна с точки зрения катамнеза. Поэтому будем надеяться, что в дальнейшем мы про нее не забудем, и ее судьбу как-то сможем проследить в следующих наших разборах. Всем спасибо большое.

Региональный конгресс ВПА в России

**МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЕ ПОНИМАНИЕ
КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ В ПСИХИАТРИИ:
ОТ НАУКИ К КОМПЛЕКСНОЙ ПОМОЩИ**

5 – 7 мая 2020 г., Санкт-Петербург

**Европейская научная ассоциация
по шизофрении и другим психозам**

**7-АЯ ЕВРОПЕЙСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
ПО ИССЛЕДОВАНИЯМ ШИЗОФРЕНИИ**

26 – 28 сентября 2019 г., Берлин, Германия

www.shizophrenianet.eu

Обязательно ли проведение судебно-психиатрической экспертизы по делам о недееспособности?

Ю. Н. Аргунова

Анализируются положения ГПК РФ и практика их применения по делам о признании лица недееспособным в части оснований для назначения судебно-психиатрической экспертизы, в т.ч. в принудительном порядке. Рассматриваются случаи, при которых суд вправе вынести решение об отказе в удовлетворении заявления без проведения экспертизы. Статья основана на личном опыте автора по представительству интересов граждан в суде по делам о недееспособности.

Ключевые слова: судебно-психиатрическая экспертиза; порядок признания лица недееспособным.

Согласно ст. 283 ГПК РФ судья в порядке подготовки к судебному разбирательству дела о признании гражданина недееспособным при наличии достаточных данных о психическом расстройстве гражданина назначает для определения его психического состояния судебно-психиатрическую экспертизу (далее — СПЭ). При явном уклонении гражданина от прохождения СПЭ суд в судебном заседании с участием прокурора и психиатра может вынести определение о его принудительном направлении на экспертизу.

По весьма распространенному утверждению, данная норма не просто предусматривает производство СПЭ по указанной категории дел, а устанавливает обязательность ее назначения. Однако такое толкование ст. 283 ГПК РФ верно лишь отчасти, а именно, в том смысле, что суд не может лишить человека дееспособности без проведения экспертизы. То есть суд не вправе удовлетворить требования заявителя на основании заключения СПЭ по другому гражданскому или уголовному делу, сведений из меддокументации о наличии у лица стойкого хронического психического заболевания, справки о диспансерном наблюдении, инвалидности и пр. В то же время, наоборот, принять решение об отказе в удовлетворении заявления о признании лица недееспособным суд вправе и без проведения экспертизы. Для этого суду требуется лишь неформально подойти к делу и не полениться исследовать доказательства уже на подготовительной стадии¹ судебного разбирательства.

¹ По нашему мнению, многих проблем, ошибок и проволочек по делам о недееспособности можно было бы избежать, если бы суды до возбуждения гражданского дела чаще применяли положения ст. 136 ГПК РФ об оставлении заявления без движения. Анализ подаваемых в суд заявлений свидетельствует о наличии к тому оснований.

Другое заблуждение в понимании положений ст. 283 ГПК РФ касается оснований для назначения СПЭ. Утверждается, что для ее назначения судье не требуется ничего иного, кроме наличия данных о психическом расстройстве гражданина. Если, мол, гражданин хоть как-то “засветился” у психиатров или кто-то из его окружения пытался этому “помочь”, то экспертизы ему не избежать. Такое толкование представляется слишком буквальным и упрощенным. Положения ст. 283 ГПК РФ, как и все правовые нормы, должны восприниматься в единстве с положениями других статей закона.

Действительно, проведение СПЭ по данной категории дел прямо предусмотрено законом, однако это не означает, что суд обязан выносить определение о назначении СПЭ автоматически по всем поступающим в суд заявлениям. Основанием для назначения СПЭ служит не сам факт обращения (члена семьи, учреждения) с заявлением в суд, не вынесение судом определения о принятии его к производству (ст. 133 ГПК РФ) и даже не ходатайство заявителя о назначении СПЭ, а надлежащее, заслуживающее внимания отражение в заявлении юридически значимых составляющих.

Заявление должно удовлетворять совокупности предусмотренных законом требований, вытекающих как из общих, так и специальных норм. Исходя из общих правил ч. 2 ст. 131 и ст. 132 ГПК РФ, в заявлении должно быть указано, в чем заключается нарушение либо угроза нарушения прав, свобод или законных интересов гражданина, требующие признания его недееспособным и назначения опеки; обстоятельства, на которых заявитель основывает свои требования; доказательства, подтверждающие эти обстоятельства (приложенные к заявлению документы). Как следует из специальной нормы — ч. 2 ст. 282 ГПК РФ, в заяв-

лении о признании гражданина недееспособным должны быть изложены обстоятельства, свидетельствующие о наличии у гражданина психического расстройства, вследствие чего он не может понимать значение своих действий или руководить ими. С учетом последнего можно сделать вывод о том, что суд назначает СПЭ, не только удостоверившись в наличии у гражданина диагноза психического расстройства, но и получив свидетельства того, что вследствие данного психического расстройства (психического состояния) гражданин не может понимать значение своих действий или руководить ими. Одних лишь указанных в ст. 283 ГПК РФ “достаточных данных о психическом расстройстве” гражданина для назначения экспертизы недостаточно. Данный тезис вытекает не только из теоретического анализа процессуального законодательства, он соответствует смыслу института недееспособности и подтверждается судебной практикой. В противном случае при определенных условиях вопрос о назначении СПЭ мог бы коснуться четверти населения².

Соответственно суд вправе отказать в удовлетворении ходатайства заявителя о назначении СПЭ, если в ходе судебного заседания самим гражданином, именуемым в процессе заинтересованным лицом, либо его представителем будут представлены веские доводы, свидетельствующие о том, что в заявлении:

1) отсутствуют данные о наличии у гражданина психического расстройства;

2) такие данные имеются, но они не являются достаточными;

3) данные о психическом расстройстве имеются и являются достаточными, но изложенные обстоятельства не свидетельствуют о том, что вследствие этих расстройств гражданин не может понимать значение своих действий или руководить ими;

4) не конкретизированы права и интересы гражданина, страдающие либо находящиеся под угрозой и нуждающиеся в защите столь радикальным способом;

5) не представлено доказательств совершения гражданином указанных в заявлении неадекватных или опасных для него самого и окружающих действий либо доказательств неминуемости их совершения.

Хотя бремя доказывания по данной категории дел лежит на заявителе, адвокаты заявителей, как правило, не придают значения тексту заявления, не считают нужным обосновывать и ходатайство о назначении СПЭ, они даже не являются в суд, полагая, что экспертиза будет назначена “сама собой”. Задача заинтересованного лица и его представителя — выявить отсутствие или несостоятельность доводов заявителя и его истинные (личные) мотивы обращения в суд. От-

пор со стороны заинтересованного лица нарушает стереотипы, дезориентирует адвоката заявителя. Суд в отдельных случаях откладывает рассмотрение дела, чтобы заявителю дать возможность предоставить нужные обоснования и доказательства правдивости изложенных обстоятельств. Однако относимые и допустимые доказательства сторона заявителя впоследствии суду так и не предоставляет, использует негодные средства доказывания, прибегает к методам устрашения и дискредитации, заявляет бессмысленные требования об отводе судьи и даже представителя заинтересованного лица. Суды в итоге принимают сторону представителя заинтересованного лица и не находят оснований для назначения экспертизы, и как следствие отказывают заявителям в удовлетворении их требований без производства экспертизы.

Рассмотрим несколько таких дел, развенчивающих устоявшиеся мифы, как среди правоведов, так и в среде психиатров.

Отказ суда в назначении СПЭ ввиду отсутствия достаточных данных о психическом расстройстве лица

Так, Савеловский районный суд г. Москвы (решение от 12 апреля 2007 г. по делу № 2-1016/07) отказал П.М. в удовлетворении заявления о признании недееспособным П.В. Суд указал, что в процессе рассмотрения дела убедительных доводов для назначения экспертизы П.В. не приведено, доказательств того, что П.В. вследствие психического расстройства не может понимать значение своих действий или руководить ими, не представлено. Данное судебное решение в вышестоящей судебной инстанции заявителем обжаловано не было.

В заявлении П.М. указала, что она с матерью и детьми вынуждена проживать за городом в связи с агрессивным поведением ее отца П.В., который на протяжении нескольких лет страдает психическим заболеванием: в ПНД № 4 ему поставлен диагноз “параноидная шизофрения”, он был недобровольно госпитализирован в ПБ им. Ганнушкина. После выписки принимать лекарства, снижающие степень агрессии, отказался. За последние 3 года дважды осуждался за преступления против членов семьи: за угрозу убийством и умышленное причинение легкого вреда здоровью во время ссоры по поводу размена квартиры был осужден на 3 месяца лишения свободы условно; за оскорбление дочери неприличным словом был приговорен к штрафу в 5000 руб.

На подготовительной стадии процесса адвокат заявителя, требуя назначения СПЭ, пытался убедить суд в том, что наличие у П.В. тяжелого психического расстройства и, следовательно, нахождение его под наблюдением психиатра однозначно доказывается фактом наличия в ПНД амбулаторной карты на его имя. Однако исследование судом копии карты позволило установить, что диагноз психического расстройства был выставлен П.В. без освидетельствования, на основе лишь сведений, полученных от его дочери, находившейся с отцом в

² По данным ВОЗ, в странах Европы четверть населения в течение года переносит психические расстройства (из интервью главного психиатра Москвы Г. П. Костюка Российской газете // РГ, 2019, 5 июня).

Обязательно ли проведение судебно-психиатрической экспертизы по делам о недееспособности?

конфликтных отношениях из-за прав на квартиру и дачу. Врачи стационара, куда ранее по инициативе дочери помещался П.В. в недобровольном порядке, предварительный диагноз ПНД не подтвердили и выписали его после того, как суд отказал в удовлетворении заявления больницы о его недобровольной госпитализации. В представленных в суд медицинских документах П.В., в т.ч. карте ПНД, имелась запись врачей о том, что П.В. психическим заболеванием не страдает и в наблюдении психиатра не нуждается. К такому же выводу пришли и специалисты НПА России, чье заключение суд приобщил к материалам дела.

Адвокат заявителя просил суд отложить судебное заседание, чтобы представить другие доказательства наличия у П.В. психического расстройства. На втором заседании были допрошены приглашенные адвокатом свидетели. Однако в ходе допроса один из них смог подтвердить лишь вспыльчивость П.В. без признаков нарушения психики. Другой — по причине давней ссоры с П.В. уже много лет не поддерживал с ним отношений и охарактеризовать его в настоящее время не мог. Третий свидетель (бывшая жена П.В.), отмечая внезапно возникшую агрессивность бывшего мужа, была вынуждена признать, что эта агрессивность явилась следствием прекращения с её стороны исполнения супружеских обязанностей по религиозным мотивам, что побудило П.В. жениться вторично. Вторая жена П.В., которая проживала с ним уже 6 лет, охарактеризовала своего мужа положительно.

Суд указал, что не может положить в основу решения мнение свидетелей со стороны заявителя о психической неадекватности П.В., поскольку свидетели выразили свое личное мнение о поведении П.В., который, как он сам не отрицает, был не выдержан, участвовал в обоюдных скандалах. Суд пришел к выводу, что между П.В., с одной стороны, и его дочерью и бывшей женой, с другой стороны, существует многолетний конфликт из-за желания П.В. разменять квартиру, чтобы получить свою жилплощадь и проживать там со своей второй женой. Все скандалы связаны с нежеланием его дочери решить жилищный вопрос, уклонением ее от размена квартиры.

Отказ суда в назначении СПЭ, несмотря на нахождение лица под диспансерным наблюдением

Суд может не найти оснований для назначения СПЭ лицу с психическим расстройством даже в том случае, когда имеются данные о нахождении его под диспансерным наблюдением.

Так, Судебная коллегия по гражданским делам Мосгорсуда (апелляционное определение от 12 марта 2014 г. по делу № 33-3238) оставила без изменения решение Кузьминского районного суда г. Москвы от 6 ноября 2013 г. об отказе в удовлетворении заявления З.В. о признании недееспособным З.Ю.

З.В. указал, что его отец З.Ю. злоупотребляет алкоголем, состоит на учёте в ПНД № 20 с 1980 г., является инвалидом 2 группы. Указанное лишает его возможности понимать значение своих действий и руководить ими.

Представитель ПНД № 20 пояснила, что З.Ю. посещает ПНД редко в связи с тем, что к этому нет показаний. За последние полгода он в диспансер не обращался, как не обращались с жалобами на него и его родственники. З.Ю. вызывался на беседу, вёл себя адекватно, никаких психотических реакций не проявлял. Его переживания на фоне конфликта фиксированы. Оснований для признания З.Ю. недееспособным не имеется, как нет и оснований для назначения по делу СПЭ.

З.Ю. пояснял, что проживает в трёхкомнатной квартире вместе с сыном З.В., его женой и внуком. З.В. с женой нигде не работают, сын постоянно вымогает деньги, угрожает убийством. После очередного скандала и обращения в полицию З.Ю. был госпитализирован в ПБ № 13. Из медкарты ПБ № 13 следует, что З.Ю. ориентирован правильно в месте и времени. Охотно вступает в беседу в виде монолога. Не отрицает конфликта с родными, т.к. «они хотят получить от него наследство». В выписке из истории болезни указано, что за время лечения З.Ю. стал спокойнее. Бредовых идей активно не высказывает. Обманов восприятия не выявляет. Тяготился больничной обстановкой.

Со слов свидетелей, З.В. с семьей длительное время провоцируют З.Ю., создают ему невыносимые условия проживания. З.В. желает быть полноправным хозяином квартиры, не даёт З.Ю. пользоваться местами общего пользования. З.Ю. не пьёт, ведёт себя адекватно, сам себя обслуживает.

По мнению суда, заявитель не представил относимых и допустимых доказательств в подтверждение доводов о том, что его отец не понимает значение своих действий, либо (хотя и способен к этому) не может руководить ими, причём то и (или) другое препятствует его полноценному участию в гражданском обороте. Суд установил, что З.Ю. полностью ориентирован, сам себя обслуживает, оплачивает коммунальные услуги, получает пенсию, приобретает продукты питания и согласно медицинским документам не имеет психического заболевания, составляющего угрозу для жизни и безопасности окружающих.

По мнению Судебной коллегии, довод заявителя о необходимости проведения в отношении З.Ю. в обязательном порядке СПЭ не основан на законе. С учётом установленных по делу обстоятельств, объективно характеризующих личность З.Ю., у суда отсутствовали предусмотренные законом основания для назначения СПЭ. При этом судебная коллегия отмечает, что само по себе нахождение на «учёте» в ПНД не является безусловным основанием для назначения по делу СПЭ, поскольку лицо, в отношении которого решается вопрос о признании его недееспособным, должно страдать таким устойчивым, а не временным, заболеванием, которое в полной мере лишало бы его возможности понимать значение своих действий и руководить ими.

Судебная коллегия согласилась с выводами суда о том, что в материалах дела отсутствуют доказательства наличия достаточных данных о психическом расстройстве З.Ю., а также о том, что между сторонами сложились конфликтные отношения, чем и вызвано обращение заявителя в суд.

**Отказ суда
в принудительном направлении лица на СПЭ,
несмотря на уклонение (отказ) лица
от ее прохождения**

По смыслу ст. 283 ГПК РФ уклонение³ (отказ) лица от прохождения экспертизы не должно обязательно приводить к направлению его на экспертизу в принудительном порядке. Суд может не найти для этого веских оснований.

Так, Судебная коллегия по гражданским делам Мосгорсуда (апелляционное определение от 20 марта 2014 г. по делу № 33-8507) оставила без изменения решение Дорогомиловского районного суда г. Москвы от 23 декабря 2013 г., которым отказано в удовлетворении заявления К.Л. о признании недееспособным К.Н.

К.Л. ссылалась на то, что её отец К.Н. в течение длительного времени состоит на “учёте” в ПНД № 2 в связи с хроническим психическим заболеванием, является инвалидом 2 группы, не может понимать значение своих действий и руководить ими, в связи с чем нуждается в опеке.

По мнению Судебной коллегии, отказывая в удовлетворении заявленных требований, суд первой инстанции исходил из того, что достаточных доказательств, свидетельствующих о наличии оснований для признания К.Н. недееспособным, суду не представлено. По ходатайству заявителя была назначена амбулаторная экспертиза. Однако ПКБ № 1 им. Н. А. Алексеева, которой было поручено производство экспертизы, возвратила дело без проведения экспертизы в связи с неявкой подэкспертного. Оснований для вынесения определения о принудительном его направлении на экспертизу не имелось.

³ По мнению врача-психиатра Е. Я. Евтушенко (Московская областная психиатрическая газета, 2010, № 3 (52), отказ лица от прохождения СПЭ — одна из форм противодействия судебному разбирательству. Лицо тем самым препятствует осуществлению правосудия и его поведение подпадает под действие ч. 1 ст. 294 УК РФ. Суд вправе поставить вопрос о возбуждении уголовного дела, в рамках которого возможно и силовое принуждение к проведению экспертизы. Такое предложение абсурдно и юридически несостоятельно. Это касается не только самой идеи наказывать штрафом или лишением свободы лицо, уклоняющееся от СПЭ по делу о признании его недееспособным. Во-первых, ч. 1 ст. 294 УК РФ предусматривает такой состав преступления, как “вмешательство в какой бы то ни было форме в деятельность суда в целях воспрепятствования осуществлению правосудия”. Вмешательство в деятельность суда заключается в незаконных формах воздействия на лиц, непосредственно осуществляющих рассмотрение дела (в данном случае на судью), либо в совершении иных действий, направленных на создание препятствия для выполнения указанными лицами функций по осуществлению правосудия. Незаконные формы воздействия проявляются в понуждении этих лиц к вынесению неправоудного судебного решения путём просьб (например, не допрашивать того или иного свидетеля), уговоров, требований, советов, обещания оказать услуги. Иное создание препятствий для осуществления правосудия может выразиться, например, в похищении дела в целях избежания его своевременного рассмотрения, пикетировании здания суда. Преступление может быть совершено только с прямым умыслом, т.е. лицо осознаёт, что вмешивается в деятельность суда по осуществлению правосудия, нарушая принцип независимости судей, и желает этого. Во-вторых, в рамках уголовного процесса невозможно принудить подсудимого пройти экспертизу по гражданскому делу. Если же по данному уголовному делу будет назначена СПЭ, то на разрешение экспертов будут ставиться вопросы о вменяемости, а не о дееспособности лица.

Отказ суда

**в принудительном направлении лица на СПЭ
ввиду отсутствия доказательств того,
что лицо не может понимать значение
своих действий или руководить ими**

В последнем из выигранных нами без проведения экспертизы дел сочеталось сразу несколько “неблагоприятных” факторов. Имелись (и нами не оспаривались) достаточные данные о психическом расстройстве лица, о нахождении его под наблюдением ПНД, о неявке лица в экспертное учреждение. Однако при этом отсутствовало главное — юридический критерий недееспособности — достижение определённой степени влияния проявлений психического расстройства на интеллектуальный и/или волевой уровень данного лица. Заявителем не были представлены достоверные доказательства того, что лицо не может понимать значение своих действий или руководить ими.

Измайловский районный суд г. Москвы (решение от 27 февраля 2019 г. по делу № 2-46/19) отказал в удовлетворении заявления Н.С. о признании недееспособным Н.И.

Н.С. в заявлении указал, что его сын Н.И. около 20 лет состоит “на учёте” в ПНД, является инвалидом 2 группы. В связи с болезнью сына к нему была приставлена патронажная сестра О.М., которая через несколько лет начала сожительствовать с Н. И. Заявитель утверждал, что у него есть “веские основания предполагать”, что Н.И. попал под сильное негативное влияние О.М., поскольку не явился в психиатрический стационар, о чем у отца была договорённость с ПНД, и ушел из дома. Насколько ему известно, сын нигде не работает, где и на какие средства живет и получает ли необходимые медикаменты, не известно. От имени сына инспирирован ряд исков в суд, где Н.И. обвиняет заявителя в присвоении принадлежащих ему денежных средств.

Судом была назначена СПЭ. Перед экспертами поставлены всего два вопроса, не корректные по содержанию: страдает ли Н.И. хроническим душев-

Обязательно ли проведение судебно-психиатрической экспертизы по делам о недееспособности?

ным заболеванием и может ли он по состоянию своего здоровья понимать значение своих действий и руководить ими? На экспертизу Н.И. не явился.

В судебном заседании адвокат заявителя указал, что поскольку Н.И. явно уклоняется от прохождения экспертизы, он просит принудительно направить его на СПЭ. Н.И. и его представитель пояснили, что Н.И. имеет высшее техническое образование, работает менеджером отдела в издательском доме, получает пенсию по инвалидности в связи с травмой позвоночника, самостоятельно распоряжается своими доходами. Н.И. состоит под наблюдением ПНД, раз в месяц посещает врача и получает лечение, что подтверждается выпиской из медкарты. Более года с отцом не общается из-за конфликтной ситуации с мачехой, которая создала для Н.И. невыносимые условия. Он не мог попасть в квартиру и вынужден был проживать у родных и знакомых. Н.И. зарегистрировал брак с О.М. и проживает совместно с ней в квартире тети. Ранее заявитель воспользовался болезненным состоянием сына и лишил его единственного жилья и денег, которыми распорядился по своему усмотрению, купив квартиру на свое имя. Связанный с этим спор по иску Н.И. рассматривается в другом районном суде. Подача заявления в суд о признании сына недееспособным преследует цель лишить сына права обращения в суд и избежать гражданско-правовой ответственности.

Судом были допрошены многочисленные свидетели со стороны Н.И., приобщено к материалам дела заключение НПА России, согласно которому Н.И. страдает параноидной шизофренией с приступообразно-прогредиентным течением, в настоящее время длительная медикаментозная ремиссия. В социально-бытовом отношении адаптирован. Работает, материально себя обеспечивает, поддерживает хорошие отношения с женой и родными по линии матери. Ситуацию оценивает с достаточной критикой, в судебном порядке пытается отстаивать свои имущественные права. Понимает значение своих действий и может руководить ими. Оснований для признания недееспособным или ограничения его дееспособности не имеется.

Проанализировав собранные по делу доказательства, суд пришел к выводу, что заявителем не представлено достаточных доказательств наличия оснований для признания Н.И. недееспособным. Суду не представлено достоверных доказательств того, что Н.И. не может понимать значение своих действий или руководить ими. Н.И. в настоящее время трудоустроен, самостоятельно распоряжается своими доходами — заработной платой и пенсией по инвалидности, установленной по общему заболеванию. В целях защиты своих прав и интересов им оформлена нотариальная доверенность. В силу ст. 16 Основ законодательства РФ о нотариате это свидетельствует о том, что при оформлении доверенности нотариус убедился в том, что психическое состояние Н.И. позволяет ему совершать данное действие. Согласно медкарте ПНД психическое заболевание, которым страдает Н.И., в настоящее время находится в стадии ремиссии. Эти сведения

подтверждают данные обследования Н.И. в НПА России.

Суд принял во внимание то, что заявитель с сыном длительное время не общается в связи с конфликтными отношениями и не может достоверно судить о состоянии его здоровья, в т.ч. психического.

Суд указал, что по делу была назначена СПЭ, но в связи с неявкой Н.И. в экспертное учреждение, она проведена не была. Однако оснований для направления Н.И. на СПЭ принудительно в соответствии со ст. 283 ГПК РФ суд не усматривает.

Судебная коллегия по гражданским делам Мосгорсуда (апелляционное определение от 24 мая 2019 г.) оставила решение суда без изменения, а апелляционную жалобу заявителя без удовлетворения. Как указала Судебная коллегия, суд первой инстанции пришел к правильному выводу об отсутствии оснований для принудительного направления Н.И. на экспертизу, поскольку при установленных обстоятельствах выводы экспертов не имеют решающего значения для разрешения данного дела.

Любопытно, что в своей апелляционной жалобе заявитель просил Мосгорсуд назначить экспертизу, поставив на ее разрешение вопрос о том, страдает ли Н.И. каким-либо заболеванием, препятствующим ему понимать характер и значение своих действий и руководить ими с 10 января 2017 г. по настоящее время; по результатам экспертизы решить вопрос о признании его недееспособным. Такая просьба юридически несостоятельна и лишена правового смысла, поскольку она противоречит положениям ГК и ГПК РФ. Апеллянт преследовал абсурдную цель: признать сына недееспособным на истекший период времени, формулируя требования о постановке перед экспертами вопросов, касающихся прогнозов на будущее, т.е. установления потенциальной способности Н.И. к осознанию и регуляции юридически значимого поведения, что исследуется по делам о недееспособности, исходя из положений ст. 29 ГК РФ. Лицо может быть признано недееспособным только на будущий период времени, т.е. начиная со дня вступления в законную силу решения суда. Обратной силы такое решение не имеет. Соответственно и эксперты по делам о недееспособности, в отличие от дел, связанных с оспариванием ранее совершенных сделок, дают проспективную, а не ретроспективную оценку психического состояния лица. Некорректен данный вопрос и по ряду других причин. Очевидно, что адвокат заявителя не имеет представления о том, что делает, не понимает целей и задач института недееспособности и не хочет понимать.

В возражениях на апелляционную жалобу мы также указали, что названные в жалобе обстоятельства, которые, якобы свидетельствуют о недееспособности Н.И., не соответствуют действительности, являются вымышленными и надуманными. Одни события заявителем сознательно искажены, другие — никаким образом не могут служить доказательством неадек-

ватности и тем более основанием для лишения дееспособности (например, обращение с исками в суд в защиту имущественных интересов). Из заявления и апелляционной жалобы следует, что отец пошел по пути признания сына недееспособным потому, что у него (отца) отсутствовала информация о сыне, и в связи с этим у отца возник ряд опасений и предположений о состоянии его здоровья, семье и работе. Эти доводы, не подкрепленные доказательствами и не получившие подтверждения в судебном заседании, вполне обоснованно не были приняты судом во внимание.

Весьма показательно, что заявитель в судебное заседание ни разу не являлся, а его адвокат так и не смог ответить на вопрос Судебной коллегии: “Для чего вам нужно признать Н.И. недееспособным?”

Отказ суда в признании гражданина недееспособным встречается крайне редко: согласно судебной статистике — лишь в 2 – 3 % случаев. Но таких решений могло и должно быть намного больше. Граждане,

чьи родственники или иные лица, используют институт недееспособности для достижения корыстных и иных личных целей, должны быть обеспечены своевременной бесплатной юридической помощью. Однако квалифицированное представительство интересов таких граждан не осуществляется даже на возмездной основе. Ведение таких дел требует мультиподготовки, решимости, большой самоотдачи, выверенной тактики, развитой интуиции, мгновенного реагирования на действия участников процесса. Следует признать, что среди адвокатов, ориентирующихся в данной сфере правоотношений, фактически нет. При осуществлении нами защиты граждан в суде обнаруживаются случаи, когда адвокаты по причине своей некомпетентности действуют в ущерб интересам своих доверителей. Об этом свидетельствует и наш опыт преподавания адвокатам курса по оказанию юридической помощи лицам с психическими расстройствами.

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

Ответственность за диагноз “умственная отсталость” в пограничных случаях

Кто только не присылает людей в нашу общественную приемную! Недавно пришла молодая девушка, направленная депутатом Государственной Думы РФ из фракции одной из ведущих партий. Он просил провести ей психиатрическое исследование и помочь отвергнуть диагноз “умственная отсталость”. Девушка уже давно помогает ему в его депутатской деятельности и в работе офиса партии, и никому в голову не приходило, что она является “умственно отсталой”. У нее была врожденная патология и множество тяжелых заболеваний в раннем детстве, однако все это она преодолела, практически без троек закончила общеобразовательную школу, в настоящее время успешно учится в медицинском колледже, работает волонтером в офисе партии. Установленный в детстве диагноз “умственная отсталость” был впоследствии заменен на “органическое расстройство личности в связи с ранним перинатальным поражением головного мозга”, однако эксперты Центра им. Сербского, которые проводили судебно-психиатрическую экспертизу, вновь заговорили об умственной отсталости. Всю жизнь эта девушка вместо того, чтобы получать от психиатров помощь и реабилитацию, получала от них диагнозы и ограничение своих прав. Диагноз “умственная отсталость”, безусловно, является стигматизирующим, причем — на наш взгляд — в гораздо большей степени, чем шизофрения. Так почему же мы до сих пор не поднимаем вопрос о его замене на более социально приемлемый и широко ставим его молодым людям, закрывая перед ними таким образом дверь в новую жизнь? Это типовой диагноз для выпускников детских домов, с которым их направляют в психоневрологические интернаты. Между тем, при ближайшем рассмотрении это часто оказывается не умственная отсталость, а педагогическая запущенность, и при соответствующей работе с этими людьми “умственная отсталость” куда-то исчезает. Такой диагноз в пограничных случаях должна ставить сама жизнь, а не эксперты, сидящие в своих кабинетах и оторванные от клиники и ответственности за последствия своих заключений, за их жесткий уклон. Когда-то, в эпоху так наз. “карательной психиатрии”, гуманистически настроенные психиатры в реабилитационных целях смягчали диагноз пациента, убергая его от социальных последствий постановки на учет, а теперь психиатрия вновь возвращается к своей дискриминационной практике: с любым диагнозом

вам запретят управлять автотранспортом, работать по многим специальностям и принимать участие в воспитании детей, а теперь еще и появилась опасность признания недееспособным и помещения в психоневрологический интернат. Люди начали вновь бояться психиатров и отказываются от необходимой им психиатрической помощи или обращаются к частным врачам.

Асмик Б., 1998 г. рожд., проживающая в Чувашской Республике, освидетельствована комиссией специалистов НПА России по ее просьбе, в связи с несогласием с установленным ей диагнозом: легкая умственная отсталость.

На комиссию представлены ксерокопии документов:

1. Медицинское заключение заместителя главного врача по медицинской части БУ “Республиканская психиатрическая больница” Минздрава Чувашии от 16.05.2018 г.;
2. Заключение комиссии судебно-психиатрических экспертов от 19 июня 2018 г. № 909/а ФГБУ “НМИЦ ПН им. В. П. Сербского” Минздрава России;
3. Заключение судебно-психиатрической комиссии экспертов от 7 февраля 2019 г. № 60 ФГБУ “НМИЦ ПН им. В. П. Сербского” Минздрава России;
4. Характеристика выпускницы МБОУ “СОШ № 43” г. Чебоксары от 05.12.2017 г.;
5. Характеристика выпускницы МБОУ “СОШ № 53” г. Чебоксары;
6. Характеристика на студента филиала БпОУ “Чебоксарский медицинский колледж” МЗ ЧР в г. Канаш;
7. Аттестационный лист производственной практики от 27.03.2019.

Комиссией изучены представленные документы. Проведено клинико-психопатологическое и экспериментально-психологическое исследование.

Жалоб на самочувствие не предъявляет.

АНАМНЕЗ (со слов освидетельствуемой и представленных документов). Наследственность психопатологически не отягощена. Родилась в г. Дилижан в Армении, в семье была младшей из троих детей. Отец имел свой строительный бизнес, был умным, добрым, “всегда защищал меня”, умер в 2012 г. в возрасте 56 лет от рака желудка. Матери 57 лет, здорова, затрудняется охарактеризовать мать, говорит, что она

очень сложная, “идет к поставленной цели несмотря ни на что, напролом”. Имеет старших брата (1986 г.р.) и сестру (1987 г.р.) — здоровы, живут с матерью, отношений с ними не поддерживает. Освидетельствуемая родилась в срок, мать на третьем месяце беременности перенесла вирусную инфекцию, получала лечение антибиотиками. При рождении у девочки выявлена патология развития челюстно-лицевой области — аномалия Пьера Робена (изолированная расщелина неба, уменьшение размеров нижней челюсти, глоссоптоз). В связи с наличием врожденной патологии из роддома была переведена в детское отделение. Питание получала через зонд, в связи с патологией верхних дыхательных путей перенесла пневмонию. Находилась на стационарном лечении более полугода (с 03.02.1998 по 21.07.1998) с диагнозом: “Синдром Пьера Робена”. Сидеть начала с 8 месяцев, ходить с 1 года 3 месяцев, первые слова произнесла после 2 лет 4 месяцев. Наблюдалась неврологом по поводу резидуальной энцефалопатии, энуреза невротической природы, задержки нервно-психического развития, задержки речевого развития. Окулистом выявлены: врожденная миопия, задне-капсулярная катаракта. Заключение логопеда: “Стертая форма псевдобульбарной дизартрии”. В 2 года девочке сделана операция — пластика мягкого и твердого неба. В 2000 г. семья переехала в Россию, проживают в Чувашии в г. Чебоксары. Освидетельствуемая посещала детский сад, сначала обычный, затем специализированный для детей с нарушениями зрения. С ее слов, в детском саду легко освоилась, была общительной, любила подвижные игры, достаточно быстро стала говорить на русском языке. В 4 года (2002 г.) по заявлению матери впервые была освидетельствована в бюро специализированной психиатрической МСЭ с диагнозом: Синдром Пьера Робена, формирующаяся микрогнатия, дистопия отдельных зубов, уранопластика от 04.04.2000 г. Тогда оснований для определения инвалидности установлено не было. Когда девочке было 7 лет (2005 г.), мать впервые обратилась с ней к психиатру с жалобами на отставание в нервно-психическом развитии, утомляемость, капризность. После осмотра в диспансерном отделении РПБ Чувашии для уточнения диагноза и лечения Асмик Б. 08.06.2005 г. поступила в детское отделение ГУЗ РПБ. При обследовании правильно называла свои фамилию, имя, возраст, но не знала года рождения, где родилась. Не могла сказать, где находится. Говорила тихим голосом, невнятно, имела ограниченные знания об окружающем. Была неусидчива, быстро утомлялась, отвлекалась, эмоциональные реакции отличались малой дифференцированностью. В последующем в отделении была малозаметна, безынициативна, медлительна, порой неуклюжа. С детьми вела себя осторожно, была ранима к замечаниям. На занятиях была неусидчива, отвлекаема. Знала “право” и “лево”, части тела и их назначения, путала времена года, не знала четко

дни недели и месяцы, цвета знала только основные, букв почти не знала, не писала, не читала, словарный запас был небогатым. Мышление было конкретным, ригидным. Считала до 22, арифметические действия производила с ошибками. Была обследована психологом — заключение: интеллектуальная сфера неравномерно проявляется вследствие незрелости, истощаемости психических процессов на органически неполноценной почве; личность незрела, с чертами органического типа. 06.07.2005 г. была выписана с диагнозом: “Слабоумие легкой степени, астено-невротические расстройства вследствие раннего органического поражения ЦНС. Синдром Пьера Робена. Врожденная миопия, астигматизм. Задне-капсулярная катаракта. Расщелина мягкого и частично твердого неба (прооперирована)”. После выписки из РПБ Асмик была взята на диспансерное наблюдение у психиатра. В июле-августе 2005 г. была освидетельствована в ФГУ “ГБ СМЭ по ЧР” психиатрического профиля и признана ребенком инвалидом по диагнозу: “Деменция (уровня легкой дебилности) с астено-невротической симптоматикой, энурезом вследствие раннего органического поражения ЦНС. Синдром Пьера Робена — микрогнатия, дистопия отдельных зубов. Врожденная миопия, задне-капсулярная катаракта. Резидуальная энцефалопатия”. В последующем инвалидность пролонгировалась. В сентябре 2005 г. (7 лет) Асмик пошла в первый класс общеобразовательной школы № 2, говорит, что к этому времени уже умела читать и немного писать. В школе училась хорошо, показывает похвальные грамоты с первого по шестой классы за хорошую учебу и правильное поведение. По сведениям же из Заключения СПЭ в школе успевала слабо, переводилась из одного класса в другой формально. Асмик ежегодно осматривалась психиатром, проходила экспериментально-психологическое исследование и направлялась на комиссию МСЭ для подтверждения инвалидности. При осмотрах психиатром в 2006 – 2010 гг. обнаруживала слабо развитую речь, бедный словарный запас, скудный запас знаний, была астенизирована, эмоционально неустойчива, указывалось на наличие энуреза. Подтверждался диагноз легкой умственной отсталости вследствие раннего органического заболевания ЦНС ... При экспериментально-психологическом исследовании в 2010 г. (12 лет) была малодоступна продуктивному контакту, недостаточно ориентирована. Эмоционально однообразна, маловыразительна, медлительна, немногословна. На задаваемые вопросы отвечала не всегда, большую часть времени молчала. Инструкции к заданиям усваивала после конкретизации. Темп работы был медленным, появлялась утомляемость за счет истощаемости психических процессов. Продуктивность работы низкая. Интеллект был ниже возрастного уровня, мышление предметно-конкретным, суждения инфантильными, поверхностными. Мыслительными операциями вла-

дела слабо. Уровень процессов анализа, синтеза, обобщения, абстрагирования был низким. Память была сниженной, внимание с затрудненным переключением, истощаемым. В принятии решений была несамостоятельна, ведома, внушаема, подчиняема. Кругозор узок. При предъявлении завышенных требований наблюдалось нарастание черт раздражительной слабости, бывала упряма, капризна. Социальная адаптация была затруднена. В 2011 г. вновь прошла ЭПИ заключение: интеллект низкий (по тесту Равена — 67 баллов); мышление конкретное, ригидное, малопродуктивное; личность примитивная. С 2011 г. в связи с переездом на новую квартиру начала учиться в общеобразовательной школе № 43. Согласно школьным характеристикам за 2011 – 2013 гг. с первых дней учебы показала себя с положительной стороны, старалась внимательно слушать объяснения учителей, своевременно выполняла домашние задания, но иногда у нее возникали трудности “по состоянию здоровья”. Она характеризовалась замкнутой, малообщительной, уступчивой, закомплексованной девочкой. Указывалось, что темп ее работы неравномерный, быстро устает, любит тишину. На уроках физкультуры была пассивной, малоподвижной, любила играть в одиночестве. На уроках математики, русского и английского была нерешительной, неуверенной, медлительной. Указывалось, что она была добра, скромна, аккуратна, спокойна, неконфликтна, трудолюбива, дисциплинирована, являлась хорошим товарищем, была активна в жизни класса. Согласно характеристике из этой же школы, датированной 2017 г., “За время учебы зарекомендовала себя как личность с уравновешенным характером. В учебе успевала на “удовлетворительно” и “хорошо”. ... Активное участие принимала в общественно-полезной деятельности. Состояние здоровья хорошее, физкультурная группа основная. В свободное время рисовала, занималась спортом. ... Асмик дисциплинирована, умеет контролировать свои поступки. С товарищами добра, вежлива и откровенна”. Согласно записям в амбулаторной карте, в этот же период времени (2011 – 2013 гг.) при регулярных осмотрах психиатром диспансерного отделения предъявлялись жалобы на утомляемость, плохую память, головные боли, вспыльчивость, раздражительность, нервозность, ночной энурез. При осмотрах отмечалась эмоциональная незрелость, обедненность, пассивность, астеничность. Невысокий интеллект, снижение памяти. При экспериментально-психологическом исследовании также отмечался низкий интеллект, конкретное, ригидное, малопродуктивное мышление, недостаточная развитость процессов обобщения и абстрагирования, личностная ограниченность. По данным ЭПИ за 2013 г. интеллект ниже возрастной нормы (IQ — 72, легкая степень дебильности). Диагноз оставался прежним: “Легкая умственная отсталость вследствие раннего органического поражения ЦНС с незначи-

тельными нарушениями поведения. В сентябре — октябре 2013 г. Асмик прошла очередное освидетельствование МСЭК с диагнозом: “Легкая умственная отсталость вследствие синдрома Пьера Робена, астенпатический тип дефекта с умеренными нарушениями поведения. Сходящееся косоглазие. Миопия слабой степени. Амблиопия слабой степени. Заднекапсулярная катаракта”, была признана ребенком инвалидом сроком на 1 год, более переосвидетельствования в МСЭ не проходила. По данным ЭПИ от 2014 г. было дано заключение: интеллект невысок. IQ по тесту Равена — 87 баллов. Мышление со склонностью к конкретизации. Личность незрелая, с признаками эмоционально-волевой неустойчивости (в рамках легкой степени умственной отсталости). В 2014 г. Асмик окончила 9 классов в СОШ № 43, получила аттестат с одной тройкой. И в 2014 году перевелась в школу № 53 в химико-биологический класс, т.к. в дальнейшем хотела заниматься медициной или ветеринарией. Из характеристики ученицы 10 класса: “уроки без уважительной причины не пропускала, по мере своих возможностей выполняла домашние задания по предметам, но у нее не всегда получалось. Активного участия в общественной жизни класса не принимала, к данным ей поручениям относилась не всегда добросовестно, участия в спортивных соревнованиях школы не принимала по состоянию здоровья. Успеваемость была низкой — по основным предметам 2 – 3”. Сама Асмик объясняет, что в 2014 г. была оперирована по поводу врожденной катаракты правого, а через два месяца левого глаза. После этого у нее началось осложнение — отслойка сетчатки левого глаза, по этому поводу перенесла около 10 оперативных вмешательств (в результате правый глаз видит хорошо, а зрение левым глазом на 0,1). В школе была освобождена от физкультуры, отмечает, что в этот период резко снизилась успеваемость (в основном 3 – 2). В ноябре 2015 г. в возрасте 17 лет по направлению психиатра находилась на обследовании в дневном стационаре РПБ, подтвержден прежний диагноз. После обследования продолжила обучение в школе № 53, смогла подтянуться. В характеристике за 11 класс отмечено, что Асмик имела средние способности к обучению. Обладала хорошей памятью, умела ясно выражать свои мысли. С удовольствием принимала участие в классных и школьных мероприятиях. Из характеристики выпускницы МБОУ “СОШ № 53” — “За время учебы показала средние способности по учебным дисциплинам. ...В полном объеме освоила программу среднего (полного) общего образования, выдержала государственные испытания и получила аттестат зрелости ... обладала достаточно хорошей памятью, вниманием, достаточным уровнем информационных и организационных общеучебных умений и навыков: умела планировать собственную деятельность, организовывать ее, имела навыки самооценки. ... В свободное время посещала художественную

школу, успешно ее закончила, интересовалась живописью и графикой. Асмик коммуникативный, неконфликтный, скромный и добрый человек, который всегда придет на помощь. С одноклассниками и сверстниками отношения были равными ...". Школу Асмик закончила в 2016 г., получила аттестат с оценками "хорошо" и "удовлетворительно". После окончания школы 20.07.2016 г. Асмик в сопровождении матери обратилась на прием к психиатру. Мать настаивала на направлении девочки на врачебную комиссию для пересмотра диагноза, говорила, что дочь хорошо усвоила школьную программу. 26.07.2016 г. Асмик в плановом порядке была стационарирована в психосоматическое отделение РПБ для уточнения диагноза. Было проведено клинико-психопатологическое, экспериментально-психологическое исследование, сделана ЭЭГ. По результатам обследования общая оценка уровня интеллектуального развития соответствовала нижней границе нормы. Эмоционально-волевая сфера была недостаточно развита, характеризовалась наличием неуверенности в себе, ведомости, неустойчивости самооценки с тенденцией к завышению, зависимости от мнения значимого окружения. Выявлялась эгоцентричность, демонстративность, упрямство. Кругозор был узок, круг интересов ограничивался семейно-бытовой сферой. Запас знаний и представлений был мал, прогностические способности были развиты недостаточно. Заключение психолога: интеллект невысок (IQ 92), психические процессы ригидны, инертны, тугоподвижны, личность незрелая с ограничением интересов. На ЭЭГ умеренные диффузные изменения БЭА головного мозга, признаки умеренной дисфункции деятельности срединно-стволовых структур при функциональности в лобно-височных областях с обеих сторон. С тенденцией к генерализации. Очаговой и достоверной эпилептиформной активности зарегистрировано не было. Решением ВК от 08.08.2016 был установлен диагноз: "Органическое расстройство личности в связи с ранним перинатальным поражением головного мозга". Диспансерное наблюдение было прекращено. После выписки из стационара к психиатрам больше не обращалась. С 2016 года ушла из семьи, говорит, что мать сама выгнала ее. Пошла жить в семью знакомых врачей, с которыми когда-то познакомилась мать. В настоящее время считает их своей приемной семьей, называет бабушкой и мамой, ей с ними комфортно, чувствует себя защищенной. В 2016 г. по совету матери поступила в экономический колледж Чебоксарского кооперативного института по специальности экономика и бухгалтерский учет. С учебой справлялась, академических задолженностей не имела, характеризовалась положительно, но учиться было неинтересно. Экзамены за первый курс сдала досрочно и 3 июня 2017 г. выехала с матерью в Армению, якобы для проведения операции челюстно-лицевой

области. Говорит, что доверилась матери, но она обманула, в Армении избивала дочь, отобрала у нее деньги и паспорт, не хотела отпустить к приемной "семье, где меня любили и ждали". Сбежала от матери и через Российское консульство связалась с "приемной матерью", та выслала ей деньги на дорогу и Асмик смогла вернуться в Россию. С этого времени проживает в приемной семье, с матерью, братом и сестрой не общается. В 2017 г. ушла из экономического колледжа по собственной инициативе и поступила в Чебоксарский медицинский колледж МЗ ЧР по специальности лечебное дело. По сведениям из характеристики колледжа учится на "удовлетворительно" и "хорошо". Учебный год закончила без академических задолженностей. Имела небольшое количество пропусков занятий в связи с болезнью и различными экспертизами. К выполнению учебных задач и общественных поручений относилась добросовестно. За период обучения показала себя с положительной стороны. Участвовала в проведении общеколледжных мероприятий, также принимала участие в индивидуальных конкурсах, предметных олимпиадах, заняла призовое место на конкурсе сочинений. По характеру интроверт, малообщительная, пассивная, вежливая, спокойная, настойчивая. В группе адаптирована. Друзей в группе не имеет, но отношения поддерживает. Лидерские качества за время обучения не проявляла, является ведомым членом коллектива. На критические замечания в свой адрес реагирует адекватно, исправляет допущенные ошибки. Тенденций к противоправным и антиобщественным действиям не наблюдалось. Дисциплинарных взысканий не имеет. В употреблении алкоголя, наркотиков, курении замечена не была. Училась на первом курсе медицинского колледжа, 18 октября 2017 г. пришла на врачебную комиссию для снятия диагноза (данные психиатрического и экспериментально-психологического исследования подробно описаны в заключении СПЭ № 60), решением подкомиссии ВК № 3 в расширенном составе было вынесено медицинское заключение: диагноз оставлен прежним — "Органическое расстройство личности в связи с ранним перинатальным поражением головного мозга. Оснований для пересмотра диагноза нет". В дальнейшем неоднократно обращалась в различные инстанции с жалобами в адрес родной матери и врачей, с требованием снятия диагноза. 27.01.2018 г. сделала МРТ головного мозга. Заключение: признаки снижения гидратации и умеренного уменьшения объема левого глазного яблока, инородное содержимое позади левого глазного яблока. Данных за патологические изменения вещества головного мозга не получено. МР картина ретроцереbellарной кисты. 04.04.2018 г. представлена на врачебной комиссии БУ "РПБ" Минздрава Чувашии. Основная претензия к психиатрам — установление ей диагноза "Умственная отсталость", хотя на тот момент этот диагноз был снят. После проведенных исследований комиссией

06.04.2018 г. сделано медицинское заключение: диагноз “Умственная отсталость не подтвержден, оснований для пересмотра диагноза “органическое расстройство личности в связи с ранним перинатальным поражением головного мозга” нет. 09.04.2018 г. Асмик обратилась с иском о признании незаконным диагноза, поставленного врачебной комиссией, и о возложении обязанностей на РПБ Чувашии по снятию с психиатрического учета. В рамках судебного разбирательства суд вынес определение о назначении Асмик амбулаторной судебной психиатрической экспертизы, проведение которой было поручено экспертам ФГБУ “НМИЦ ПН им. В. П. Сербского” Минздрава России. 19.07.2018 г. Асмик была представлена на АСПЭ, но эксперты не смогли ответить на поставленные судом вопросы при ее однократном амбулаторном освидетельствовании и рекомендовали проведение судебно-психиатрической экспертизы в условиях стационара. Асмик согласие на стационарную экспертизу дала, она проведена в ФГБУ “НМИЦ ПН им. В. П. Сербского” Минздрава России. Как следует из Заключения судебно-психиатрической комиссии экспертов от 07.02.2019 г. № 60, соматическое состояние при обследовании без особенностей. Заключение окулиста: “OD — артификация, OS- артификация. Дистрофия роговицы. Периферическая дистрофия сетчатки. Гиперметропия средней степени. Проведено неврологическое обследование: рентгенография черепа, ЭЭГ, РЭГ, осмотр специалиста. Заключение невролога: Резидуальные явления патологии раннего периода развития. Рассеянная неврологическая симптоматика. Дорсопатия. Мышечно-тонический синдром. В психическом статусе отмечено, что держится несколько скованно, напряженно. Мимика несколько обеднена, эмоционально маловыразительна. В беседу вступает, на вопросы отвечает в плане заданного, в целом по существу, кратко, дает неразвернутые ответы. Считает себя психически здоровой. Сама о себе рассказать затрудняется. При наводящих вопросах анамнестические сведения излагает в целом последовательно. Периодически сбивается с датами, но при уточнении поправляется. Стремится представить себя с лучшей стороны. Говорит, что приняла решение о снятии диагноза, т.к. считает, что в дальнейшем это может помешать ей получить высшее образование, хорошо трудоустроиться. Затрудняется ответить на вопрос о своих дальнейших действиях, в случае решения экспертной комиссии не в ее пользу. Подумав, добавляет “посоветуюсь с приемной матерью, Гордоном¹”. В отделении настроение ровное, поведение спокойное, упорядоченное, смотрит телепередачи, читает, малозаметна, общается по необходимости. Интеллектуальный уровень невы-

сок. Запас общеобразовательных знаний низкий. Суждения облегченные, поверхностные. Внимание неустойчивое. Мышление конкретное. Эмоционально маловыразительна, подозрительна. Психотической симптоматики не выявлено. Круг интересов ограничен. Критические и прогностические функции недостаточные. При экспериментально-психологическом исследовании на фоне в целом достаточного интеллектуального уровня обращает на себя внимание выраженная неравномерность уровня и качества ответов, наряду с тенденцией к конкретности мышления, трудностями обобщения и выделения существенного. Отмечается как оперирование категориями и функциональными признаками, так и единичная актуализация несущественных и малозначимых свойств объектов. Подэкспертной доступно оперирование условными смыслами знакомых выражений. При этом интерпретация незнакомых выражений затруднена, наряду с буквальным толкованием присутствует условный смысл. Целостное осмысление ситуации затруднено, причинно-логические связи и логические зависимости устанавливаются неравномерно вне зависимости от сложности стимулов. Ассоциации в целом не противоречат предложенным стимулам, единичные субъективны, вербальные — как достаточного семантического уровня, так и низкого. Темп ассоциаций средний. Подэкспертную отличают ограниченность круга интересов, поверхностность анализа жизненных ситуаций, трудности осмысления сложных проблем и ориентации в новых условиях, склонность к непродуманным, ситуативным поступкам с непосредственной реализацией возникающих побуждений и недоучетом препятствующих обстоятельств при превалирующей ориентации на собственные представления, а не общепринятые стандарты, нормы и моральные ценности, а также субъективизме критериев оценок наряду с потребностью в независимости. В межличностных отношениях подэкспертную отличают малообщительность, поверхностность и нестойкость контактов, недостаточное понимание мотивов действий окружающих, эмоциональная холодность, сочетающаяся с осторожностью и подозрительностью к окружающим. На основании данных анамнеза и медицинской документации и проведенного клинического обследования комиссия пришла к выводу, что у Асмик Б. имеется легкая умственная отсталость.

Получив в суде Заключение судебно-психиатрической комиссии экспертов от 7 февраля 2019 г. № 60, Асмик с ним не согласилась, в суд не пошла, дело оставлено без рассмотрения. Собирается и дальше оспаривать диагноз умственной отсталости, в связи с этим обратилась в НПА России с просьбой о комиссионном освидетельствовании. В настоящее время проживает у “приемной” матери, имеет там свою комнату, учится на втором курсе медицинского колледжа. В марте 2019 г. проходила производственную практику, оценка за практику отлично (предъявила аттеста-

¹ Участвовала в передаче Гордона на ТВ.

ционный лист). Для хождения практики брала допуск у психиатра. В Москву на комиссию приехала одна, быстро нашла нужный адрес, интересуется временем проведения комиссии, т.к. сегодня вечером обратный поезд.

Психический статус. Сознание не изменено. Все виды ориентировки сохранены. Внешне выглядит моложе своего возраста. Невысокого роста, пониженного питания, астенического телосложения, лицо бледное, асимметричное. Мимика невыразительная. Говорит тихим, маломодулированным голосом. Держится несколько напряженно, как бы отчужденно, нейтрально, но в целом поведение правильное, адекватное ситуации. Понимает цель проводимого исследования, заинтересована в хороших результатах. В беседу вступает легко, но активности не проявляет, в основном отвечает на вопросы. Анамнестические сведения излагает последовательно, испытывает затруднения при просьбе охарактеризовать мать, брата, сестру, говорит о них холодно. Считает, что с детства развивалась нормально, от сверстников не отставала. Обвиняет мать, в том, что та отвела ее к психиатрам. Считает, что она договорилась с врачами (“она в тот период работала в наркологии, а это в одном дворе с психиатрической больницей”), чтобы ей поставили диагноз, дали инвалидность, а потом за счет нее получила квартиру, тратила на себя ее пенсионные деньги. При возражении, что деньги шли в семью и тратились и на нее, недовольно замолкает. Рассказывает, что мать заставляла при осмотрах у психиатра неправильно отвечать на вопросы, а если она не подчинялась, то дома ее избивали — “брат с сестрой держали, а мать била”. Считает, что мать всегда плохо относилась к ней, не хотела забирать из роддома, а потом использовала для своих целей. Высказывает сомнение, что мать ей родная, потому что “родная мать не может так относиться к ребенку”, говорит, что уже предлагала ей сдать тест на ДНК. Единственным человеком, который жалел и защищал ее, был отец, но после его смерти ей в семье стало совсем плохо. С 2016 – 2017 гг. ушла жить в “приемную” семью, с которой познакомил ее мать. Четко объяснить, как это случилось, затрудняется, то говорит, что ее выгнали, то, что ушла потому, что жить с ними стало невыносимо. Приемная семья — это две женщины — мать и дочь — врачи. Зовет одну из них мамой, другую бабушкой, считает их своей семьей. Говорит, что они заботятся о ней, любят, помогают. Себя считает психически здоровой, намерена добиваться снятия диагноза “умственной отсталости”, потому что это может помешать ей в жизни, в учебе, в трудоустройстве. Рассказывает, что по этому поводу обращалась в различные инстанции, участвовала в передаче Гордона на телевидении, но пока это не помогло. Говорит, что хочет продолжать медицинское образование в институте, хочет стать врачом, а диагноз этому препятствует. Даже для прохождения медсест-

ринской практики ей надо было принести справку от психиатра. Ранее в 2016 г. она получила медицинское заключение об отсутствии медицинских противопоказаний или ограничений к управлению транспортным средством категории “В”, в 2018 г. закончила автошколу, экзамены на права еще не сдавала. Но справки эти она вынуждена была получать не по месту жительства. Уверена, что человек с умственной отсталостью не может иметь такие успехи в учебе как она, показывает привезенные с собой грамоты, аттестаты, дипломы, характеристики. На вопросы старается отвечать без задержки. На актуальные для нее темы говорит легко, привычно, но затрудняется в объяснениях при более подробном расспросе, выяснении причин, не сразу может переключиться на другую тему. В суждениях бывает несколько наивна, поверхностна, не может проявить должной гибкости. Старается показать, что делает все быстро, например, очень быстро прочитала данный ей текст, а потом испытывала затруднение при пересказе. Эмоционально однообразна, невыразительна, о различных событиях своей жизни, позитивных и негативных моментах говорит без эмоциональной окраски, холодно. Словарный запас достаточный, фразы строит правильно. Мышление последовательное, с тенденцией к конкретности. Интеллект невысокий, круг интересов ограничен. Эгоцентрична, с повышенной самооценкой, сложившуюся ситуацию оценивает недостаточно критически. Себя характеризует, как добрую, порядочную, целеустремленную. Продуктивной психотической симптоматики не обнаруживает.

Проведено **экспериментально-психологическое исследование** (клиническая психологическая беседа, методики запоминания 10 слов, пиктограмма, классификация, простые аналогии, исключение предметов, счет по Крепелину, тесты Роршаха и Люшера, самооценка, рисуночный тест “Дом и три человека”).

Испытуемая цель исследования понимает, дистанцию соблюдает, во время исследования держится несколько отстраненно, эмоционально невыразительна. Говорит, что диагноз “умственная отсталость” мешает ей устраивать свою судьбу, хочет получить высшее медицинское образование и работать врачом. Уверена, что никакой умственной отсталости у нее нет, так же как нет и органической патологии, которую ранее отмечали эксперты. Говорит, что это было раньше, а потом она вылечилась. Считает, что мать “купила” этот диагноз, чтобы получить квартиру. Однообразно и холодно говорит обо всех своих родственниках, включая “приемную маму”, отличается повышенной уверенностью в себе, фиксацией на личностно значимых ситуациях, упорством и настойчивостью в отстаивании своих прав, недостаточной критичностью и нечувствительностью к возражениям. Рассказывая о проживающих дома животных (8 кошек и 2 собаки), так же не проявляет никаких эмоций.

За последние несколько лет испытуемая многократно проходила психологическое исследование, и ни разу не было зафиксировано результатов, соответствующих диагнозу “умственная отсталость”. 27.07.2016 — IQ 92, общая оценка интеллектуального развития соответствовала нижней границе нормы; 17.10.2017 — интегрированный показатель по тесту Векслера 91 балл, что соответствует среднему уровню развития интеллекта, 04.04.2018 — “умственная отсталость не подтверждена”. При последнем исследовании в Центре Сербского 07.02.2019 отмечался “в целом достаточный интеллектуальный уровень”, что однако не помешало экспертам выставить диагноз “легкая умственная отсталость” (F 70.0 по МКБ-10).

Инструкции усваивает с первого раза, следует им в процессе работы. Работает очень быстро, формально. При чтении отрывка из художественного произведения направила все усилия на то, чтобы быстро прочесть и в результате потом не могла пересказать прочитанное, однако, не смущаясь, придумывала ответы на вопросы экспериментатора. Не стремится дать развернутые ответы, в тесте Роршаха обычно ограничивается одним ответом и сразу откладывает таблицу в сторону. Кривая запоминания: 8-8-10-9-9, через час называет 8 слов. При опосредованном запоминании правильно воспроизводит 13 из 14 предъявленных понятий, выражение “любимое занятие” (нарисован читающий человек) заменяет словом “хобби”. Ассоциации адекватные, разного уровня обобщения, преобладают конкретные, имеются лично значимые. В “простых аналогиях” делает 4 ошибки, которые потом самостоятельно исправляет в ответ на замечание экспериментатора. В “исключении предметов” встречаются ответы конкретно-ситуационного уровня обобщения, однако после дополнительных вопросов экспериментатора дает правильный ответ. Исключение составляет ответ на последнюю карточку, где изображены зонт, фуражка, пистолет и барабан. Исключает фуражку, поскольку “остальное можно слышать: на зонтик капают капли дождя, в барабан стучат, из пистолета стреляют”. Счет по Крепелину вызывает трудности из-за проблем со средоточением внимания. При выполнении классификации формирует группы по обобщенному признаку, достаточно дифференцированно, без труда придумывает им названия, хотя группу людей называет “профессии”. На втором этапе сначала формирует 4 группы, причем в одну из них включает людей и школьные принадлежности: “человек сначала учится в школе, а потом приобретает специальность”. Однако после дополнительных вопросов экспериментатора дает правильный ответ, объединяя карточки сначала

ла в три группы: растения, животные и люди, неживые предметы, а потом в две: живое и неживое. По результатам теста Роршаха у испытуемой выявляется незначительное снижение и обеднение психической продуктивности, которое, однако не выходит за границы нормы. Имеются ответы с опорой на движение и комбинированные образы, что не характерно для людей с умственной отсталостью. На первый план выступает снижение эмоциональной составляющей: только в одном ответе из 17 используется цвет, количество ответов на 3 полихромные таблицы меньше 30 %. Испытуемая демонстрирует достаточный уровень категориальной четкости познавательных процессов, аналитический тип восприятия и повышенную ригидность мышления. Согласно тесту Люшера, испытуемую отличает стремление самоутвердиться и добиться признания. Считает, что ей мешают продвигаться вперед, ищет решения, которые помогли бы устранить препятствия на ее пути. Эгоцентрична, недостаточно глубоко продумывает последствия своих действий, при этом не склонна открыто проявлять свои чувства. Характеризует себя как человека доброго, отзывчивого, умного, сообразительного и решительного, никаких недостатков у себя не отмечает. Рисунок “Дом и три человека” отражает установку на семью, в которой важное место занимает отец, и общую закрытость, отгороженность от внешнего мира (дом без окон и дверей, обнесен забором). Рисуночная продукция характеризуется низким качеством изображений, примитивностью, отсутствием перспективы, что находится в противоречии с информацией испытуемой о том, что она с успехом закончила художественную школу.

Таким образом, в результате экспериментально-психологического исследования у Асмик Б. обнаружены неравномерность и своеобразие мыслительной продукции, высокая стеничность и стремление добиваться своих целей, эмоциональная маловыразительность и формальность. Снижения интеллектуально-мнестического уровня не обнаружено.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Во время настоящего психопатологического и экспериментально-психологического исследования Асмик Б. диагноз “легкая умственная отсталость” не подтвержден. Асмик Б. демонстрирует достаточный уровень интеллектуального развития, социально адаптирована, успешна, имеет реалистичные планы на будущее, демонстрирует высокую активность в достижении своих целей.

Члены комиссии: психиатры Ю. С. Савенко, В. Н. Цыганова, Н. В. Спиридонова, медицинский психолог Л. Н. Виноградова

Письма из Воронежа

М. Е. Бурно

(из переписки с профессором Л. А. Стукаловой в конце прошлого, начале этого века)



Любовь Акимовна Стукалова (1928 – 2006), доктор медицинских наук, профессор, в течение многих лет заведовала кафедрой психиатрии Воронежского медицинского института (ныне — Академия). В 1987 году по просьбе Издательства “Медицина” (Москва) она прислала рецензию на первое издание рукописи моей книги “Терапия творческим самовыражением”. Будущая книга пришлась ей по душе. Она сама смолоду душевно стремилась к подобной помощи страдающим людям. Мы подружились и переписывались до самого ухода Любви Акимовны из жизни.

Осенью 1993 года состоялся мой двухнедельный авторский выездной государственный цикл тематического усовершенствования “Терапия творческим самовыражением” в Воронежской психиатрической больнице (“Орловка”). Весной 1994 года — месячный государственный весенний цикл (тоже для врачей “Орловки” и сотрудников кафедры профессора Стукаловой “Современные методы психотерапии”. Там же. Преподавал на этом цикле вместе с доцентами нашей кафедры Владимиром Петровичем Колосовым, Игорем Степановичем Павловым (Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования).

Юрий Сергеевич Савенко в некрологе о Любви Акимовне¹ уже рассказывал о ней как о тёплом, советливом врачевателе, необычном профессоре, как о бескорыстно, с любовью, привязанной к душевно-

больным — тем более в трудных условиях их содержания. Это нравственное чувство, конечно же, было свойственно с давних пор нашей врачебной интеллигенции. Если бы оно не угасало во многих психиатрах и в наше время!

Любовь Акимовна была и останется для меня грустновато-синтоной, одухотворённой, тревожно-ранимой, но внешне порою по-деловому практичной (и в то же время, трогательно-беспомощной в атмосфере интриг и дрызг), склонной переживать свою неполноценность с чувством вины, милой, естественной женщиной. Когда мы познакомились, ей было лет 60. Она была тогда ещё одухотворена утопически-социалистическими идеями (в лучшем для своего времени понимании). Была светло убеждена в том, что каждый из нас должен терпеливо нести людям посильное добро в соответствии со своей профессией и только за свою скромную зарплату самого справедливого государства. Помнится, она тогда с естественным негодованием рассказывала мне, что один известный профессор предложил провести платный цикл усовершенствования для её врачей (там же, в “Орловке”) за столько-то долларов. “Да я его, это доллар, и в глаза не видела!” — никак не могла она успокоиться. Как изменилось её мироощущение, увидим из писем. Но главнейшее для меня — то бесценное, что не изменилось и не способно измениться в ней, — это её, стукаловская природная способность чувствовать, переживать не свою душевную боль, рану, как свою собственную. Особый “человеческий” “талант” чеховского студента Васильева (из рассказа “Припадок”). Этот талант, свойственный русским интеллигентам, служил, у Стукаловой, прежде всего, душевнобольным и, конечно, немногим самым близким людям. Всё остальное было, так или иначе, освещено этим талантом. Переживая боль другого человека, Любовь Акимовна старалась её как-то смягчить практическими действиями или хотя бы добрым словом. Нередко этот российский талант — не столько буквальное переживание самой не своей боли, сколько своё представление — переживание того, как же тяжело должно быть чело-

¹ Савенко Ю. С. Любовь Акимовна Стукалова // Независимый психиатрический журнал, 2006, вып. II, сс. 92 – 93.

веку в таком его униженном положении. При том, что иной человек может не так уж сильно от этого своего положения страдать. Так, некоторые апатические и с бредом унижения душевнобольные довольно стойко и даже благодарно переносят плохую еду и больничные лохмотья. Но разве важно, как именно понимает ни в чём не повинный человек бесчеловечность того, как с ним поступают. Стоит перечесть “Припадок” Чехова...

Ещё несколько слов, помогающих понять места из этих писем. Основные научные работы Стукаловой посвящены иммунологическим исследованиям в психиатрии, организации психиатрической помощи, медицинской психологии. Жизнь была наполнена преподаванием, руководством диссертациями учеников, консультациями. Любовь Акимовна считала свои научные работы весьма скромным, но честным вкладом в науку и до конца жизни, прежде всего, растворялась в преподавании и практике (бездна консультаций). Трезвый, опытный клиницист-диагност, психофармакотерапевт, знаток “психиатрических” лекарственных трав, общественница, она тянулась душой к природе, к отечественной психотерапии, убеждённая в том, что тёплые отношения пациента с врачом и близкими, полудомашняя (по возможности) обстановка в больнице, родная природа, вообще всё наше родное, российское, — всё это существенно помогает тревожно-депрессивной душе.

В 1997 году выходит оригинальная работа Стукаловой и её учеников (Марины Анатольевны Рогозиной и Владимира Анатольевича Жаурина) об особой, “созвучной русской культуре”, “модели психотерапевтического контакта”, сообразно которой два психотерапевта, мужчина и женщина, “воссоздают” материнско-отцовскую целительную традиционную атмосферу семьи

Со временем, судя по письмам, Православие становится для Стукаловой всё более важной частью лечения в психиатрии, целительной частью российской жизни вообще.

Поначалу немного важного из нашей переписки с сыном Л. А. Стукаловой — Петром Леонидовичем Стукаловым, воронежским медицинским психологом в психиатрии, с его разрешения и с душевной к нему благодарностью.

30 декабря 2018 г.

“В отделение невротозов поступила женщина, у которой внезапно закрылись веки. С глазами было всё в порядке. Мама во время консультации подробно расспросила женщину. И спросила: “Муж Вам изменяет?” Веки у женщины открылись. Был вызван муж. Мама провела семейную психотерапию. Больше женщина в отделение невротозов не поступала.

* * *

“Как-то Городская больница вызвала маму к диагностически неясному больному с психическим расстройством. Мама после консультации предположила обострение язвенной болезни желудка с психическими расстройствами, вызванными этим обострением. Диагноз был после исследований подтверждён гастроэнтерологом, назначено лечение, психические расстройства ушли, как и обещала в консультации мама”.

* * *

“Многие врачи-психиатры и психотерапевты с большой теплотой и благодарностью и сейчас говорят о маме, вспоминая её курсы повышения квалификации с лекциями, обходами и разборами больных”.

* * *

“По вечерам у нас дома был “Смольный”. Больные звонили, что не подходит какое-то лекарство, можно ли его заменить другим, как попасть на консультацию к маме, когда можно повторить лекарственный курс т.д.

* * *

“В конце 2004 года Воронежская епархия предложила маме в одном из Храмов консультировать прихожан, и мама согласилась консультировать по субботам. За несколько дней до ухода из жизни мама пришла из Храма поздно, сказав, что приняла 8 человек. Позже оказалось, что в этот день она приняла 28 человек”.

Из писем Л. А. Стукаловой

19 июня 1989 года.

“Долго не писала Вам. Постоянные хлопоты, проблемы и усталость. Всё как-то сместилось в бесконечные дела и напряжённость с чувством постоянной неуспеваемости. Времени и места для радости уже не остаётся.

Работаю как и прежде. Сейчас работаю над статьёй по вопросам психологического образования будущего врача. В самом деле, что надо преподавать в этом маленьком курсе?! Пока мы преподаём каждый своё и, наверное, не самое оптимальное. Преподавание — это тоже боль. Не знаю, как у Вас, но у нас очень трудно. Студенты отчуждённые, настроены ко всему скептически. Учебные планы постоянно меняются, спускаются всё новые и новые предписания о расширении преподавания наркологии. Но где брать часы?! Преподаватели тоже особого рвения не проявляют ни в преподавании, ни в науке. Накапливается масса недоделанных или плохо сделанных дел. Я, как всегда, обвиняю себя, занимаюсь самообразованием, и со всем всё плохо. Это не всегда, конечно, но часто”.

12 октября 1989 года.

“Работать становится всё труднее и труднее. Психиатр должен защищать свою честь и достоинство. Если уж с высоких трибун говорят о психушках, то можно ли обозлённую толпу в чём-то убедить. Нищенское положение, материально-техническая оснащённость наших больниц такова, что стыдно, обидно за всё. И выхода нет. С начала 1990 года в области всё наше здравоохранение переходит на внутriebюджетный хозрасчёт, в том числе и наша служба. По идее это, наверное, хорошо. Но ни психологически, ни технически мы к этому не подготовлены, да и работать, наверное, по-настоящему не умеем.

Марк Евгеньевич, как расценивать и относиться к такому явлению: развелось много психотерапевтов, которые якобы обладают “сильным биополем” (ссылаются на московского доцента, который якобы их проверял) и лечат всё и всех, обидают людей. А один доктор ведёт сеансы в цирке, собирая огромное количество людей, которые приходят с ёмкостями, наполненными водой, дети, старики. Я обычно отмалчиваюсь, особенно когда этим интересуется пресса. Да и что сказать?! Люди жаждут чудес, и многие их получают, люди нуждаются в утешении и надежде. Их утешают. Пусть себе”.

29 декабря 1993 года.

“... Жить стало теперь не только трудно, но и страшно. <...> больному лекарства всё меньше поступает <...>. Я грущу, наверное, потому, что старая, ничего не успела сделать толкового, хотя всю жизнь трудилась, стремилась делать людям добро. За эти откровения Вы меня простите”.

26 августа 1994 года.

“... Количество коек в больнице сокращается, кормить больных становится всё труднее. С лекарствами тоже очень тяжело. <...> Бесплатный приём (студентов — М. Б.) сокращается”. “... внимательно изучила подаренный Вами третий номер журнала “Логос” и, откровенно, переживаю чувство грусти, ущербности. Воспитанная в односторонней материалистической ориентации, я как-то глубоко не задумывалась над субъективным, да и литература соответственно появилась только в последние годы. Статьи журнала произвели на меня глубокое впечатление. Читаю я много, это единственное, что ещё удерживает какое-то душевное равновесие”.

19 марта 1995 года.

“... дороговизна немислимая. Но всё же теплится надежда на лучшее будущее... хотя бы для детей и внуков. А для себя я уже давно решила, что нужно довольствоваться малым и пока позволяет здоровье — помогать всем, нуждающимся в помощи, добром словом, чем могу”.

30 июня 1995 года.

“Получила от Вас уже два письма с чудесными книжечками. Спасибо Вам. Вот передо мною сборник “Терапия духовной культурой”. Знаете, Марк Евгеньевич, я сама лечусь, читая и перечитывая этот маленький сборник, не говоря уже о том, как он полезен в работе. Я не психотерапевт, но в общении с пациентами и врачами всё это мне очень помогает.

Вы правильно сделали, <...> что написали справочник по клинической психотерапии. Психотерапевтический бум, охвативший наше отечественное пространство и это множество новоиспечённых психотерапевтов, которые особенно в сельских районах (и свои, и особенно приезжие) широко практикуют “чудесные исцеления”, так грубо и безграмотно, что становится стыдно, особенно за врачей... В Вашем справочнике дано так много полезного и доброго, что добросовестный и честный врач найдёт так много полезного и нужного. <...> Получила я приглашение на Первый Конгресс Всемирного Совета по психотерапии, который состоится в Вене в 1996 году. Только помечтала... денег у меня нет... Грустно. <...>

... можно организовать ещё не один семинар с Вашим участием. Люди (сотрудники кафедры и Больницы — М. Б.) тянутся к знаниям. Я особенно хочу, чтобы психотерапия полноценной была и в общепсихиатрических отделениях. Но здесь дело обстоит пока тяжело”.

31 декабря 1995 года.

“... Вроде все трудятся (о студентах — М. Б.), но очень много суеты, равнодушия, безразличия, почти апатии. Многие студенты социально-психологически незрелы, с изломанными душами. И это вносит в учебный процесс большие трудности.

Тяжело видеть современную психотерапию, я имею в виду нашу, низовую. Уходит из психотерапии что-то божественное, она становится рыночной, вульгарной, у некоторых даже циничной.

Но всё равно надо жить, работать...”.

26 апреля 1996 года.

“Недавно к нам приезжали Ю. С. Савенко, Аргунова, Прокудин. Я была им искренне рада, особенно Юрию Сергеевичу. Я его почему-то очень уважаю и жалею. Он постарел, похудел, выглядел очень уставшим. Лезть в душу было как-то неудобно, я не так уж близко знакома с ним.

Положение с больницами у нас трудное. Всё гибнет. Нечем кормить больных, трудно с одеждой, нет лекарств. Куда ни обращались — реакции никакой. Откликаются на наши нужды близлежащие колхозы, совхозы и население. Передают понемногу крупу, масло, одежду. Так мы живём... Что дальше?!

Один высокопоставленный сказал мне: “Возможно, нас с Вами скоро расстреляют, а Вы тут со своими дураками...”.

Но мы живём, боремся и надеемся”.

23 декабря 1996 года.

“Я работаю, как всегда, много, изредка платят за работную плату. Изменить своим традиционным клиническим разборам больных я так и не смогла. Сделать их платными для меня словно сотворить какую-то пакость. Поэтому у меня обычно много пациентов... Я всё более убеждаюсь, как много вреда приносят людям, особенно нашим больным, экстрасенсы и народные целители... От этого тоже грустно.

Наша больница медленно гибнет. Нет лекарств, уходят кадры, падает уровень науки, да и кому она теперь нужна?! Сотрудники мои все стали платными психотерапевтами и зарабатывают деньги. Я не вписываюсь, я отстала, я всем чужая, осколок, жалкий никчемный осколок истории”.

26 декабря 1998 года.

“Психиатрические больницы находятся в тяжёлом состоянии. Финансирование не превышает 2 – 5 % от положенного. Больные полуголодые, свирепствует туберкулёз, питание скудное. Вчера отключили газ и электроэнергию. Наши мольбы о милосердии никто не воспринимает, все глухи, равнодушны, словно мы в пустыне... Раньше нам помогали соседние совхозы и колхозы, теперь все нищие... Это страшно... но в этой ситуации нельзя терять веры и надежды. Я усиленно пропагандирую необходимость создания при нашей больнице хора из больных, врачей и персонала... это всем полезно...

Но самое неприятное — это деградация врачей (больше это никак не назовёшь), беспощадно обирают больных. Не все, конечно, но эта зараза принимает всё большие размеры, особенно в отделении неврозов, принимая всё более утончённо-наглые масштабы. Тем самым наносится тяжкий удар по психотерапии особенно, опошляя зачастую этот божественный дар в руках квалифицированного и порядочного человека. Много других неличностей и парадоксов в нашей теперешней жизни. <...> Но <...> надо жить, делать своё дело и стараться оставаться человеком”.

“По воскресным дням мы с Петром отправляемся на дачу... Поговоришь с деревьями, поглядишь на небо... вроде теплее на душе становится... А как-то приехали — из снега цветут нежнейшие хризантемы... Я запела известный романс, сын подхватил... и так мы пели среди белого безмолвия. Целую охапку цветов привезли отцу, он тоже порадовался. Так и живём... пусть маленькими радостями, но они необходимы.

Много читаю. Перечитала Фрейда, Юнга, Меня, Соловьёва ... и всё интересно. Учусь мыслить эклектически... Задумок много, они складывались годами, но боюсь, что уже ничего не успею... Но это меня не очень тревожит. Значит, такова линия моей судьбы. Я много работала — лечила, преподавала, анализировала без шума и грохота. Если я не прославилась — то к этому никогда и не стремилась, это не моё”.

30 декабря 1998 года.

“... погружаюсь в чтение <...> нашей родной отечественной психиатрии. И никакая она не ортодоксальная, просто добротная. Безусловно, <...> критический анализ тоже нужен. Но не так же ... всё оплёвывая ... изгаживается, извращается ... <...>. Мне очень обидно за нашу психиатрию, ведь мы ею жили, трепетно любили и любим. Зачем же так утрировать какие-то исключения, досадные недоразумения, некомпетентность...”

28 декабря 2000 года.

“Я живу трудно. Прошло уже 1,5 года с тех пор как не стало супруга, но чувство утраты не слабеет... <...> Набрала массу часов, много работаю, и это как-то смягчает подавленность и никчемность бытия. <...> ... когда я была на конференции по доверию (НПА), осмелилась выступить. Я всегда относилась и отношусь с уважением к Юрию Сергеевичу и НПА. Всё, что я сказала — шло от чистого сердца. Я далека от всех интриг, лести и лицемерия. Но когда я пошла к Курскому вокзалу, меня нагнал какой-то человек, обозвал всякими обидными словами, подчеркнув при этом, что НПА — это предательская организация, сборище подхалимов и воров... И не совесть это нашей психиатрии, а позор... Я так разволновалась, что с трудом добралась до своего вокзала. Всю ночь проплакала; приехав домой, несколько дней всё никак не могла успокоиться. Перечитала Независимый психиатрический журнал за последние 3 года и постепенно успокоилась. Вот такое событие.

Какая страшная наступила пора. Я никогда не умела и не могла подхалимничать, подстраиваться, лицемерить. Всегда очень много работала с больными, никогда “не высовывалась”, диссертантов у меня не так уж много, но качество работы хорошее. Науку я считаю святым делом и всегда в этом деле была очень строгой. Пишу много, но не печатаю, считая себя никчемным человеком. Однажды меня очень обидел М. Е. Вартанян и не за дело, а так, якобы я недостаточно почтительно к нему относилась. Это была несправедливая и злая, в отношении меня попытка этого человека унижить меня публично. После этого я чувствовала себя раздавленной и самооценка, и без того низкая, упала до нуля. М. Е. Вартаняна я давно простила, царство ему небесное, вечный покой, но сама я так и не смогла восстановиться, чтобы почувствовать себя человеком”.

12 марта 2001 года.

“Спасибо, что познакомили меня с художником Н. С. Фомичёвым² и его творчеством. Я о Н. С. Фо-

² Фомичёв Николай Сергеевич (1902 – 1981), художник, известный своими картинами о духовной жизни русских людей в старину (послал Л. А. Стукаловой ксерокопию статьи: Белова О. В. Художник Н. С. Фомичёв и его серия “Заговоры” // Живая старина, 1996, № 1 (9), сс. 31 – 33 (Примечания М. Е. Бурно).

мичёве никогда ничего не знала, внимательно его изучила и прочувствовала. Спасибо Вам, Марк Евгеньевич.

28 октября 2001 года.

“Я пребываю в тревожно-подавленном настроении. Супруга не стало³, изменилось мироощущение, смысл, ценности. Очень много работаю. Работаю в Экономико-правовом институте на кафедре клинической психологии. Этот институт имеет представительства во всех областях Черноземья. Я преподаю, езжу в командировки в большие и маленькие города. Это как-то благотворно сказывается на моём душевном состоянии, да и помогать ведь надо своим близким. Живём трудно”.

23 декабря 2001 года.

“С грустью приходится констатировать, что то, что создавалось с таким трудом при моём непосредственном участии в психиатрии нашей Воронежской области, потихоньку разваливается, нищает, падает качество лечения больных... Уже сейчас многие больные вынуждены ложиться на голую сетку, без матраца. Грустно”.

“Я преподаю на психологическом факультете, и мне грустно от того, что как-то отодвигается на задний план наша отечественная психология, в том числе, и медицинская психология. Упор делается на зарубежную психологию и психотерапию. Развелось немислимое число психоаналитиков — малограмотные и лукавые... Дело настоящее, святое — опошляется, дело иногда доходит до цинизма. Это порождает горькое чувство <...> желание уйти, не видеть этого, уединиться, что я и делаю”.

20 декабря 2002 года.

“Я всё время в пути (командировки с лекциями — М. Б.), и это облегчает несколько мою основную печаль. Наблюдаю природу во все времена года, и она вносит в душу спокойствие. Как прекрасна наша земля... Грустно наблюдать только заросшие бурьяном наши богатейшие чернозёмы, порушенные скотные дворы. Куда мы идём?!”

Сейчас много переживаю — внучка Оля кончает 11 классов и готовится поступать в Университет на юридический факультет. Учится она хорошо, идёт на медаль, но вряд ли знания сейчас главное. Один человек из Университета (открыто и нагло) мне сказал: 5 тысяч долларов — и всё будет решено. Но где же я возьму такие деньги!

“Самое страшное, с чем сталкиваешься сейчас в жизни и в профессиональной деятельности (я консультирую во всех наших психиатрических учреждениях — не могу без больных) — это пустота душев-

ная. Человеку нечем жить, он пуст и потому совершает всякие глупости, становится алчным и жестоким”.

26 декабря 2003 года.

“Жизнь идёт своим чередом. Продолжаю работать. Читаю лекции, консультирую больных, много читаю психологической, философской и психиатрической литературы. Много переосмыслила как в собственной жизни, так и в психиатрии. Грустно, что облик психиатрических больниц (да и содержание их) как-то нищает. Кровати без матрацев, дороговизна лекарств и многого другого. Это не радует. Принять и привыкнуть ко всему этому невозможно. Это душевная боль”.

18 марта 2004 года.

“У больных порою нет самого элементарного — одежды, постельных принадлежностей. Отделения переполнены. К сожалению, не в лучшую сторону меняется психология медицинского персонала. Постепенно исчезает доброта, душевность, сочувствие, их заменяют равнодушие и корысть”.

“Моя любовь к моим больным, психиатрии с годами не затухает. И для меня сейчас это смысл жизни. Я этим живу”.

1 января 2005 года.

“По ночам часто стреляют, даже из автоматов. Кругом какая-то напряжённость, жизнь стала страшнее, чем смерть. Но я как-то со всем смирилась и ко всему готова...”

Марк Евгеньевич, я искренне поздравляю Вас с Рождеством Христовым. Храни Вас Господь!

Разрешите мне Вас нежно обнять и пожелать всего доброго”.

11 марта 2005 года.

“У нас много снега и мороз 10 – 15 градусов. Ездили с Петром на дачу. Белое Безмолвие. Высокое небо и чистый воздух... Я люблю тишину. Вдали лес. Немного отдохнула духовно. Как-то взбодрилась. Не знаю почему, но последние месяцы я как-то совсем упала духом. Всё чаще думаю о смерти. Наверное, это закономерно. Да и жить как-то всё труднее и труднее”.

20 февраля 2006 года.

“Я считаю себя старой... Закончу этот учебный год и больше работать не буду. Как-то тяжело ходить стало, пониженная самооценка... Пусть что будет...”

“Изучаю Православие, многое теперь понимаю по-иному... Как могло так случиться, что религия наших предков оказалась растоптанной?!”

³ Муж Любови Акимовны — Леонид Георгиевич Стукалов, инженер, ушёл из жизни в 1999 году (примечание М. Е. Бурно).

Курьезы современности

В течение 30 лет существования НПА России на ее адрес приходили многочисленные письма по самым многообразным вопросам, от просьб инициировать законопроект о праве на тишину до помощи в освобождении из лагеря осужденных за порнографию, которой посчитали коллекции репродукций ню великих живописцев из музеев, известных любому культурному человеку с приложением вырезок из начавших свободно выходить глянцевого журналов с вызывающей эротикой. Особенно богатой была, как и следовало ожидать антипсихиатрической тематика. Мы опубликовали несколько издевательских фрагментов и в собственных адрес.

О реальной психиатризации действительности, существовавшей в советской психиатрии в начале 1990-х годов, — прямом следствии расширительной диагностики шизофрении, превратившей этот диагноз в жупел, в обозначение всего нестандартного, гротескного, остро оппозиционного, говорил такой памятный факт: значительное число тогдашних, в том числе известных психиатров, считали В. В. Жириновского “шизофреником”. Только небольшая хорошо информированная часть уверяла, что он и его партия — блестящая операция КГБ. Что касается нас, то с самого начала мы видели в нем и его выступлениях талантливый актер в роли демагога, который название своей партии — “либерально-демократическая” — использует для диффамации этих понятий намеренно вульгарным стилем.

Другое дело, выступление в СМИ деятелей разного калибра, в которых можно узнать все признаки бреда, особенно когда это не индуцированные идеи, а несомненные плоды собственного творчества. Таковым стало далеко не первое выступление известного писателя Александра Андреевича Проханова на “Эхе Москвы” 12.06.2019, с которым может познакомиться каждый желающий. В нескольких письмах в нашу редакцию по поводу этого и прежних его выступлений коллеги-психиатры с редким единодушием усмотрели парафренный бред. Фонограммы этих выступлений, действительно, соответствуют такой квалификации. Но это не значит, что мы вправе говорить о диагнозе живого человека, заочно, не располагая ни анамнезом, ни анализом его жизни и творчества, данными экспериментально-психологического исследования и многими другими фактами. И даже располагая мы такими данными, предавая их гласности, мы нарушили бы собственные принципы.

Но как быть с выступлениями и текстами типа откровенно фашистского, экстремистского манифеста Брейвика? Это прерогатива прокуратуры. Но наша прокуратура не включила в список экстремистской литературы “Протоколы сионских мудрецов”, — са-

мую знаменитую фальшивку, сыгравшую не последнюю роль в Холокосте и циркулирующую среди отечественных нацистов. Зато экстремистской организацией объявлены “Свидетели Иеговы”, пережившие гитлеровские и сталинские лагеря. Наш опыт общения с членами этой организации в 1990-х годах, в связи с возводившимися тогда на них липовыми обвинениями, позволяет считать новые обвинения нелепостью. Настоящая охота по всей стране за ними, собирающимися вместе изучать Библию, контрастирует с недавним заявлением Патриарха Кирилла: “Мы сегодня строим в среднем три храма в сутки”.

К преследованию “Свидетелей Иеговы” примыкает наезд на занятия йогой, описанный в публикации “Новой газеты” (№ 38 от 13.04.2019, стр. 9). Оставшийся не у дел квазибогослов, хорошо нам известный сектоборец Александр Дворкин обратился к сенатору Елене Мизулиной (знал, к кому), а она к генеральному прокурору Юрию Чайке, всполошенная информацией Дворкина, что “позы йоги, вызывающие *неконтролируемое сексуальное возбуждение*, приведут к гомосексуальным связям в российских тюрьмах. А так как некоторые, занимающиеся йогой, еще и готовят, и разносят пищу по камерам, есть риск, что другие заключенные откажутся принимать еду из рук геев — а это уже грозит голодными бунтами за решеткой”. Эта история лишней раз продемонстрировала уровень давно известных одиозных личностей. Мракобесное восприятие йоги на нашей памяти в советские времена, правда не в отношении сексуального возбуждения, а медитативных техник. В конце 90-х заимствование их психотерапией дало основание обвинять ряд конфессий в использовании медицинских техник без лицензии (!).

Питерские и екатеринбургские чиновники и Центр религиоведческой экспертизы “Этна” в Санкт-Петербурге пытались в прошлом году запретить китайскую гимнастику Цигун за описание в предисловии к памятке по этой гимнастике преследования компартией Китая движения “Фалунь Гун”, связанного с тем, что число сторонников этого движения превысило число членов компартии.

Вряд ли оправданно полное игнорирование гуляющих в интернете сведений, как, видимо, достоверных, так и мифологем свободного творчества наших пациентов, всевозможной напраслины и выпадов. Нам рассказали, в частности, что в сети циркулирует карикатура на руководство Российского общества психиатров, представленное в виде собрания разнопородных собак. На подиуме сбоку стоит на задних слегка полусогнутых лапах в пуантах с поджатым хвостом пудель в роли председателя и напряженно слушает двух переругивающихся овчарок с высоко поднятыми хвостами. Одна из них, как следует из

Курьезы современности

подписи к рисунку, сообщает о том, что Дума приняла в первом чтении законопроект о запрете впредь отрубать хвосты, чтобы всем была видна откровенная позиция. — Мы давно так поступаем, — говорит одна из них, а другая: нет, мы раньше. А на переднем плане один бульдог успокаивает другого: не бойся, наши хвосты будут с ручным управлением. По понятным основаниям мы не даем ссылки, хотя ситуация, на наш взгляд, схвачена верно: уже давно в отношении руководителей нашей психиатрии стали расхожими соответствующие клички: “пластилин”, “флюгер”,

“железная метла” и т.п. вплоть до нецензурных. Справедливо ли это? — Ведь они просто ретрансляторы инноваций власти.

Между тем, уважение вызывает отрицательный отзыв РОП на требование МВД предоставить данные о людях с психическими расстройствами. За аналогичный отказ в Республике Беларусь генеральный директор НЦПЗ проф. С. А. Игумнов был снят с этого государственного поста, а на очередном съезде психиатров Беларуси еще и с общественного поста председателя Белорусской психиатрической ассоциации.

**Европейская психиатрическая ассоциация
Европейский Совет по расстройствам пищевого поведения**

**РАССТРОЙСТВА ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ:
МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД
К ПОНИМАНИЮ И ПОМОЩИ**

12 – 14 сентября 2019 г., Париж, Франция

<https://www.ecedparis2019.com>

**XXI ежегодная конференция
Международного общества медицины зависимостей**

**ПРОБЛЕМА ЗАВИСИМОСТЕЙ
В БЫСТРО МЕНЯЮЩЕМСЯ МИРЕ**

13 – 16 ноября 2019 г., Нью-Дели, Индия

www.isam2019delhi.com

Последипломная врачебная психиатрическая подготовка в странах Европейского Союза

В. В. Мотов

Продолжительность последипломной психиатрической подготовки — от 4 лет во Франции, до 7 — в Ирландии. Программа, обычно, начинается с базового курса по общей психиатрии, затем — ротации от одной психиатрической субспециальности к другой. В ряде немецкоязычных стран психиатрическая ординатура включает в себя массивную психотерапевтическую программу, потому получаемая специальность по ее окончании — “психиатр и психотерапевт”. Зарплата врача в период психиатрической последипломной подготовки в развитых странах ЕС несравнимо выше той, что получают психиатрические ординаторы в России.

Ключевые слова: последипломная подготовка по психиатрии, зарплата психиатрического ординатора

Психиатрия — самая крупная медицинская специальность в Европе.

По данным ВОЗ, в 2014 г. общее число психиатрических коек в европейских странах, в расчете на 100 тыс. населения, колебалось от 185 на Мальте до 8 в Италии, показатель психиатрических госпитализаций на 100 тыс. населения: от 1240 в Германии до 87 в Албании; количество амбулаторных посещений психиатра в год на 100 тыс. населения: от 26,1 в Финляндии, до 1,7 в Великобритании; количество психиатров на 100 тыс. населения: от 30 в Швейцарии до 1 в Турции [1].

Совет по психиатрии Европейского союза медицинских специальностей рекомендует 5-летний период последипломной психиатрической подготовки¹, в течение которого обучающиеся психиатрии врачи должны изучать общую психиатрию, детскую и подростковую психиатрию, гериатрическую психиатрию, аддиктивную психиатрию, психотерапию и получить навыки в лечении пациентов с различными психическими расстройствами [2].

Психотерапия и психиатрия

В соответствии с “Руководством по последипломному психиатрическому образованию в Европе Европейской психиатрической ассоциации”, психотерапевтическая подготовка, как часть процесса последипломного психиатрического образования, является обязательной, в первую очередь для того, чтобы

клиницист научился общаться, взаимодействовать с пациентом и его ближайшим окружением таким образом, чтобы общение становилось благотворным для них [3]. Более того, в немецкоязычных странах ЕС (Германия, Австрия, Швейцария, Лихтенштейн) закончивший психиатрическую ординатуру врач называется не психиатр, а “психиатр и психотерапевт” [4]. Во фламандской части Бельгии, психиатры посвящают от 30 до 100 % своего времени психотерапии. Близкая к этой ситуации в некоторых южно-европейских странах [5].

В одних странах ЕС психиатрия сохраняет устойчивые связи с психоанализом, в других влияние психоанализа на психиатрию близко к нулю. На северо-западе Европы, например, психиатрия во все большей степени опирается на данные, экстрагируемые из качественных научных исследований и клинической практики, основывающейся на принципах evidence-based medicine. В результате возникает определенное напряжение между различными национальными психиатрическими ассоциациями, которое усиливается культуральными различиями, определяющими то, как мы видим мир, выражаем себя, что считаем главным и второстепенным, как понимаем болезнь, какими идиомами пользуемся для выражения своих чувств, и т.д. На XVII съезде WPA в 2017 г. в Берлине такое напряжение нашло свое отражение, например, на симпозиуме “Германо-французский диалог о развитии классической психиатрии”. Его сопредседатель Dr. Peters выражал тревогу в связи с тем, что сегодняшние технологизированные методы исследования мозга человека вытеснили общую психопатологию, которая воспринимается немалым числом современных исследователей, ориентирующихся на американско-британскую психиатрию, как нечто от-

¹ Далее в тексте буду называть последипломную психиатрическую подготовку психиатрической ординатурой вне зависимости от того, как она называется в той или иной стране ЕС. (В. В. Мотов)

жившее, и призвал вспомнить классическую психиатрию и психопатологию. По мнению Dr. Peters, ни американская, ни британская психиатрия не имеют тех предпосылок для разработки психопатологии будущего, которые имеют немецкая и французская, поскольку именно немцами и французами заложен ее фундамент, и именно они создали целое учение о том, “как видеть знаки психических расстройств, как интерпретировать наблюдения, как называть то, что выявлено, и как использовать это в диагностике”. Характеризуя американские DSM-III, IV, V, и созданные, по сути, под контролем APA, ICD-10 и 11, как “совершенно неудовлетворительные”, немецкий коллега призвал создать “новую континентальную Европейскую систему психических расстройств” [6].

Остановимся чуть подробнее на психиатрической ординатуре в шести развитых странах ЕС, расположив их в порядке убывания ее продолжительности.

Ирландия

В Ирландии психиатрическая ординатура самая продолжительная — 7 лет. После получения высшего медицинского образования врач, желающий стать психиатром, должен, во-первых, закончить одногодичную интернатуру, включающую в себя 3-х месячную подготовку по общей хирургии, 3-х месячную подготовку по терапии, 3-х месячную подготовку по психиатрии и 3-х месячную подготовку в другой медицинской специальности по выбору. После успешного завершения интернатуры и регистрации в официальном общем списке Ирландского медицинского совета по медицинским специальностям можно подавать заявление в ординатуру по психиатрии. После зачисления в ординатуру врач должен перерегистрироваться в Совете по медицинским специальностям как ординатор по психиатрии. Психиатрическая ординатура в Ирландии состоит из 2 частей: (1) “Базовая специальная подготовка” — 4 года и (2) “Высшая специальная подготовка” — 3 года. Базовая подготовка представляет собой общепсихиатрическую подготовку с ротацией от одной психиатрической субспециальности к другой. По завершении 4 лет общей подготовки сдается клинический экзамен. Успешно сдавший экзамен ординатор переходит на второй этап ординатуры, где углублённо изучает одну из психиатрических специальностей: общую взрослую психиатрию, гериатрическую психиатрию, детскую и подростковую психиатрию, психиатрическую помощь пациентам с интеллектуальной ретардацией и трудностями в обучении (psychiatry of learning disability). Если ординатор намерен получить сертификаты по двум психиатрическим специальностям, период обучения удлиняется. По завершении обучения ординатор получает сертификат специалиста и регистрируется в списке специалистов Ирландского совета по медицинским специальностям [7].

Великобритания

В Великобритании психиатрическая ординатура 6-летняя. Первые 3 года — базовая подготовка (6 блоков по 6 месяцев каждый). Из них 2 года — общая и амбулаторная психиатрия и 1 год — детская и подростковая психиатрия. После первых 3 лет обучения ординаторы сдают экзамен и начинается следующий 3-годовалый период, теперь уже в одной из следующих областей: общая и амбулаторная психиатрия, детская и подростковая психиатрия, гериатрическая психиатрия, судебная психиатрия, медицинская психотерапия, психиатрическая помощь пациентам с интеллектуальной ретардацией и трудностями в обучении.

При этом, в 3-годовалой программе по общей и амбулаторной психиатрии ординатор должен потратить 1 год на изучение либо аддиктивной психиатрии, либо психосоматической психиатрии (психиатрическое лечение пациентов с коморбидными психическими и соматическими заболеваниями — consultation-liaison psychiatry), либо психиатрической реабилитации. Обязательным компонентом являются: 6-месячная подготовка по терапии, 6-месячная подготовка по неврологии и лечение, как минимум, 2-х пациентов психотерапевтическими методами [8].

Германия

В Германии последиplomное медицинское образование регулируется Национальным советом медицинских профессионалов (The National Board of Medical Professionals). Психиатрическая ординатура длится 5 лет и включает в себя массивный курс психотерапии, потому врач, ее закончивший, получает специальность “психиатр и психотерапевт”. 2 года занимает базовая подготовка по общей психиатрии и 1 год — по неврологии. Из остающихся 2 лет все это время может быть потрачено либо на дополнительный тренинг по общей психиатрии (стационар или амбулатория), либо 12 месяцев — на судебную психиатрию и 12 месяцев, по выбору обучающегося, на детскую и подростковую психиатрию (которая является самостоятельной специальностью, требующей для сертификации в этой области 60 месячной подготовки), или на психосоматику — психотерапию.

Будущий немецкий психиатр занят 5 дней в неделю, при этом теоретическая подготовка может включаться в рабочее время, либо проходить после работы. Допускается подработка, но продолжительность ординатуры увеличивается на то количество времени, на которое укорачивает ее подработка.

В Германии психотерапевтическая подготовка врача, обучающегося в психиатрической ординатуре, является обязательной. В нее входит, кроме прочего, не менее 240 часов лечения своих пациентов психотерапевтическими методами (когнитивно-поведенческая либо психодинамическая психотерапия) с обу-

ждением результатов лечения с руководителем после каждого четвертого занятия, 150-часовая личная терапия и 70-часовая подготовка в Балинтовской группе (группа врачей, регулярно встречающихся и обсуждающих интересные и трудные клинические случаи. Занятия строятся таким образом, что учат будущего психиатра формированию терапевтических отношений между врачом и пациентом, толерантности, эмпатии, анализу своих собственных чувств, возникающих в процессе общения с проблемными пациентами) [9].

Швеция

В Швеции высшее медицинской образование длится 5,5 лет. За ним следует 21-месячная интернатура, включающая в себя 3-месячную подготовку по психиатрии. По завершении интернатуры и сдачи экзамена врач получает лицензию на право практиковать медицину и далее начинается специализация (ординатура — residency), продолжающаяся 5 лет и включающая в себя клиническую работу под наблюдением руководителя и теоретическую подготовку. Психиатрическая ординатура может начинаться по выбору ординатора в любое время года. 1 год — стационар в общепсихиатрической клинике, затем годичная амбулаторная психиатрическая подготовка. После чего начинаются циклы детской и подростковой психиатрии, судебной психиатрии, аддиктивной психиатрии (наркологии) или гериатрической психиатрии. 1 год терапии и неврологии обязателен. Психотерапевтическая подготовка начинается на раннем этапе психиатрической ординатуры и длится 1,5–2 года. Занятия по когнитивной или психодинамической психотерапии 1 раз в неделю. Ординаторы также посещают национальные или локальные курсы по психиатрии и национальные и интернациональные психиатрические мероприятия [10].

Нидерланды

В Нидерландах продолжительность и содержание последипломной медицинской подготовки врачей определяется Нидерландской королевской медицинской ассоциацией. Общая сертификация врачей осуществляется государством, дальнейшая сертификация по специальностям — профессиональными самоуправляемыми обществами под регулярным контролем со стороны властей.

Психиатрическая ординатура длится 4,5 года. Она включает в себя теоретическую подготовку и девять шестимесячных циклов. Один день в неделю — теоретическая подготовка, оплачиваемая государством, остальные 4 дня — работа в качестве ординатора с дежурствами. Разрешена подработка. Базовая подготовка по общей психиатрии (основы психиатрии, клиническая, амбулаторная и неотложная психиатрия в соответствующих психиатрических подразделениях)

длится 2,5 года. После этого ординатор выбирает ту область, которая наиболее его привлекает: “взрослая психиатрия”, детская и подростковая психиатрии, либо психиатрия позднего возраста.

Что касается детской и подростковой психиатрии и психиатрии позднего возраста, существуют стандартные для всей страны учебные планы с ротациями от подразделения к подразделению внутри специальностей в процессе клинической подготовки. Во “взрослой психиатрии” ординатор может выбрать различные клинические направления: психотерапию, аддиктивную психиатрию, судебную психиатрию и т.д. Все ординаторы должны дважды в год сдавать экзамены по общей психиатрии, и проходить тестирование после окончания каждого курса, по результатам которых оценивается уровень их профессиональной подготовки. Каждый ординатор должен выполнить научное исследование, по качеству примерно равное статье в рецензируемом журнале и представить его результаты своим руководителям и коллегам. Ресертификация, как и в России, 1 раз в 5 лет [11].

Франция

Во Франции психиатрическая ординатура длится 4 года. Первый этап — 24-х месячная подготовка в аккредитованной психиатрической больнице. При этом 6 месяцев из 24-х должны быть проведены в университетском психиатрическом госпитале, либо в психиатрической больнице, аффилированной с университетом. Затем — 12-месячный цикл по детской и подростковой психиатрии и еще 12 месяцев в любой другой области медицины в аккредитованной больнице. Обязательное теоретическое обучение — 250 часов [12].

Рабочее время и заработная плата

Рабочая неделя ординаторов продолжается от 35 часов в Болгарии до 65 часов на Мальте. В Швейцарии, Великобритании и Швеции психиатрический ординатор получает (после вычета налогов) более 4 тыс. евро в месяц, в Норвегии — 3400 евро, в Германии 2900 евро, в Португалии — 1200 евро, в Румынии — 400 евро, в Болгарии — 140 евро [13].

В заключение замечу, что несмотря на многолетние усилия по гармонизации программ последипломного психиатрического образования в странах ЕС, цель остается недостигнутой. Предложение об общеевропейской (в рамках ЕС) сертификации психиатрических ординаторов также пока что не реализовано.

Поскольку Россия является членом Европейской федерации психиатрических стажеров (The European Federation of Psychiatric Trainee — EFPT), у российских психиатрических ординаторов с рабочим знанием английского языка есть возможность 2–6 недельной стажировки по различным психиатрическим субспециальностям в европейских странах. При этом

они могут претендовать на получение финансовой поддержки от ЕФРТ[14].

ЛИТЕРАТУРА

1. http://www.who.int/gho/mental_health/human_resources/psychiatrists_nurses/en/ просмотрено 27.05.2019 г.
2. Union Europeenne des Medecins Specialistes Section for Psychiatry (2013) Charter on training of medical specialists in the EU: requirements for the specialty of psychiatry. <http://uemspsiychiatry.org/wp-content/uploads/2013/09/Chapter6-11.10.03.pdf>, просмотрено 27.05.2019 г.
3. Mayer S., van der Gaag R. J., Dom .G, Wassermann D., Gaebel W., Falkai P., Schule C. (2014) European Psychiatric Association (EPA) guidance on post-graduate psychiatric training in Europe. Eur Psychiatry 29:101–106.
4. European Union. Directive 2005/36/EC of the European Parliament and of the Council of 7 September 2005 on the recognition of professional qualifications. Official Journal of the European Union, L 255/25, September 30, 2005.
5. Stovel L. A. (2013) A survey of psychotherapy training in Canadian Psychiatry Residency Programs. Acad Psychiatry 37(6):431–432
6. Мотов В. В. XVII конгресс Всемирной психиатрической ассоциации (ч. 2), НПЖ, 2018, 1, с. 64 – 67.
7. <https://www.irishpsychiatry.ie/external-affairs-policy/public-information/faqs-about-pgt/>, просмотрено 02.06.2019 г.
8. Mayer S. et al. (2014), Ibid, Eur Psychiatry 29 101–106
9. Landesärztekammer Bayern, Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung gemaz § 4 (4) der Weiterbildungsordnung für die Ärzte Bayerns. Bayerisches Arzteblatt Spezial 2/2012.
10. National Board of Health and Welfare, Socialstyrelsens foreskrifter och all manna rad (SOSFS 2008:17) om lakarnas specialiseringstjänstgöring, <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2008-17>.
11. NVVP (Netherlands Psychiatric Association) Herziene Onderwijs en Opleidingseenen Psychiatrie HOOP–de Tijdstroom Utrecht. <http://www.nvvp.net/publicaties/diversen/>
12. van Effenterre A., Hanon C., Llorca P. M. Survey among academic teachers about psychiatric training in France. L'Encephale 2013/09/03 [Epub ahead of print] <http://dx.doi.org/10.1016/j.encep.2013.05.001>.
13. Baessler F., Florian Riese F., Mariana Pinto da Costa M. Becoming a psychiatrist in Europe: the title is recognized across the European Union, but what are the differences in training, salary and working hours? World Psychiatry. 2015 Oct; 14(3):372373.
14. <http://efpt.eu/exchange/apply/>, просмотрено 12.06.2019 г.

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

Американская психиатрическая ассоциация Конференция по организации служб психического здоровья

ПОВЫШЕНИЕ ДОСТУПНОСТИ БЛАГОДАРЯ ИННОВАЦИЯМ И СОТРУДНИЧЕСТВУ

3 – 6 октября 2019 г., Нью-Йорк, США

www.psychiatry.org

Психотерапия — лечение или обучение?

XXIV Консторумские чтения (окончание)¹

Второе отделение научно-практической конференции “Консторумские чтения”, состоявшейся 21 декабря 2018 года в Москве, включало в себя 5 докладов. Тезисы 4-х, а также заключительное выступление сопредседателя конференции психиатра, психотерапевта, заместителя председателя Общества клинических психотерапевтов НПА России Б. А. Воскресенского публикуются ниже.

Программа 2-ого отделения

1. Н. Л. Зуйкова, психиатр, психотерапевт. “Клиническая психотерапия в психосоциальной реабилитации коморбидных пациентов”. 15 мин.
2. Ю. В. Позднякова, психотерапевт. “Живопись и творческая фотография — особенности этих видов творчества в сравнении: материалы для занятия в группе ТТСБ”. 15 мин.
3. Г. Н. Иванова, психотерапевт. “Проблема малопрогредиентной психопатоподобной шизофрении в современном обществе”. 15 мин.
4. К. М. Мижерова, психиатр, психотерапевт. “Применение естественно-научной характерологии, подхода Характерологической креатологии, в изучении и преподавании экономики”. 15 мин.
5. Л. В. Махновская, психиатр, психотерапевт. “Самопознание, как неотъемлемый компонент клинической классической психотерапии”. 15 мин.

Клиническая психотерапия в психосоциальной реабилитации коморбидных пациентов.

Н. Л. Зуйкова²

Как следует из определения ВОЗ (2001): “Психосоциальная реабилитация (ПСР) — это процесс, который дает возможность людям с ослабленным здоровьем или инвалидам в результате психических

расстройств достичь своего оптимального уровня независимого функционирования в обществе”. В работе с коморбидными пациентами мы понимаем ПСР, как клиничко-психотерапевтический процесс, в который включены пациент, его близкие и персонал, который открывает страдающим психическими расстройствами, сочетанными с синдромом зависимости от ПАВ, возможность удерживаться в рамках поведенческой нормы и трезвости, более самостоятельно функционировать, сохраняя приверженность лечебным программам и социально-семейному статусу, а их близким и родственникам — адаптироваться к жизни и грамотному взаимодействию с больным членом семьи. Задачей является и создание стабильной терапевтической среды, в которой важную роль играет персонал, которому также необходимо уделять внимание и создавать условия повышения компетентности, ресурсности, значимости. Мы следуем “сути реабилитации” психически больных по М. М. Кабанову (1926 – 2013 г.г.), одному из основателей отечественной ПСР : ресоциализация пациентов, восстановление (сохранение) их индивидуальной и общественной ценности, личного и социального статуса. Отталкиваемся мы и от принципов основателя Московской школы ПСР Мелехова Д. Е.(1899 – 1979 г.г.): “... рассматривать человека как целое, во всей полноте его физических, психических и духовных проявлений, как духовной личности”. Вслед за метрами, мы убеждаемся, что уделение особого внимание духовности способствует стремлению пациентов к добру и благородству, к посильной общественной пользе, к наполненной более осознанным смыслом жизни; способствует формированию больными иного образа жизни, принципиально отличающегося от деструктивного прежнего. Руководствуясь клиническим подходом, учитываем, что это все-таки тяжелые душевнобольные, равнодушные к психотерапии (Бурно М. Е., Мухаметзянова Г. Р., 2015), и лечить их должны психиатры, которым надо помочь лучше разбираться в них и создать условия для проведения лечебно-реабилитационного процесса совместно с наркологами и психотерапевтами. Поскольку здесь многое зависит от душевного состояния и трезвости, то необходимо разработанное лечение и реабилитация таких больных, включающие и биологическое лечение (в том числе наркологическое), и психотерапевтическое воз-

¹ Начало см. в НПЖ 2019, 1, 61 – 68.

² К.м.н., доцент; зав. каф. Психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии ФНПО МИ РУДН; председатель правления МОП-объединения; сертифицированный в Европе Трансактный аналитик и тренер; действительный член ППЛ.

действие. Именно клиническая психотерапия представляется важнейшей частью процесса лечения и реабилитации данных больных, т.к. она органично вплетается в биологическую терапию. Это психотерапия, вышедшая из клинической психиатрии “на основе клинко-реалистического мироощущения, отгалкивающаяся от клинической картины, от особенностей природно-душевного склада больного, от физиологических закономерностей, дифференциальной диагностики и продуманной системы показаний-противопоказаний” (Бурно М. Е., 2001). При этом, современный клинический психотерапевт, желая увеличить эффективность своей работы, выходит за рамки медицинской модели с целью заимствования новых подходов, в том числе и психологических. Так и в нашем варианте, применяется интеграция таких методов, как психообразование, элементы ТТС по М. Бурно (Терапия Творчеством) и Трансактный Анализ (ТА). Как видим, указанным пациентам возможно данными способами клинко-психотерапевтической реабилитации существенно краткосрочно помочь осознать свое достаточно печальное положение в жизни, сформировать желание улучшить его, обрести стойкую трезвость, творческое вдохновение со своим, сообразным своим особенностям смыслом и оживлением, заинтересованностью к жизни, к людям, к природе, искусству, с желанием ладить с людьми и быть по возможности общественно полезными.

Суть психообразования заключается в обучении пациентов элементам психиатрии и наркологии для того, что бы они понимали, что с ними происходит; с доверием и уважением относились к специалистам и лекарственному лечению. Этот метод позволяет пациенту стать самому себе немного психиатром-наркологом в отношении лекарств и своих расстройств, дабы дать врачу лечить себя и не отказываться от лечения в больнице, если понадобится.

Суть ТТС по М. Бурно — помочь пациентам понять свои характерологические особенности и творческие способности. Из самого главного здесь — особый интимный эмоциональный контакт с врачом, способным к этому (Я. Клези, С. И. Консторум) и стремление пациентов вместе с подобными себе оживляться в творчестве и во взаимодействии друг с другом. Это поиск себя, способствующий единству “я”. Уже один поиск себя целебен, дает хотя бы слабый свет вдохновения жить иначе. “Творческий” — означает поиск всюду, познание своих природных особенностей для обретения своей неповторимой жизненной дороги, в том числе и лечения (Бурно М. Е., 2010).

Применение ТА (Трансактный Анализ Э. Берна; 1910 – 1970) также повышает психологическую грамотность и через обучение конкретным навыкам в группе и индивидуально позволяет получить конструктивный опыт коммуникации с людьми, в том числе с врачами, с персоналом, с близкими. Паци-

енты получают позитивный опыт взаимодействия с психотерапевтом, когда начинают ощущать себя принимаемыми, правильно понимаемыми. Они видят и становятся способными ценить искреннее сочувствие и намерение специалистов сотрудничать с ними, дабы они справлялись и с тягостным состоянием, и с тяготами жизни. В структуре личности увеличивается ресурс “взрослости”, а значит ответственности и более устойчивой негативной позиции к злоупотреблениям ПАВ. Мы применяем ТА, понимая важную роль характера эмоциональных коммуникаций с ближайшим окружением и с семьей. Исследования показали, что высокий уровень негативных эмоций в семье, чрезмерно критический и враждебный настрой по отношению к больному резко ухудшают течение заболевания. У этих больных особенно часто отмечается дефицит социальной поддержки, когда они в ней нуждаются (Т. S. Brugha, 1995).

Таким образом, объединенные в единую модель, клинически преломленные методики выполняют роль социально-рациональной психотерапии, позволяющей пациентам лучше приспособиться к социуму, к лечению; активизировать и развивать нормативную часть в себе, противостоящую аддиктивной.

Работа с родственниками и персоналом также предполагает включение подобных знаний и умений, что позволяет сохранять и развивать личностный ресурс, уменьшать стигматизацию и повышать качество жизни. Повышает шансы всех участников процесса не чувствовать себя беспомощными в этой, одной из самых проблемных областей психиатрии.

Живопись и творческая фотография — особенности этих видов творчества в сравнении: материалы для занятия в группе ТТСБ

Ю. В. Позднякова³

Можно провести в группе Терапии творческим самовыражением М. Е. Бурно такое занятие, которое помогло бы людям с расстройствами настроения почувствовать, какое творчество им хотелось бы попробовать, или с каким творчеством хочется больше общаться, что сильнее возвращает к себе: живопись или творческая фотография. То есть предложить сравнить эти два вида творчества.

Занятие ставит вопрос: что мне ближе — живопись или творческая фотография, в которой, известно, также возможно выразить свое настроение, свое отношение, свою индивидуальность? В чем мне было бы легче себя выразить? И в чем сила, ценность того и другого вида творчества?

³ Художник, педагог детского отделения Московского НИИ психиатрии — филиала ФГБУ “НМИЦ ПН им. В. П. Сербского”.

Для обсуждения в группе возьмем двух творцов, похожих характером, сюжетами, чтобы легче было сравнивать. Например, фотохудожник Сергей Александрович Лобовиков (1870 – 1941), и художник, близкий к передвижникам, примерно того же времени, Василий Максимович Максимов (1844 – 1911). Сергей Александрович Лобовиков — вятский фотохудожник, выдающийся фотограф своего времени. Лобовиков нашел свою тему, то, что его, видимо, волновало больше всего: это крестьянская жизнь, жизнь деревни. “Я — фотограф мужицкий. Мой объект любимый — мужик. Быт его меня интересует со всех сторон... Я люблю русскую природу, люблю деревню с ее обитателями. Я хочу передать характерное русское”. “Мне всегда, когда я отображаю быт, хочется переживать все, что переживает объект моей работы. Хочется войти в его психологию, понять его так, как есть, передать правдиво, глубоко, понять его душу, лирически прочувствовать”. “Бедность, лишения, тяжесть крестьянской жизни в самой неприкосновенности, без всякой прикрасы и без всякого преувеличения”. “Мне хотелось быть нужным для общества... Мне хотелось трудиться, мне хотелось жить для других”. Когда пришло признание, написал: “Жизнь и труд мои, значит, все же не бесполезны; теперь я имею право на жизнь и называться человеком”. Это говорит о нем как о человеке дефензивном. И сам характер его творчества, наполненного теплым сочувствием, жалостливостью к людским лишениям, страданиям, может быть размышлением о судьбе русского народа, рисует личность глубоко дефензивную с преобладанием в характере астеничности.

Художник Василий Максимов — из крестьянской семьи, и тоже рано осиротел. Стремился быть живописцем. Поступил в Академию художеств и сразу проявил себя как талантливый ученик своим автопортретом. В учебе шел одним из первых. Ему прочли золотую медаль и награждали поездкой в Европу на шесть лет, как было принято, чтобы, усовершенствовавсь там, вернуться достойным звания профессора живописи. Но он неожиданно отказался и от конкурса, и от поездки. Покинул стены Академии и отправился в деревню. Писал потом в автобиографии: “На чужбине легко... потерять свежесть чувства любви к родине. Какой я ценитель иностранных городов, когда не видел своих, а по возвращении, пожалуй, своего-то не сумеешь понять и оценить, набравшись чужого духа...” С деревней, за которую болела душа, связана его жизнь. И тоже в картинах — сочувствие, боль за простых людей, проникновение в психологию людей, щемящее чувство сострадания.

О своей живописи говорил: “Беда моя, что я трушу соврать перед жизнью”. Скорее, именно живопись помогает понять Максимова как астенического человека. Оба они, конечно, реалисты. И очень похожи. Хрупкие, ранимые астеники.

Если обобщать, то мы видим, что художник может выразить свою индивидуальность гораздо сильнее. Он не скован объективом. Максимов реалист, но какими бы ни были живыми люди в его картинах — он их создал, они все немного он сам. Мир самой реалистической картины — не реальный мир, он очень индивидуален в сравнении с фотографией. Картина как бы отделяется от непосредственной жизни и начинает жить своей жизнью. Там все — переживание автора. Все-таки фотография повторима, более повторима, чем живопись, даже у великого фотографа-художника. Но неповторимо другое — миг жизни, документальная правда, то, что со мной было, что я чувствовал в тот момент, когда снимал, или не чувствовал, но видел это, был там, или мои родители были там, или фотохудожник был в этом месте, тогда, в то далекое время — и вот именно так все было.

Думаешь о жизни, когда смотришь фотографию. Можно всматриваться в детали жизни, может быть кто-то сильнее чувствует жизнь, подробнее, благодаря фотографии, через нее. А через живопись — другое. Переживание сильнее чувствуется. Страдание. Оно там заострено. Автопортрет художника. Особый почерк автора, который ни с кем не спутаешь. В каждой детали автопортрет. У Максимова обычная тряпица, что висит где-нибудь около печки — застенчивая, нежная тряпица. Стопанные сапоги у кровати больного — как люди неловко ютятся. То же — чашки, горшки... А на фотографии все же стул есть стул — правда, документ, точный. И эта документальность привязывает к жизни, помогает вспомнить, например, события, или свои переживания, которые были в тот день, когда снимал. Художник никогда не сможет изобразить этой документальности. Даже такой аккуратный и педантичный, как Иван Шишкин.

Таким образом, мы предлагаем пациентам эти две изобразительные дороги. Пусть каждый прочувствует, что ему делать, что ему поможет, что сделает его крепче.

Проблема малопрогредиентной психопатоподобной шизофрении в современном обществе

Г. Н. Иванова⁴

Автор обращает внимание на актуальную проблему современной психиатрии. В связи с требованием добровольного обращения психически больных людей, из поля зрения психиатров выпадает большое их количество, не считающих себя больными, в том числе с малопрогредиентной психопатоподобной шизофренией. Такие пациенты с имеющимися у них расстройствами ассоциаций, настроения,

⁴ Врач-психотерапевт, Центр реабилитации “Волгоград” г. Волгоград.

воли, аутизмом, испытывают серьезные трудности в получении среднего и высшего образования, трудоустройстве, вообще способности трудиться. Нарушение поведения, часто непредсказуемо протестное, агрессивное, создает массу проблем, особенно близким. Одним из симптомов болезни признается ненависть к родителям, в большей степени к матери. Со стороны общества родственники больных встречают осуждение, критику в неправильном воспитании ребенка, подростка. А он из-за сложности социальной адаптации часто попадает в криминальную среду, рискует многим, нередко бывает по-настоящему опасным для родных, способным на убийство. Понятно, что проблема есть, она не осознается наукой, обществом и потому не имеет тенденции к решению. Фармацевты также не стремятся синтезировать новые препараты, реально помогающие психически больным с негативной симптоматикой, без тяжелых побочных эффектов.

Самопознание, как неотъемлемый компонент клинической классической психотерапии

Л. В. Махновская⁵

В докладе выделены и рассмотрены особенности познавательной, обучающей составляющей в структуре клинической психотерапии. Отмечено, что широко распространенный психообразовательный подход, не вписывается в поле клинической классической психотерапии. Психообразование (Psychoeducation), в его классическом понимании, является методикой психосоциальной реабилитации в психиатрии, нацеленной “на выработку у больных и их родственников комплайенса (осознанного соблюдения предписанного режима лечения), обучение распознаванию признаков начинающегося обострения, совладание (копинг) с остаточной психопатологической симптоматикой, улучшение адаптации пациента и его семьи, а также на управление болезнью” (Краснов В. Н., Гурович И. Я., Мосолов С. Н. и др. Психиатрическая помощь больным шизофренией: Клинич. руководство / Под ред. В. Н. Краснова, И. Я. Гуровича, С. Н. Мосолова, А. Б. Шмуклера. — 2-е изд. — М., 2007.). Это метод реабилитации, нацеленный в основном на пациентов, страдающих шизофренией, близких к психологическому тренингу определенных навыков, без учета нюансов клинической картины и личности пациента.

Клиническая классическая психотерапия — это направление психотерапии, в котором лечебная тактика определяется особенностями клинической картины и личностной почвы душевного расстройства. При этом методы и механизмы психотерапии могут

⁵ Психиатр, психотерапевт, доцент кафедры психотерапии и сексологии РМАНПО, Москва.

быть разнообразными (гипнотический, групповой, креативный и другие). Клиническая психотерапия руководствуется естественно-научными принципами общей клинической медицины, идущими от Гиппократа. Она неразделима с клинической психиатрией и зачастую, может сочетаться с лекарственным лечением. Для психотерапевта-клинициста “в клинической картине .. “записано”, как именно природа организма, души .. стихийно защищается .. от внешних и внутренних вредоносных воздействий”. “...Клинический психотерапевт, как и всякий клиницист, помогает стихийной природе защищаться совершеннее ..” (Бурно М. Е. О психиатрически-психотерапевтическом клиницизме. Психическое здоровье, 2017, с. 77.; Терапия творческим самовыражением (отечественный клинический психотерапевтический метод), 2012, с. 426). Основные принципы клинической психотерапии заложены в работах Эрнста Кречмера (Медицинская психология. Пер. с нем. М.: Жизнь и Знание, 1927; Psychotherapeutische Studien. Stuttgart: Thieme, 1949) и Семена Исидоровича Консторума (Опыт практической психотерапии. Издание 3-е. М.: Медицинская книга, 2010. Психотерапия шизофрении // Проблемы пограничной психиатрии (Клиника и трудоспособность) / под ред. Т. А. Гейгера. — М. — Л.: Биомедгиз, 1935. — С. 287 – 309.).

В клинической психотерапии, исходя из ее сути, познавательный, обучающий компонент естественным образом вплетается в лечебный процесс и преломляется через призму индивидуально-личностных особенностей пациента. Этот компонент воплощается в форме самопознания пациента под руководством психотерапевта. Необходимость изучить в тонкостях природные закономерности формирования психологической защиты, которые заложены в самих проявлениях болезни, а через это и определить психотерапевтическую тактику, приводит к совместному взаимодействию психотерапевта и пациента. Например, психотерапевт во время беседы лечебно-диагностическими уточняющими вопросами дает возможность пациенту сформулировать и прояснить для себя что-то важное, ценное, узнать себя глубже.

По словам С. И. Консторума, перед психотерапевтом стоит сложная клиническая задача, которую можно обозначить, как “психотерапевтически-диагностическую, причем нередко оба компонента — диагностический и терапевтический — совпадают...”. При сборе анамнеза, как пишет С. И. Консторум, “глубокое изучение прошлого больного неизбежно перерастает в психагогическую работу, в разъяснение и развенчание”.

Процесс самопознания в клинической психотерапии имеет определенную направленность, вектор, — “от повторимого к неповторимому” (Бурно М. Е. “Психотерапия”, 2018, № 6, с. 2). От изучения, описанных в литературе поддающихся классификации проявлений душевного расстройства, структуры ха-

рактера, — к осознанию своей уникальной личностной неповторимости.

Условно можно выделить две составляющие, две ступени процесса самопознания в клинической психотерапии. На первой ступени посредством приемов рациональной, клинико-аналитической психотерапии проводится совместный с пациентом анализ особенностей, тонкостей клинической картины душевного расстройства, тягостных переживаний, телесных ощущений пациента в их взаимосвязи со свойствами его душевного склада, характера; психотерапевт разъясняет их природную защитно-приспособительную сущность. Например, при депрессивном расстройстве мы разъясняем пациенту субъективность его восприятия мира и самого себя в депрессии. При паническом расстройстве разъясняем подробно принципы работы вегетативной нервной системы, филогенетическую связь тревоги, страха с вегетативными дисфункциями. При контрастных навязчивостях разъясняем их суть, заключающуюся в мучительном, нелепом противоречии содержания навязчивости с нравственными установками пациента. Подобное разъяснение уже само по себе значительно облегчает состояние пациента. Основоположник рациональной психотерапии, Поль Дюбуа пишет об ее сути следующее: мои больные “говорят мне: вы разъяснили мне, что во мне происходит, каким путём я заболел и каким образом могу вылечиться. .. В этом весь секрет рациональной психотерапии. Объясняйте терпеливо и кротко, сообразуясь с умственным уровнем собеседника; заставьте его понять, укрепляйте его логику, чтобы он, наконец, был бы в состоянии найти путь к истине” (Дюбуа П. Психоневрозы и их психическое лечение. СПб, 1912, сс. 263 – 264.)

В качестве примера клинико-аналитической психотерапии в докладе приводятся принципы беседы с пациентами, страдающими шизотипическим расстройством с хронической деперсонализацией.

На условно выделенной второй ступени самопознания, происходит постепенное в процессе психотерапии осознание пациентом своей уникальной личностной неповторимости (включая и болезненные переживания). Этот этап осуществляется с применением творческих методик и сопровождается активизацией креативных целебных психотерапевтических механизмов.

В клинической психотерапии мы применяем метод Терапии творческим самовыражением, разработанный профессором М. Е. Бурно, в котором изучение своего характера и сути своего болезненного состояния происходит в процессе разнообразного творчества. (Метод особенно эффективен у сомневающимися дефензивных пациентов, у которых, как правило, природой заложены личностная сложность со стремлением разобраться в себе).

Именно в творческом процессе, как мы знаем, наиболее полно выражается уникальное своеобразие

личности, когда “Я” пациента начинает звучать в полноту своего “природного голоса”. Происходит душевный подъем, сопровождаемый чувством вдохновения, а проявления болезни смягчаются. Приходит в действие креативный психотерапевтический механизм. Пациент со временем обучается творческим приемам самопомощи и творческому стилю жизни, что способствует формированию так называемой, личностной экзистенциальной ремиссии, даже при наличии хронической душевной болезни. В том смысле, как это сформулировал российский психиатр Д. Мелехов: “Человек может быть душевно болен, но духовно здоров”.

**Заключительное слово
председателя 2-ого отделения
Б. А. Воскресенского**

Подытоживая второе отделение, хочу отметить наиболее значимые, по моему мнению, аспекты заслушанных докладов.

Размышления Юлии Валерьевны Поздняковой на тему “Живопись и творческая фотография — особенности этих видов творчества в сравнении: материалы для занятия в группах ТТСБ” продемонстрировали — на материале конкретной психотерапевтической практики — что познание, понимание, а затем и овладение-управление своими характерологическими особенностями становится более успешным через художественно-научное изучение специально подобранного иконографического материала. Не это ли имели ввиду известные и не очень мыслители прошлого, говоря о том, что Иван смотрится в Петра и познает себя самого, что человек стремится и может познать собственный мир в чужой душе? Преобладание портретных образов, пронизанных печалью тоже неудивительно, ибо “... во многой мудрости много печали” (Екк 1:18). Драматическое, трагическое переживание более рефлексивно, созидательно, творчески продуктивно, чем эйфорически-беззаботное, несмотря на то (вернее, благодаря тому), что оно “умножает скорбь” (там же).

Галина Николаевна Иванова представила проблему малопрогрессирующей психопатоподобной шизофрении в современном обществе. Эта форма психической патологии была, есть и останется наиболее “токсичным” яблоком раздора как во взаимоотношениях между обществом и психиатрами, так и в среде самих психиатров. И это неудивительно, постмодернизм, стирающий все и всяческие грани, границы, провозглашающий рядоположенность, точнее говоря, равноправие всего существующего по существу устраняет противопоставление нормы и патологии. С одной стороны (а, может быть, это один и тот же процесс), психическая патология становится — по внешним проявлениям — все более сходной с реалиями обыденной жизни: одинокие прохожие, “разговари-

вающие сами с собой” = по мобильному телефону, многообразные формы протестного поведения как проявления личностной свободы и мн. др. Отсюда — усложнение диагностического процесса, опасность гиподиагностики. С другой стороны, не следует забывать о реабилитационном потенциале диагноза психопатоподобной шизофрении в ситуациях с шизофренией психотической, ведь конечная цель врача — помощь больному, а не следование формальным установлениям.

Ксения Марковна Мижерова рассказала о несколько неожиданной для медицинской аудитории практике применения естественно-научной характеристики ...в изучении и преподавании экономики. Она показала, что коллизии, казалось бы, чисто материальные преломляются, преобразуются психикой человека, его характерологическими особенностями, и что они на микро- и макроуровне во многом определяют направления развития общества.

Клиническая психотерапия в психосоциальной реабилитации коморбидных пациентов — такова была тема доклада Надежды Леонидовны Зуйковой. Ей удалось убедительно показать, что этот комплекс мероприятий воздействует на (используем универсальную формулу) “здоровое среди больного”, что реабилитация, не включающая в себя трудотерапию,

неэффективна. Была представлена развернутая, поэтапная система всесторонних воздействий, возвращающая этот особый контингент больных в социум.

Людмила Васильевна Махновская понимает самопознание как неотъемлемый компонент клинической классической психотерапии. Действительно, психотерапевтический процесс всегда есть самопознание, самораскрытие (осуществляемое специалистом-психотерапевтом по творчески используемым правилам), есть усложнение самосознания пациента, что активизирует его творческие (в самом широком смысле) потенции, а, значит, помогает, позволяет ему в полной мере обрести себя.

Завершая заседание и всю конференцию, хочу подчеркнуть, что всякое общение, в том числе и лечебно-диагностическое, есть в определенной мере и обучение — окружающего мира и себя самого. В клинической психотерапии оба эти процесса направляются лечебными задачами, ограничиваются пределами компетенции психотерапевта-клинициста (психиатра, психолога).

От имени всех участников конференции — и докладчиков, и слушателей — хочу пожелать здоровья и новых научных творческих открытий основоположнику и многолетнему руководителю “Консторумских чтений” Марку Евгеньевичу Бурно.

**Секция ВПА по религии, духовности и психиатрии
Международный конгресс по духовности и психиатрии**

ДУХОВНОСТЬ, РЕЛИГИЯ И ПСИХИАТРИЯ

1 – 4 декабря 2019 г., Иерусалим, Израиль

www.rsp2019.org

XXIV-й Конгресс Европейской психиатрической ассоциации (ЕПА) *Варшава, Польша, 6 – 9 апреля 2019 г.*

С 6 по 9 апреля 2019 г. в Варшаве прошел очередной ежегодный Конгресс Европейской психиатрической ассоциации (XXVII-й Европейский конгресс психиатрии). В этом году мероприятия конгресса проходили под девизом “Психиатрия в переходный период — к новым моделям, целям и вызовам”. По данным организаторов, конгресс этого года установил новый рекорд в истории ЕПА по количеству зарегистрированных участников, в его работе приняли участие более 4300 делегатов из 88 стран. Приятно отметить, что количество участников конгресса из Российской Федерации в этом году также оказалось внушительным и составило 136 человек.

Традиционно Конгрессу предшествовал Форум ЕПА, посвященный вопросам внедрения по всей Европе комплексных стратегий по охране психического здоровья, основанных на фактических данных и ориентированных на права человека.

Несмотря на то, что проблемы психического здоровья представляют собой наибольшее бремя для системы здравоохранения в Европе, инвестиции в исследование этой проблемы недостаточны. В настоящее время подходят к завершению несколько проектов по расстановке приоритетов для исследований в области психического здоровья, в которые были вовлечены более 1000 ученых и других заинтересованных участников, включая пациентов, их близких, работников и организаторов здравоохранения, политиков и спонсоров. Результаты проектов позволят идентифицировать наиболее актуальные для исследований в области психического здоровья в Европе проблемы и перераспределить финансовые инвестиции. Было отмечено, что в настоящее время такая ревизия затрудняется разнообразием инструментов финансирования и отсутствием общей стратегии исследований в области психического здоровья со стороны Европейской комиссии и государств-членов Европейского союза.

Вторая часть Форума была посвящена проблеме соблюдения высоких стандартов и прав человека для достижения оказания качественной психиатрической помощи людям с психическими расстройствами. Было отмечено, что, несмотря на 12-летнюю историю существования юридического документа (UNCRPD — The United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities), декларирующего права и механизмы защиты для лиц с психическими расстрой-

ствами наравне с другими, по-прежнему встречаются стереотипы и злоупотребления биомедицинской моделью, направленные против людей с диагнозом психического расстройства. Прозвучало мнение, что правовых и политических подходов в этой ситуации недостаточно, а необходимо проведение большего количества диалогов между специалистами в области психического здоровья и людьми с психическими расстройствами, чтобы идти к достижению общих целей взаимоприемлемым путем. На пути к этому ЕПА и пациентская организация Глобальный Европейский Альянс по защите прав пациентов подписали Меморандум о взаимопонимании и сотрудничестве в соответствующих областях взаимного интереса.

3 основных дня работы Конгресса, как и в прежние годы, были насыщены пленарными лекциями, семинарами, дебатами, мастер-классами и постерными докладами.

Среди актуальных проблем психиатрии обсуждалась тема профилактики суицидального поведения. Было отмечено (J. J. Mann, Columbia University, USA), что предотвращению суицидов способствует в частности своевременное выявление суицидальных мыслей врачами общей практики, наличие у них навыка диагностики и лечения депрессивных расстройств. Наиболее эффективными в антисуицидальном отношении формами психотерапии по-прежнему признаются когнитивно-поведенческая терапия и диалектически поведенческая терапия, в то время как другие формы, ни изолированные, ни в сочетании с психофармакотерапией, не показывают доказательной эффективности. Психотропные лекарства, такие как соли лития, антипсихотические препараты нового поколения, обладающие свойствами стабилизаторов настроения, и антидепрессанты могут оказывать антисуицидальное воздействие. Перспективные новые подходы включают в себя инструменты скрининга и вмешательства на основе интернет технологий, а также применение препарата кетамин, обладающего выраженным антисуицидальным эффектом.

Большой интерес аудитории вызвала пленарная лекция “Беседа с вашими голосами может помочь: использование аватаров в лечении голосов, доставляющих дискомфорт” (P. Garety, King’s College London, United Kingdom). До недавнего времени широко признавалось, что “общение с голосами” не может помочь пациенту, и рекомендуемые нефармакологиче-

ские терапевтические стратегии не были направлены на обучение пациента прямому взаимодействию с голосами. Напротив, пациентов обучали отвлекаться, справляться с тревогой. Когнитивно-поведенческая терапия включала ряд стратегий, направленных на реструктурирование убеждений о власти и недоброжелательности голосов. Эти подходы, хотя и полезны, но имеют низкую/среднюю эффективность и требуют долгосрочной терапии. В последнее десятилетие появилась новая группа подходов, основанная на побуждении и обучении пациента взаимодействию со своими голосами. **Аватар-терапия** является одним из таких подходов. Кроме того, Аватар-терапия является частью цифровой революции в здравоохранении, поскольку она использует новые технологии, благодаря которым для работы создается цифровой объект (Аватар), которому присваивается голос, слышимый пациентом, а также создается лицо. Голос терапевта подвергается цифровой трансформации таким образом, чтобы озвучивать Аватар. Терапия представляет собой сеанс общения между носителем голоса, Аватаром и терапевтом. Говоря от лица Аватара, терапевт стремится изменить отношение пациента к голосу, который он слышит, стараясь уменьшить могущество и силу влияния голоса на пациента. Главная цель терапии состоит в том, чтобы уменьшить дистресс и частоту появления голосов. Докладчик отметила, что для более точной оценки степени эффективности метода и определения диапазона показаний для его применения, требуются дальнейшие исследования.

Традиционно большое внимание на конгрессах ЕПА привлекают дебаты, посвященные спорным вопросам современной психиатрии, например, необходимости использования принудительного лечения в психиатрической практике. Согласно данным крупнейшего европейского проспективного исследования результатов мер принуждения (принудительной госпитализации, мер физического стеснения, принудительной фармакотерапии, изоляции) в общепольничной психиатрии EUNOMIA (European Evaluation of Coercion in Psychiatry and Harmonisation of Best Clinical Practice): 1) Принудительные вмешательства являются медико-правовой и клинической реальностью в Европе, но масштабы их применения значительно различаются между странами, и взгляды пациентов на принудительную госпитализацию также значительно варьируют; 2) Возможно существование связи между степенью, в которой законодательство в области здравоохранения защищает права пациентов,

и степенью, в которой пациенты ретроспективно считают свою недобровольную госпитализацию уместной; 3) Пациенты, которых склонили/принудили к госпитализации, могут иметь худший прогноз, чем пациенты, госпитализированные недобровольно на законных основаниях; 4) Эффективное лечение продуктивных симптомов и улучшение общего функционирования пациентов может привести к снижению восприятия лечения, как принудительного; 5) Оценка опекунами пациентов принудительного стационарного лечения коррелирует с улучшением симптоматики пациентов. В то же время сторонники немедленной отмены мер принудительного характера в психиатрии говорят о необходимости развития альтернативных вмешательств и призывают государства “отказаться от любой практики, которая не в состоянии уважать права, волю и предпочтения всех людей на равных основаниях” и “предоставлять услуги по охране психического здоровья лицам с психическими заболеваниями или расстройствами на тех же основаниях, что и людям без психических расстройств, в том числе на основании свободного и информированного согласия”. Частота применения принудительного лечения между разными европейскими странами отличается в 20 – 30 раз, что может свидетельствовать о недопустимом произволе при его использовании. По мнению критиков недобровольного лечения, необходимо проводить дальнейшие исследования для разработки лечебных подходов “с акцентом на уважение воли и предпочтений человека”, направленных на вовлечение пациентов в лечение и позволяющих избежать принудительных вмешательств. Таким образом, вопрос о необходимости принудительного лечения в психиатрической практике является открытым. Многие аспекты использования таких вмешательств заслуживают более глубокого внимания в исследовательской и клинической практике.

7 апреля 2019 г. профессора Сильвану Гальдеризи (Silvana Galderisi, Италия), занимавшую пост президента ЕПА в течение предыдущих двух лет, сменил профессор Филипп Горвуд (Philip Gorwood, Франция), научными интересами которого являются генетические уязвимости при психических и аддиктивных расстройствах. Президентский мандат профессора Ф. Горвуда окончит свое действие 11 апреля 2021 г.

Следующий XXVIII-й Конгресс ЕПА пройдет в Мадриде с 28 по 31 марта 2020 г.

П. А. Понизовский

Международная конференция по внебольничной психиатрической помощи в Москве

14 – 18 и 24 мая главный психиатр Москвы проф. Г. П. Костюк организовал целую серию грандиозных мероприятий в связи со 125-летием больницы им. Н. А. Алексеева и 100-летием внебольничной психиатрической помощи в нашей стране, чему 16 мая была посвящена международная конференция, собравшая гостей из нескольких десятков стран и 6 именитых зарубежных докладчиков. Бросалось в глаза отсутствие руководства Центра им. В. П. Сербского, занявшего в отношении передачи врачам общей практики права выписывать рецепты на психотропные средства — тревожную проблему по своим последствиям — отрицательную позицию.

Вступительный доклад проф. **Г. П. Костюка** — прелюдия, по его словам, к специальному докладу на конгрессе ВПА в Лиссабоне — был посвящен не просто организации внебольничной психиатрической помощи, а совершенно четкой позиции, солидарной с “возобладавшей во всем мире” — **фундаментальной роли врачей общей практики**. В широком историческом контексте, со знанием дела, с любовью и вкусом к истории предмета, в частности, выдающейся роли труда Павла Якобия “Административная психиатрия” (1900), пионерской деятельности Льва Розенштейна и международного психогигиенического движения, проф. Костюк очертил собственную деятельность в Москве, городе, недавно с восемью, а сейчас по меньшей мере с 13 миллионами жителей — открытие психоневрологических диспансерных отделений в общих поликлиниках как преодоление прежней сегрегации и стигматизации в отношении лиц с психическими расстройствами. Открыто и успешно функционирует уже 5 таких отделений (обещано было 20!). Раньше в Москве было 16 психиатрических больниц, и они были переполнены, теперь их всего несколько, а переполненности нет. Больные хроники направляются в психоневрологические интернаты. Наряду со службой неотложной психиатрической помощи, работают психосоматические отделения, Центр расстройств речи и другие специализированные службы. Значительную роль сыграло внедрение новых внутримышечных пролонгов, действующих до 3 и даже 6 месяцев. Широкая панорама новаций психиатрической службы в Москве, обрисованная докладчиком, не затронула резкий контраст с положением дел за пределами Москвы, уже в Московской области. Не было услышано высказанное президентом НПА России в его приветственном слове пожелание свободных дискуссий как основного условия продвижения вперед. По обыкновению последних десятилетий программа не позволяла, да и не предусматривала ни вопросов к докладчикам, ни каких-либо дискуссий. Докладчик сообщил, что уже 1000 врачей общей практики обучаются психиатрии по программе, рассчитанной на 18 часов.

Экс-президент ВПА **Норман Сарториус** (Женева, Швейцария) в докладе “Психиатрия XXI века: старые и новые задачи” нарисовал широкую безотрадную панораму мирового общественного развития, когда в век информатики, урбанизации, технических успехов **господствует превращение всего, включая здоровье, — в товар**. Когда средний класс — хранитель морали — задавлен налогами, что определяет количество детей и их воспитание малограмотными нянями из числа эмигрантов. Когда приходится законодательно заставлять детей ухаживать за родителями. Это является унижительной позицией. Между тем, постарение населения привело к “эпидемии” соматических и психических заболеваний и даже к легализации эвтаназии в Голландии. Необходимо контролировать качество психиатрической помощи, особенно гериатрических больных. Деинституционализация привела к расцвету частной и альтернативной медицины, особенно геронтологической психиатрии. Только в этих учреждениях, по крайней мере, выслушивают больных, хотя за большую стоимость. **Недопустимо перебрасывать на врачей общей практики психотических больных. Среднего больного не существует.** Более 100 лет как осознано, что **главное — профилактика**, но до сих пор ежегодно рождается 10 млн. умственно отсталых из-за того, что женщины не получают в период беременности препаратов железа. **Критерием развития общества является уровень поддержания его наиболее слабых членов.**

Г. Торникрофт (Лондон, Великобритания) в докладе “Развитие амбулаторных психиатрических служб” представил результаты сокращения числа коек и расходов в самом благополучном свете: 75 % больных ее одобряют, но подчеркнул, что **реформу нельзя форсировать, а следует проводить постепенно**, необходимо объединение стационарной и амбулаторной помощи. На первом этапе необходим харизматический лидер, на втором — пресечение коррупции.

Х. Качник (Вена, Австрия). (Доклад “Проблемы имплементации и оптимизации амбулаторной психиатрической помощи в разных системах здравоохранения”). Только во Франции, Германии и Австрии не было бюджетного финансирования психиатрии. Император Иосиф II — либерал на троне — закрыл в Австрии монастыри и треть из них передал психиатрическим больницам. Но даже построенная выдающимся архитектором Отто Вагнером по павильонному принципу известная больница Штайнгоф была закрыта, так как **“громких психиатрических больниц не должно существовать”**.

Экс-президент (2 срока) Европейской психиатрической ассоциации **В. Гебель** (Дюссельдорф, Германия) (доклад “Управление качеством психиатрической помощи”). **Качество оказываемой психиатрической помощи (ее безопасность и эффективность)**

оценивается на уровне каждой отдельной страны: насколько скоординированы действия правительства, все ли оно делает для соответствия требованиям пациента и даже больше, чем он желает. **Необходим разработанный инструментарий для определения этого качества управления ресурсами и условиями реализации в виде единого цикла.** Индикаторами качества является система многомерных характеристик: непрерывность, координированность, набор необходимых служб и т.д. Популяционный подход дает возможность оценить доступность психиатрической помощи и соблюдения прав человека, что определяет и качество этой помощи. Необходимы сравнительные результаты и их доказательность. Наряду с европейским планом действий политики психического здоровья, Германия, Австрия и Новая Зеландия разработали инструментарий показателей качества.

С. Приб (Лондон, Великобритания) в докладе “Амбулаторная психиатрия — чему мы можем по-

учиться у разных стран?” поделился опытом ухода на дому в Шотландии и подчеркнул, что разнообразие опыта многих стран показывает **ошибочность центрации организации психиатрической помощи самой по себе, так как все намного сложнее и зависит от конкретного контекста каждой страны**, и предостерег от несбыточных ожиданий. Наилучшим образом психиатрическая помощь налажена на Мальте.

Н. Бойс (Лондон, Великобритания) в докладе “Анализ трансформации психиатрических служб по публикациям в журнале Ланцет с 1820-х годов до наших дней” напомнил, что в 1964 г. в СССР было больше психиатров и меньше коек для больных чем в США. Опыт Южной Африки, где переход со стационарной на амбулаторную помощь привел к гибели более 100 больных, показал, что **сокращение больниц следует проводить очень осторожно.**

Юбилейная конференция к 75-летию Научного центра психического здоровья

Юбилейная конференция, посвященная 75-летию НЦПЗ РАН, прошла в теплой дружеской обстановке встречи сотрудников Центра, к сожалению, далеко не всех. Наше упоминание некоторых из них — А. К. Ануфриева, Н. Г. Шумского, И. П. Шахматовой-Павловой, В. А. Файвишевского, А. И. Ойфы, В. М. Гиндилиса — вызвало живой отклик. Конференция ознаменовалась открытием памятной доски в честь первого директора Центра В. А. Гиляровского, а также музея с его мемориальной мебелью. Оригинальной новацией стала киноистория Центра, открывшая юбилейную конференцию. Ее научная часть была посвящена двум наиболее актуальным в наше время проблемам психиатрии — болезни Альцгеймера, особенно ее додементным формам, и шизофрении, ее упрощенному изложению в DSM-V и ее крайним формам. Последний живой классик академик А. Б. Смулевич говорил о таких тонкостях, которые вряд ли по плечу рядовому психиатру, а для врачей общей практики и семейных врачей — тем более. Этот парадокс — передача значительно более сложных для диагностики всевозможных мягких, редуцированных, маскированных, латентных форм в руки наименее компетентных врачей — еще сыграет злую шутку. В шуточной форме А. Б. прошелся по борьбе с вялотекущей шизофренией. Значительное внимание было уделено проблеме лечения, причем соседствовали доклады с противоположными данными относительно успешности лечения болезни Альцгеймера, что можно отнести за счет широкого и узкого ее понимания. Нельзя не выделить также доклада по детской психиатрии с биологической объективизацией аутизма, что позволяет, опираясь на систему биомаркеров, дифференцировано диагностировать глубину и обра-

тимность расстройств в динамике и следить за эффективностью терапии.

Сборнику материалов конференции, представлявшему многогранную деятельность НЦПЗ, его многочисленных отделов и лабораторий, не хватало обобщающей вступительной работы, необходимой, несмотря на вынесение всей исторической и обобщающей тематики в отдельный, прекрасно иллюстрированный том, содержащий высоко информативные статьи об истории Центра, работе его научных отделов, лабораторий и клиник, образовательной деятельности и сведений о всех директорах и ведущих сотрудниках Центра с редкой иконографией. При всей его познавательной ценности нельзя не повторить, что развернутая история любого института, как и любого советского учреждения, неизбежно была полна драматизма, умалчивать о котором, подменяя глянцевым лубком, значит снижать все заслуги и достижения. Постоянные чистки, голод, антисемитская кампания 1948 – 1953 гг., погромные ВАСХНИЛ’овская и Павловские сессии, непрерывный поток доносов, о котором мне рассказывал Юрий Федорович Поляков, вынужденный разбирать их, и мн.др. — реальный контекст советской эпохи, которая серьезно препятствовала работе. Исключением является текст Г. П. Пантелеевой о А. В. Снежневском, который, благодаря своей горячей пристрастности, позволяет заглянуть за юбилейный занавес.

Провозглашение в качестве первой из пяти миссий НЦПЗ — “сохранение и укрепление психического здоровья человека”, если не будет простым украшением или чем-то очень узко понятым, накладывает высокую ответственность, неизбежно оказываясь в контексте, который драматичен не менее прежнего.

Полицейская позиция Минздрава превзошла ФСИН и МВД

С 2008 г. в России действует Федеральный закон «Об общественном контроле за обеспечением прав человека в местах принудительного содержания», однако до 2018 г. в список мест принудительного содержания не были включены психиатрические больницы, осуществляющие принудительное лечение. Многочисленные обращения правозащитных организаций, в том числе НПА России, наконец, увенчались успехом, и в июле 2018 г. Федеральный закон № 203-ФЗ внес дополнения, дающие членам общественных наблюдательных комиссий (ОНК) право посещать психиатрические больницы, причем не только те, которые осуществляют принудительное лечение в связи с совершенным уголовно наказуемым деянием, но и те, в которых проходят лечение граждане, поступившие в порядке недобровольной госпитализации, а также экспертные учреждения. Члены ОНК также получили право контролировать обеспечение прав человека при недобровольном освидетельствовании, что предполагает контроль за работой психоневрологических диспансеров.

Мы с воодушевлением восприняли эти поправки, однако сразу отметили, что у членов ОНК нет опыта посещения таких мест, многие из них отличаются антипсихиатрической настроенностью, и без специальной подготовки эти посещения могут привести к дезорганизации работы медицинского учреждения. Дважды мы подавали заявку в программу президентских грантов о проведении цикла семинаров для обучения членов ОНК основам контроля за обеспечением прав человека в психиатрических стационарах и экспертных учреждениях, и оба раза получали отказ. Вероятно, эксперты программы не видят необходимости в такого рода обучении или ждут, когда его проведут сами сотрудники проверяемых учреждений. Это российское ноу-хау: представители ФСИН и МВД проводят занятия для членов ОНК по основам контроля подведомственных им учреждений¹. Еще одно ноу-хау: вручение руководством ФСИН благодарственных писем и грамот «лучшим независимым наблюдателям». Понятно, что те, кто действительно выявляет нарушения прав человека в пенитенциарной системе, благодарностей не получают, в отношении них используется другое средство воздействия — возбуждение уголовных дел за клевету на сотрудников ведомства.

В сложившейся ситуации НПА России продолжает искать средства на организацию обучения членов

¹ Полная аналогия с тем, что директор ПНИ является для гражданина, признанного недееспособным, одновременно и поставщиком социальных услуг и, как опекун, законным представителем получателя. Этот очевидный конфликт интересов до сих пор не разрешен российским законодателем.

ОНК и следит за тем, как развиваются события в этой области. Контроль за соблюдением прав людей с психическими расстройствами в местах принудительного содержания (а психиатрические больницы квалифицируются Европейской конвенцией о правах человека как места лишения свободы) является одной из приоритетных тем нашей деятельности, поскольку люди с психическими расстройствами — одна из самых уязвимых категорий населения и применение в отношении них принудительных мер медицинского характера должно быть под специальным контролем государства и гражданского общества.

В соответствии с принятыми поправками, Минздрав России должен утвердить своим приказом «Порядок посещения членами общественной наблюдательной комиссии медицинских организаций, оказывающих психиатрическую помощь в стационарных условиях, общего типа и специализированного типа и порядок кино-, фото- и видеосъемки лиц, находящихся в медицинских организациях, оказывающих психиатрическую помощь в стационарных условиях, общего типа и специализированного типа». Такой же документ должен быть принят в отношении стационаров специализированного типа с интенсивным наблюдением, однако он должен быть согласован с Федеральной службой исполнения наказания, поскольку именно она осуществляет охрану этих учреждений. 26 марта 2019 г. Минздрав опубликовал проект Порядка посещения членами ОНК психиатрических стационаров общего и специализированного типа, в котором резко ограничены права членов ОНК по контролю психиатрических учреждений. Анализ документа показывает, что Минздрав является более закрытой и не готовой к общественному контролю структурой, чем ФСИН и МВД.

В соответствии с законом, члены ОНК должны извещать о своем посещении руководителя органа исполнительной власти, в ведении которого находится проверяемое учреждение, однако сроки такого уведомления в законе не указываются, и в настоящее время сложилась практика, когда члены ОНК посылают извещение непосредственно накануне посещения, порой за 15 – 20 минут, обеспечивая таким образом внезапность проверки и повышая эффективность контроля. Минздрав в своем Порядке предлагает членам ОНК посылать извещение не менее, чем за три рабочих дня (!) до предполагаемой даты посещения. Кроме того, в Порядке сказано, что члены ОНК могут реализовать свои полномочия исключительно «с учетом состояния здоровья лиц, находящихся в медицинской организации». При этом понятно, что оценку состояния здоровья этих лиц будут проводить врачи проверяемой организации, и они же будут решать, могут ли члены ОНК беседовать с находящимися там лицами,

получать согласие на знакомство с их медицинской документацией, осуществлять фото- и аудиозаписи. Но и этого оказалось недостаточно. Так, Минздрав полагает, что беседы с пациентами возможны только “при наличии письменного согласия лиц, находящихся в медицинской организации, или их законных представителей”. Положения Закона о психиатрической помощи, которые должны распространяться на пациентов всех психиатрических стационаров, в том числе осуществляющих принудительное лечение, при этом не учитываются. Понятные ограничения на кино-, фото- и видеосъемку в целях фиксации нарушения прав лиц, находящихся в медицинской организации, в виде наличия письменного согласия этих лиц или их законных представителей, дополняются уточнением “если это не влияет на состояние здоровья лиц, находящихся в медицинской организации”. Сведения об изменении состояния здоровья пациентов, с которыми беседовали или которых фотографировали члены ОНК, вносятся в медицинскую документацию и впоследствии могут послужить основанием для отказа в общении. Но и этого показалось мало. “Полученные в ходе осуществления кино-, фото- и видеосъемки матери-

лы рассматриваются руководителем (уполномоченным заместителем руководителя) медицинской организации совместно с членами комиссии. Необходимые материалы по просьбе руководителя (уполномоченного заместителя руководителя) медицинской организации копируются и передаются членами комиссии в течение трех рабочих дней на электронном носителе”. А это зачем? Чтобы обвинить потом членов ОНК в некорректном поведении?

У правозащитников много других замечаний к предлагаемому Минздравом Порядку. Они были озвучены 22 мая 2019 г. на круглом столе, организованном Комиссией по безопасности и взаимодействию с общественными наблюдательными комиссиями Общественной палаты РФ. Поскольку присутствовавшие на круглом столе представители Минздрава оказались не готовы к диалогу, было решено создать рабочую группу с участием представителей ОНК и правозащитного сообщества для подготовки нового варианта Порядка посещения членами ОНК психиатрических учреждений общего и специализированного типа. В группу войдет и представитель НПА России.

Л. Н. Виноградова

Использование наркологии в немедицинских целях

Использование психиатрии в немедицинских целях не только не исчезло — умножилось, но уже не в политических, а в меркантильных, бытовых целях, прежде всего, для отъёма жилья и сбережений. Масса мошенников, часто работающих бригадным полипрофессиональным методом (риелтер, юрист, психиатр, психолог, переговорщик и т.п.), нередко высокого уровня мастерства в своем деле, превращают его в выгодное мероприятие. Широко распространенным приемом стало использование наркологии органами правопорядка — полицейскими. Наиболее широкое распространение получили у них провокаторские методы: подбрасывание наркотиков, квазииндикаторы и заманивание людей с дозой руками принуждаемых к этому шантажом простых потребителей.

Согласно одному из основателей Диссернета Андрею Викторовичу Заякину применение специальных математических программ, позволивших обнаруживать плагиаторские диссертации, обслуживающие их диссертационные советы и журналы, фальсификации выборов, судебные решения, написанные под копирку и т.д., удалось показать, что за последние 10 лет по одному героину осуждено и отбывает срок около **40 тысяч человек** за минимальные дозы, но не крупных наркоторговцев.

Преступные группировки в структуре силовых ведомств, пользуясь служебным положением, совершают правонарушения, далеко превосходящие те, с которым призваны бороться. Достаточно вспомнить недавнюю историю с грандиозным грузом кокаина (400 кг!) в дипломатической почте из Южной Америки. Силовики распоясались до такой степени, что в июне этого года избили и подбросили наркотики известному журналисту Ивану Голунову за его расследование похоронного бизнеса. Только небывалый по масштабам солидарный активный протест журналистов со всей страны с международным резонансом сломил первоначальную установку властей, озвученную Песковым, и заставил снять все обвинения. Но все же не назвать имена заказчиков и исполнителей, а главное не осудить саму практику этого предельно наглого дела. Если внедрение агентов в террористические организации является эффективным методом борьбы с ними, то распространение этого метода на общественные правозащитные организации, не говоря уже о возобновлении зубатовщины, как в упорно продолжаемом деле “Нового величия”, является преступным. Сама власть расписалась в этом, расценив надпись “Я — Иван Голунов” на майках и плакатах как антиправительственную.

Письмо академика РАН Андрея Ивановича Воробьева

Президенту РФ В. В. Путину
Председателю Совета министров РФ Д. А. Медведеву

Почти треть всех заключенных в РФ осуждены и отбывают срок по “наркотическим статьям”. Сейчас, когда один из них — Иван Голунов — освобожден — время вспомнить об остальных и задать вопрос: кто еще мог быть незаконно арестован, был невинно осуждён, получил несопоставимое с виной наказание по этим статьям? Я старый человек и знаю, как много можно сделать — вот пример. В начале 2004 года был образован Независимый экспертно-правовой совет по проблемам злоупотребления психоактивными веществами (НЭСПАВ), я был (а поскольку Совет никто не упразднил, и остался) его председателем. НЭСПАВ разработал предложения, на основании которых 6 мая 2004 года премьер-министр Михаил Фрадков подписал Постановление № 231 “Об утверждении размеров средних разовых доз наркотических средств и психотропных веществ для целей статей

228, 228.1 и 229 Уголовного кодекса Российской Федерации”. Исчисление размера наркотических средств исходя из средних разовых доз потребления позволило уйти от существовавшего до этого карательного подхода. В результате деятельности НЭСПАВ наркополитика в стране изменилась и были пересмотрены все дела по “наркотическим статьям”. На свободу вышли и были декриминализованы 36 тысяч человек.

Дело Ивана Голунова вновь поставило вопрос о репрессивной наркополитике в РФ. Ответом должна стать радикальная реформа системы уголовного преследования за преступления, связанные с наркотиками и ПЕРЕСМОТР ВСЕХ УГОЛОВНЫХ ДЕЛ по статьям 228, 228.1 и 229 УК РФ.

Академик Андрей Воробьев

12.06.2019.

Важная традиция студенческих конференций — XXXIII Баженовские чтения

Вот уже около четырех лет кафедра психиатрии и медицинской психологии РНИМУ им. Н. И. Пирогова работает под руководством доктора медицинских наук Андрея Аркадьевича Шмиловича. Новый руководитель (воспитанник кафедры) и возглавляемый им коллектив стремятся сохранять и развивать дух клиницизма, атмосферу исследовательского поиска, взаимной поддержки и одновременно свободы творческого самовыражения — все те тактические и стратегические слагаемые, которые столь необходимы для любого научного (и научно-педагогического) коллектива.

Продолжением одной из устоявшихся традиций явились XXXIII Баженовские чтения — научная межвузовская студенческая конференция, прошедшая в апреле сего года. Задуманная как особая форма деятельности студенческого научного кружка, она вскоре приобрела городской масштаб, а в нынешнем году наряду с организаторами чтений и кружковцами из Сеченовского университета, МГМСУ им. А. И. Евдокимова и РУНД в ней приняли участие студенты Приволжского исследовательского медицинского университета (г. Нижний Новгород).

Прозвучали доклады, посвященные истории классификации психических расстройств, проблеме нормы психического здоровья, психогигиеническим аспектам дестигматизации, взаимоотношениям психиатрии и философии, роли личности врача в диагностическом

процессе и другим общественно значимым проблемам психиатрии. Каждый из докладов вызывал много глубоких и сложных вопросов, после ответов следовало живое обсуждение. Между участниками конференции завязывались контакты по интересам, выстраивались планы дальнейшего сотрудничества, некоторые материалы послужили материалом для публикаций.

Новой, но “набирающей стаж” традицией является ежегодно организуемая кафедрой конференция (нередко с международным участием), за которой закрепилось уже знакомое многим специалистам название “Университетская клиника психиатрии — союз науки и практики”. В мае этого года она прошла в четвертый раз. Прозвучавшие доклады отражали научные интересы сотрудников кафедры и гостей. Обсуждались проблемы диагностики шизотипического расстройства, суицидального поведения, органической патологии, преодоления терапевтической резистентности, показаний к отдельным методам психотерапии, особенности клинического подхода к душевнобольным-верующим. Сборник материалов конференции (обязательная составляющая этого мероприятия) включает несколько десятков публикаций.

Кафедра психиатрии и медицинской психологии РНИМУ им. Н. И. Пирогова приглашает всех желающих вносить вклад в поддержание и развитие этих традиций.

Б. А. Воскресенский

Новый состав ВАК

22 мая распоряжением Правительства утвержден очередной новый состав ВАК. В результате, из его состава оказались выведены участники борющегося с торговлей диссертациями сообщества “Диссернет”, выступавшие против придания научного статуса гомеопатии и несогласные со смешением науки с политикой, проявившемся в дискуссии о диссертации В. Р. Мединского. Этот факт ставит под угрозу всю систему научной аттестации в России. Были в очередной раз проигнорированы рекомендации Российской академии наук. Из почти 140 человек, рекомендован-

ных РАН, в состав ВАК включен только 21, причем только 6 из рекомендованных комиссией РАН по противодействию фальсификации научных исследований. Это очередной акт торжества чиновников над учеными. Между тем, качество диссертационных работ в стране продолжает падать. Необходим возврат контроля над ВАК научному сообществу. РАН должна полностью реорганизовать работу ВАК и в дальнейшем осуществлять интенсивный контроль над ней.

*“Троицкий вариант — наука”,
от 04.06.2019, стр. 15.*

Секция доказательной психиатрии

ЛЕТНЯЯ ШКОЛА ДЛЯ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

31 июля – 3 августа 2019 г., Фессалоники, Греция

www.psychiatry.gr

Ассоциация восстановления психического здоровья Всемирная психиатрическая ассоциация

УКРЕПЛЕНИЕ, ПРОФИЛАКТИКА, ЛЕЧЕНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИЯ

5 – 7 сентября 2019 г., Братислава, Словакия

www.integradz.sk

Грандиозная метафора неизбежности неожиданной катастрофы

Ханс Магнус Энциенсбергер «Гибель “Титаника”»



Ханс Магнус Энциенсбергер — самый значительный немецкий поэт второй половины XX века, продолжатель традиций гражданской лирики от Гейне до Брехта, долгое время сочетал политический и эстетический радикализм, кумир поколения 1968 г., писал во всех жанрах, переведен на 40 языков, в 1968 – 69 гг. жил на Кубе. Первый вариант «Гибели “Титаника”» был издан в 1969 г., во время его работы в поддержку кубинской революции. Но единственный экземпляр затерялся на пути в Европу, что перекликалось с главной темой поэмы. Окончательный текст, который он саркастически назвал «комедией», создан в 1977 г. в Берлине. Это и комедия в общепринятом смысле, так как в ее подоплеке — затухание революционных надежд 1960-х годов. Непотопляемый лайнер утонул за два года до начала Первой мировой войны и стал грандиозной мифологемой. В поэме 33 песни. Мы приводим несколько отрывков в переводе Святослава Городецкого (СПб., 2019). Это первый перевод поэмы на русский язык, спустя полвека после ее написания.

1.

Кто-то прислушивается. Ждет. Задерживает дыхание...
Скрежещет. Скребётся. Рвется.
Вот оно. Ледяной ногой,
царапающий дверь и застрявший...
Таким было начало.
Начало конца
всегда незаметно.

2.

...Только в самом низу, где всегда смекают быстрее,
спешно хватают узелки, детишек и бордовые
наперники. Средняя палуба
не владеет ни английским, ни немецким, но одно
схватывает на лету:
сперва спасут пассажиров первого класса,
и никогда молока, обуви и спасательных
шлюпок не хватит на всех.

3.

Тогда в Гаване с домов сыпалась
штукатурка, в порту недвижно стоял
гнилостный запах, пышно отцветала старина,
дефицит день и ночь страстно
глодал десятилетние планы, а я
писал «Гибель “Титаника”».
Не было ни обуви, ни игрушек,
ни лампочек, ни покоя,
ни тени покоя, и слухи
роились комарами. Тогда мы все думали:
Завтра будет лучше, а если не
завтра, то послезавтра. Ну да...
может, необязательно лучше,
но по-другому, совершенно по-другому,
в любом случае. Все будет иначе.
Прекрасное чувство. Помнится мне...
Казалось, есть куда стремиться,
есть что придумывать и открывать.
Мы и не знали, что пир давно окончен,
а остальным займутся
главы отделений Всемирного банка

и товарищи из госбезопасности,
правящие бал у нас и повсюду...

5.

Айсберг приближается к нам
неотвратно...

9.

Внутренняя безопасность

Я пытаюсь приподнять крышку,
логично, крышку
поверх своей коробки.
Это уже не гроб, нет,
а только упаковка, каюта,
одним словом, коробка.
Вы же прекрасно понимаете,
что такое *коробка*,
не притворяйтесь,
я имею в виду
совершенно обычную коробку,
не темнее ваших.
В общем, я хочу выбраться, стучу,
молочу по крышке,
кричу *Больше света*, хватаю
ртом воздух, логично,
колочу в люк. Хорошо.
Но он из соображений безопасности закрыт,
моя коробка не открывается,
сверху на ней предназначенная мне крышка,
весьма тяжелая из соображений безопасности
крышка,
поскольку речь идет
о контейнере, о долгом ящике,
о сейфе. Я не в силах.
Освобождение может состояться
только общими усилиями, логично.
Но из соображений безопасности я
в своей коробке совсем один,
в своей собственной коробке.
Каждому — свое!¹ Чтобы совместными усилиями
выбраться из коробки,
логично было бы
прежде выбраться
из собственной коробки, и это,
логично, касается всех.
Вот я и уперся в крышку
собственным затылком. Вперед!
Полоска света! О! Вне коробки
красота, широкие горизонты,
усеянные ящиками, канистрами,

¹ Здесь, вероятно, не только цитероновское “suum cuique” (“каждому свое, каждому по его заслугам”) — классический принцип справедливости; но и нацистское “Jedem das Seine” на воротах Бухенвальда.

в общем, коробками, а за ними
ярко катящиеся зеленые волны,
вздымающие водонепроницаемые чемоданы,
и надо всем этим невообразимо высокие облака
и воздух, всюду воздух!

Выпустите меня, кричу я,
ослабев, не придумав ничего лучше,
с обложенным языком, взмокнув от пота.
Перекреститься — не получится.
Даже помахать нельзя, руки несвободны.
Сжать их в кулаки — исключено.
Поэтому *Примите*, кричу я,
мои соболезнования — *увы мне!* —
мои собственные соболезнования,
и крышка с глухим стуком
снова накрывает меня
из соображения безопасности.

11.

Выпустите нас
Мы здесь задохнемся
Трюм со скотом качает
Шкаф ходит ходуном
Гроб клокочет
Мы боремся на лестницах
Барабаним в дерево
Ломимся в двери
Выпустите нас
Нас слишком много
Нас становится все больше и больше
чем дольше мы боремся
за клочок земли
за досточку и планочку
Мы слишком близки друг другу
чтобы выискивать вшей
кормить грудью или драться...
Нас невыносимо
много
Ногами раздавливаем мы
падающих
в мягкое месиво
Панический пудинг
разящий страхом
крысиным зловонием
Мы взмываем и тонем
покладистыми мешками

17.

Слабое утешение

Война всех против всех,
как заявили в известных кругах,
близких к Министерству внутренних дел,
скоро будет признана законной,
до последней капли крови.
Горячий привет от Гоббса.

Гражданская война с неравным оружием:
что одному налоговая декларация,
то другому
велосипедная цепь.

Отравителям и поджигателям
придется организовать профсоюз
для защиты рабочих мест.
До той поры у каждого свои
место заключения и приговор.
В твердой обложке из черного пластика
Кропоткин доступен для желающих:
“Взаимопомощь как фактор
эволюции”. Слабое утешение.
Мы с прискорбием узнали,
что справедливости нет,
и с еще большим прискорбием,
что, как нас заверили, потирая руки,
в известных кругах, ничего подобного
никогда не будет и не может быть...

24.

...Хотя макет спасательной шлюпки еще никого
не спасал, разница между спасательным жилетом
и словосочетанием “спасательный жилет”
такая же, как между жизнью и смертью:
Но застолье продолжается, текст
продолжается, чайки летят за кораблем
до самого конца. Хватит надеяться
на конец! Ко еще верит тому,
что надо этому верить?

Что-то непременно остается —
бутылки, доски, шезлонги, костыли,
сломанные мачты:
сплавной скарб,
воронка слов.
Песни, вранье, реликты — лом,
танцующий на воде, после нашего
исчезновения.

“Бегство в Египет”. Фландрия, 1521

Я вижу ребенка, играющего в пшенице,
не замечающего медведей.
Медведь обнимает или убивает крестьянина.
Он видит крестьянина,
но не видит ножа,
воткнутого ему в спину:
в спину медведя.
На холме напротив лежат останки
колесованного, однако идущий мимо
музыкант не замечает их...
Ничего не подозревая, с головой уйдя в свои дела,
как тот город ушел в свои
или как далеко-далеко
те синеющие города
расплываются в разных образах —
облаках, армиях и чудовищах,
я продолжаю жить. Иду дальше.
Я видел все это, кроме,
ножа, воткнутого мне в спину.

НЕКРОЛОГИ

Александр Сергеевич Тиганов

10.05.1931 – 04.05.2019



Академия понесла невосполнимую утрату. 4 марта 2019 года после тяжелой, продолжительной болезни на 88 году жизни скончался заведующий кафедрой психиатрии, Заслуженный деятель науки Российской Федерации, Академик РАН, доктор медицинских наук, профессор Тиганов Александр Сергеевич.

Александр Сергеевич Тиганов родился 10 мая 1931 года в п. Салтыковка Московской области. В 1954 году закончил 2-ой Московский медицинский институт им. И. В. Сталина.

С 1954 года профессиональная деятельность А. С. Тиганова неразрывно связана с Институтом усовершенствования врачей (ныне Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования), где он прошёл путь от клинического ординатора до заведующего кафедрой психиатрии, которую возглавил в октябре 1976 года. В период с 1973 по 1976 год А. С. Тиганов возглавлял терапевтический факультет ЦИУВ. В 1988 году А. С. Тиганов начал работу в ВНИЦ психического здоровья в должности директора НИИ клинической психиатрии, где работал до последнего времени в должности научного руководителя.

Талантливый педагог, учёный и организатор Александр Сергеевич Тиганов отдал все свои знания, способности и энергию почётному делу подготовки врачей страны.

Академик РАН А. С. Тиганов является автором и соавтором более 500 монографий, учебных пособий, справочников, методических рекомендаций, а также публикаций в отечественных и зарубежных научных журналах. Под его руководством защищено более 50 докторских и кандидатских диссертаций.

Академик РАН А. С. Тиганов вел большую общественную работу. Он являлся главным редактором журнала “Психиатрия”, членом ред-коллегии “Журнала неврологии и психиатрии”, экспертом ВОЗ по проблемам психического здоровья и последиplomного образования, членом Президиума общества наркологов и психиатров России.

Сотрудники Академии скорбят по поводу кончины Академика РАН А. С. Тиганова и выражают соболезнования его родным и близким.

Память о Александре Сергеевиче Тиганове — коллеге, друге, учителе, чутком, отзывчивом, любившем жизнь человеке — навсегда останется в наших сердцах.

* * *

Не только Академия, и даже не только отечественная психиатрия, а можно с полным основанием сказать, что все общество, причем не только имеющее какое-либо отношение к психиатрии, понесло невосполнимую утрату, так как с уходом академика А. С. Тиганова наша психиатрия лишилась той твердыни клиницизма, которую не размыли новомодные веяния и которая составляла надежную опору и особенность отечественной психиатрии в нынешний исторический момент господства совершенно других, далеких от академизма ценностей, эпохи релятивизма и конъюнктурности, предпочтения количества и внешнего антуража качеству и существу дела. Такой авторитетной фигуры на таком значимом посту как был Александр Сергеевич теперь нет.

Немаловажный для психиатра факт, что Александр Сергеевич родился в высоко культурной семье, чувствовавшей себя относительно свободно благодаря своему социальному положению: его дядя — генерал, начальник Военно-инженерной академии, а тетя Глафира Александровна была заместителем главного психиатра Москвы, заслуженным врачом РСФСР.

После окончания II Московского медицинского института в 1954 г., ординатуры и аспирантуры в Центральном институте усовершенствования (ЦИУ) врачей (1954 – 1960), работы младшим научным сотрудником в Московском НИИ психиатрии (1960 – 1961) и защиты кандидатской диссертации (1961), посвященной феб-

рильной шизофрении, он вернулся в ЦИУ (1961 – 1976) как ассистент, доцент, профессор кафедры, а с 1976 по 1988 гг. заведующий кафедрой. В 1988 г. он стал заместителем директора по науке Всесоюзного научного центра психического здоровья Академии меднаук СССР (ВНЦПЗ), и с этого же года до 1993 г. был директором НИИ клинической психиатрии — одного из трех составлявших ВНЦПЗ, а с 1993 г. директором всего Центра.

Александр Сергеевич был академиком РАН и РАМН, заслуженным деятелем науки, он продолжал и развивал традиции отечественной клинко-психопатологической школы в психиатрии. Еще студеном он слушал лекции В. А. Гиляровского и И. В. Давыдовского, его учителями были О. В. Кербинов и А. В. Снежневский, который в дарственной книге надписал ему — начинающему специалисту: “Будущему заведующему кафедрой психиатрии”, и он действительно заведовал кафедрой ЦИУ более 50 лет. А. С. внес выдающийся вклад в развитие теоретических основ классификации психических заболеваний, он организовал более 50 фундаментальных клинко-лабораторных исследований психических расстройств шизофренического и аффективного круга. Он редактор и автор монументального двухтомного руководства по психиатрии, вышедшего несколькими изданиями. За последние 10 лет, начиная с 77 летнего возраста (!), число его публикаций более чем удвоилось (с “более 220” до “более 500”), а число защищенных под его руководством кандидатских и докторских диссертаций возросло с 27 до “более 50”.

Александр Сергеевич был главным редактором журнала “Психиатрия” и более трети века членом редколлегии Журнала им. С. С. Корсакова, экспертом ВОЗ по пересмотру МКБ, членом Президиума РОП, председателем специализированного диссертационного совета РАМН, членом Ученого совета Минздрава, членом Экспертного совета ВАК, главным специалистом Управления по делам Президента РФ, консультантом Кремлёвской поликлиники и т.д. Он был награжден Орденом “Знак почета”, международной наградой “Хрустальный дракон” (2002), премией РАМН им. С. С. Корсакова (2004) и мн. др.

Александр Сергеевич показал достойный пример взаимодействия с НПА России. В марте 1990 г. он, совместно с проф. Б. Д. Шостаковичем и проф. В. Ф. Матвеевым, принял участие в первой в истории советской психиатрии совместной экспертизе Всесоюзного общества психиатров и НПА России (Ю. С. Савенко, В. М. Серпилин, Г. Н. Соцевич, Д. А. Черняховский) шахтера из Донецка, уволенного за разоблачение администрации шахты и в 1981 – 1987 гг. пять раз насильственно госпитализированного в психиатрические больницы с диагнозом “шизофрения”, где его активно лечили, признавался недееспособным, а в 1988 – 1990 гг. по собственному настоянию прошел еще 5 экспертиз: в институте им. В. М. Бехтерева и институте им. В. П. Сербского с диагнозом “паранойяльное развитие у резидуального органика”, в ВНЦПЗ — “шизофрения”, в клинике проф. Н. М. Жарикова

— “шизофрения” и только в НПА России — “психически здоров”. В результате 4-х часового разбирательства совместная комиссия единодушно решила: “признаков психического заболевания не обнаруживает, в диспансерном учете не нуждается”.

Вопреки нашей резкой критике деятельности Всесоюзного общества психиатров и попыткам его реанимации, Александр Сергеевич в 1997 г. охотно принял предложение НПА провести совместное с НЦПЗ и Департаментом здравоохранения Москвы (В. Н. Козырев) Первые чтения Н. П. Бруханского.

С тех пор я регулярно бывал у него, обсуждая различные профессиональные вопросы. Особое удовлетворение вызвало у меня его согласие относительно фундаментального для руководств по психиатрии и обучения ей положения, что изложение синдромологии должно предшествовать семиотике, что обеспечивает контекстуальность квалификации. В этом, в частности, обнаруживалось его адогматическое отношение к концепции А. В. Снежневского, ее творческое развитие. Приоритет клинко-психопатологического подхода, примат клиницизма, а это основа нашей профессии, объединяло наши усилия. С наибольшей полнотой это выразилось в нашей совместной работе, посвященной необходимости двухэтапной квалификации в МКБ-11, в соответствии с солидарными выступлениями на съезде психиатров России о необходимости, в любом случае, сохранить выдающиеся традиции отечественной психиатрии. Александр Сергеевич принял участие в наших открытых клинических разборах на базе Преображенской психиатрической больницы им. В. А. Гиляровского.

Выступления и лекции Александра Сергеевича отличались ясным четким спокойным изложением, достигавшим рельефности в своей нарочитой простоте, они значительно выделялись среди других полнотой и глубиной выделения клинически значимого.

Во всех выступлениях, в речи, в манере общения А. С. проявлялась его высокая культура, интеллигентность, независимый ум. Не случайно его основным увлечением была классическая музыка, в которой он досконально разбирался и даже написал патографии многих выдающихся композиторов, а однажды увлекательно выступил на эту тему в передаче Гордона на ТВ.

На современное положение вещей в стране и в мире А. С. смотрел трезво, но воспринимал как временную неизбежность.

Заветом молодежи и всем нам останутся его слова — слова подлинного клинициста — “Стандарты и психиатрия понятия несовместимые... Наш центр, боюсь, скоро будет островком в этом отношении, пока я жив, по крайней мере... На дворе век денег”. Мы убеждены, что Александр Сергеевич, воспитавший в ЦИУ многие поколения отечественных психиатров, укоренил в них клиницизм, который объединяет всех нас, и позволит сохранить его вопреки всем препятствиям.

Ю. С. Савенко

Валерий Яковлевич Евтушенко

26.09.1940 – 19.03.2019



19 марта 2019 г. ушел из жизни член Правления Российского общества психиатров, Председатель секции РОП по правовым вопросам оказания психиатрической помощи кандидат медицинских наук Валерий Яковлевич Евтушенко.

Большая часть профессиональной деятельности В. Я. Евтушенко была связана с подмосковской психиатрией, где в 1974 г. он начал работать в должности старшего врача Московской областной психиатрической больницы № 5. Начиная с 1996 году он работал заместителем главного врача по медицинской части Центральной Московской областной клинической психиатрической больницы (ГБУЗ МО “ЦКПБ”) и являлся Председателем Московского областного общества психиатров и психиатров-наркологов. В. Я. Евтушенко — Заслуженный врач РФ, кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии факультета усовершенствования врачей Московского государственного медико-стоматологического университета им. А. И. Евдокимова, основатель и бессменный главный редактор “Московской областной психиатрической газеты”.

В. Я. Евтушенко являлся талантливым организатором психиатрической помощи, тонким клиницистом и экспертом, человеком обширного круга знаний в разных областях.

В. Я. Евтушенко — автор более 70 публикаций по различным аспектам психиатрии, соавтор двух руководств для врачей и трех учебно-методических посо-

бий. Валерий Яковлевич вплоть до самых последних дней своей жизни оставался целеустремленным, активным человеком, всю свою жизнь интересовался новым, быстро включался в освоение инновационных методов лечения и использования информационных технологий. Одной из сфер научных и практических интересов В. Я. Евтушенко являлось разработка и практическое применение в психиатрии норм нравы и профессиональной этики. Он являлся автором первого в СССР морально-этического кодекса врача-психиатра, утвержденного Президиумом Всесоюзного Общества невропатологов и психиатров СССР. В. И. Евтушенко был членом рабочей группы по разработке действующего “Кодекса профессиональной этики психиатра”, который был утвержден Пленумом Правления Российского общества психиатров в 1994 г. Вместе с другими авторами он участвовал в подготовке двух Руководств по этическим аспектам психиатрической помощи и вопросам практического применения указанного Кодекса.

Сотрудники психиатрических учреждений Московской области и кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии ФДПО МГМСУ им. А. И. Евдокимова, а также его многочисленные ученики и коллеги скорбят в связи с невосполнимой утратой.

* * *

Валерий Яковлевич Евтушенко навсегда останется в нашей памяти как, прежде всего, замечательный незабываемый человек, с неиссякаемым энтузиазмом преданный своему делу — всесторонней медицинской и правовой помощи людям с психическими расстройствами, взыскательный к клиническому и лечебно-профилактическому уровню своей деятельности, хорошо знающий и ценящий историю нашего предмета.

Его открытое дружелюбие, живая обаятельная манера общения, всегдашняя готовность помочь были психотерапевтичными для всех окружающих. Было очень естественно, что именно он стал автором первого советского этического кодекса психиатра и внес вклад в российский.

Удивительным было его умение разговаривать с пациентами и их родственниками. Одна из его последних работ — “Психиатрическая служба: что она может дать и чего нужно опасаться? (Вопросы и ответы). *Пособие для пациентов психиатрической службы и их представителей*” опубликована на сайте НПА (<http://npar.ru/publikacii/>) и пользуется неизменной популярностью. Вместе мы вели большую работу по возвращению в жизнь молодых людей, оказавшихся в психоневрологических интернатах, и он никогда не

отказывался принять их в своей больнице и провести стационарное обследование, чтобы решить вопрос о возможности самостоятельного проживания. Многие из них обязаны Валерию Яковлевичу тем, что вышли из стен ПНИ, получили квартиры и ведут сейчас самостоятельную жизнь.

Валерий Яковлевич был одним из лучших и ранних знатоков правовых коллизий и самых сложных из них, он принял эстафету от выдающегося юриста Александра Иосифовича Рудякова, участвуя как психиатр в его правовых консультациях, на которые приезжали со всей страны. Этот знаменитый прием велся на базе “Больницы 8 Марта”, как называлась Центральная областная психиатрическая больница на ул. 8 Марта. Его книга о законе о психиатрической помощи в вопросах и ответах 2009 г. опиралась на многолетний опыт его применения.

Он не только первым информировал всех и откликался на всевозможные новации по широкому кругу медицинской науки и практики, на законопроекты Думы и приказы Минздрава, но и активно протесто-

вал и критиковал ряд из них, как это было, например, с урезанием психиатрических льгот. Его “Московская областная психиатрическая газета” не случайно пользовалась всероссийской популярностью.

Можно порадоваться за Валерия Яковлевича, что в самом конце жизни он первым из нас, психиатров, выйдя в сеть с информацией о положении дел в оказании психиатрической помощи, был поражен и восхищен десятками тысяч солидарных откликов со всей страны.

Валерий Яковлевич был членом НПА России, членом ряда наших экспертных комиссий, членом редколлегии “Независимого психиатрического журнала” и его автором. Мы солидарно выступали с ним на круглых столах и в интервью СМИ.

Можно смело сказать, что не Валерий Яковлевич заслужил, а больница заслужила, чтобы на ее административном корпусе появилась мемориальная таблица его памяти. Она уравновесила бы неоднозначную память о Е. А. Краснушкине.

Ю. С. Савенко

РЕКОМЕНДАЦИИ

Даосские каноны. Пути совершенствования. — Иваново, 2019
Малинин А. Н. Концепции феноменологии Макса Шелера. Шелер vs Гуссерль. — М., 2019
Шредингер Эрвин. Квантовый код Вселенной (Что такое жизнь? 1944; Мой взгляд на мир. 1961) — М., 2019
Ортега-и-Гассет Хосе. Уходящий аромат культуры. И
Бланио Морис. Эстетика распада. — М., 2019
Бадью Ален. Истинная жизнь. — М., 2019
Иенсен Ларс. Философия философии. — М., 2018
Чернавин Георгий. Непонятность самособойразумеющегося. — СПб. — М., 2018
Ямпольский Михаил. Без будущего. Культура и время. — СПб., 2018

* * *

Бауман Зигмунт, Донскис Леонидас. Моральная слепота. — СПб., 2019
Бауман Зигмунт, Донскис Леонидас. Текущее зло. — СПб., 2019

* * *

Пенфилд Уайлдер. Мозг. Тайны разума. — М., 2019
Минский Марвин. Сообщество разума. — М., 2018
Сторр Уилл. Селфи. — М., 2019
Харари И. Н. Homo Deus. Краткая история будущего. — М., 2019
Евреи. — М., 2019, 780 с. (Серия “Народы и культуры”)
Богдаль Клаус Михаэль. Европа изобретает цыган. История увлечения и презрения — М., 2018

* * *

Роджерс Карл. Становление личности. Взгляд на психотерапию. — М., 2017
Роджерс Карл. Групповая психотерапия. — М., 2017
Остер Д. Д., Грон П. Г. Рисунок в психотерапии. — М., 2018
Бардина Светлана. Это бред! Можно ли осмыслить безумие? — М., 2018
Канг Лидия, Педерсен Нейт. История шарлатанства — М., 2019
Мирский Давид. Махатма. — М., 2019 (о д-ре Хавкине, создателе вакцин от чумы и холеры)

* * *

Полян Павел. Жизнь и смерть в Аушвицком аду. — М., 2018
Звягинцев Александр. Ветер возмездия. Уроки Токийского международного военного трибунала. — М., 2019

* * *

Чейлефф Айра. Осознанное неподчинение. Как реагировать на спорные распоряжения — М., 2019
Городецкий Л. Р. Пульса Ди-Нура Осипа Мандельштама: последний террорист БО. — М., 2018
Арсланов В. Г. “Третий путь” Андрея Платонова. — СПб., 2019
Фельштинский Юрий, Чернявский Георгий. Оруэлл. ЖЗЛ. — М., 2019
Быков Дмитрий. Сто лекций о русской литературе в двух томах. — М., 2019

ABSTRACTS

100 years of the philosophy which arose from unique communication and understanding of the mentally ill

Yu. S. Savenko

It is shown how “Psychology of outlooks” of Karl Jaspers, which grew from his 7 years’ work in psychiatric clinic and first of all communication with mentally sick, laid the foundation and served as the beginning of one of the most popular movements of philosophy answering to spirit of our time.

Keywords: existential philosophy, outlook types, Jaspers, Heidegger, Sartre, reception of existential psychology in Russia.

15 years of destructive reform of Russian health care

Yu. S. Savenko

The history of deinstitutionalization is traced briefly, with a shift to the prevalence of community-based mental health services. Its completely different context and motives in Russia and the lack of the necessary infrastructure inevitably reduce the quality of mental health services.

Keywords: deinstitutionalization, community-based psychiatric services, quality of mental health services.

As Russia carries out the Convention on the rights of persons with disabilities: mass direction of citizens into social care homes for people with mental disorders (comments on the draft of the order of two ministries)

L. N. Vinogradova, S. A. Koloskov

The problem of reforming of social care for people with mental disorders is considered. It is shown that the state does not carry out the Convention on the rights of persons with disabilities concerning people with mental disorders, pursuing policy of the mass direction them in social care homes and thus isolation about societies instead of development out-stationary forms of the help and maximum inclusion in social life. The prepared draft of the order of the Ministry of Health and Ministry of Labor on identification of people with mental disorders for the subsequent direction in social care homes violates the Convention and contradicts the Russian legislation on social service and mental health services.

Keywords: reforming social care homes for people with mental disorders, the accompanied accommodation, the Convention on the rights of persons with disabilities.

The young disabled in the interior of everyday mental health care

E. B. Lyubov, A. N. Kulikov

Using the example of “living in a disease” of a psychiatric patient, the clinical and social problems of young people with disabilities as a result of schizophrenia and opportunities and barriers of psychosocial rehabilitation in a frame of typical psychiatric care are shown.

Keywords: schizophrenia, disability, psychosocial rehabilitation.

Whether forensic-psychiatric examination is obligatory on cases of incapacity?

Yu. N. Argunova

Provisions of the Criminal Procedure Code of the Russian Federation and practice of their application in cases of recognition of the person mentally incapable, in particular the bases for conducting forensic-psychiatric examination, including coercionone, are analyzed. Cases at which the court has the right to dismiss a claim without conducting examination are considered. Article is based on personal experience of the author on representation of interests of citizens in court in cases of incapacity.

Keywords: forensic-psychiatric examination; the procedure of recognition of a person incapable.

Postgraduate psychiatric training in the EU countries

V. V. Motov

While the current requirement for the recognition of a specialization in psychiatry in the EU is a minimum postgraduate training of 4 years, the duration of psychiatric residency training ranges from seven years in Ireland to four years in France. Programs usually include a basic course in general psychiatry and rotations in psychiatric subspecialties like child and adolescent psychiatry, geriatric psychiatry, forensic psychiatry etc., as well as theoretical and practical exposure to psychotherapy. In some German speaking countries a physician, completed psychiatric residency, obtains the title of “psychiatrist and psychotherapist”. Salaries of psychiatric residents in developed European countries vary but are incomparably higher than those received by their Russian counterparts.

Keywords: psychiatry residency training, salaries of psychiatric residents.

ВНИМАНИЕ!

Чтобы сохранить бумажную версию
“Независимого психиатрического журнала”
— трибуну НПА России —
подписывайтесь на него

Индекс — 73291

по каталогу Агентства «Роспечать»

РЕКОМЕНДУЕМ!

Эвандро Агацци

Научная объективность и ее контексты

М., 2017

РЕКОМЕНДУЕМ!

Эжен Минковский

**Шизофрения.
Психопатология шизоидов и шизофреников**

М., 2017

Рекомендуем!

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

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