

ISSN 1028-8554

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

**НЕЗАВИСИМЫЙ
ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ**

**INDEPENDENT
PSYCHIATRIC
JOURNAL**

**ВЕСТНИК НПА
IPA HERALD**

III

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

М. Е. Бурно

Л. Н. Виноградова (зам. гл. ред.)

Б. А. Воскресенский

П. Ю. Завитаев

С. А. Игумнов

В. Е. Каган

В. А. Кажин

Г. М. Котиков

В. В. Мотов

Б. Н. Пивень

П. А. Понизовский

В. Н. Прокудин

В. Д. Тополянский

INTERNATIONAL
EDITORIAL COUNCIL
ON PHENOMENOLOGICAL
PSYCHIATRY

**Alfred Kraus (Heidelberg)
K. W. M. Fulford (Warwick)
Michael Alan Schwartz (Boston)**

EDITORIAL BOARD

Yuri Savenko (Editor-in-Chief)

Yulia Argunova

Mark Burno

Liubov Vinogradova

Boris Voskresensky

Peter Zavitaev

Sergey Igumnov

Victor Kagan

Vitaly Kazin

Grigory Kotikov

Vladimir Motov

Boris Piven

Pavel Ponizovsky

Vladimir Prokudin

Victor Topolyansky

Сдано в набор 12.09.2019. Подписано в печать 24.09.2019. Формат 60×84 $\frac{1}{8}$.

Бумага типографская офсет № 1. Гарнитура “Таймс”. Печать офсетная.

Заказ № 2019-3-IPA.

Цена свободная

Оригинал-макет подготовлен в издательстве “Фолиум”, 127238, Москва, Дмитровское шоссе, 157

тел./факс: (499) 258-0828, E-mail: npz@folium.ru

Отпечатано в типографии издательства “Фолиум”, 127238, Москва, Дмитровское шоссе, 157

тел./факс: (499) 258-0828.

СОДЕРЖАНИЕ

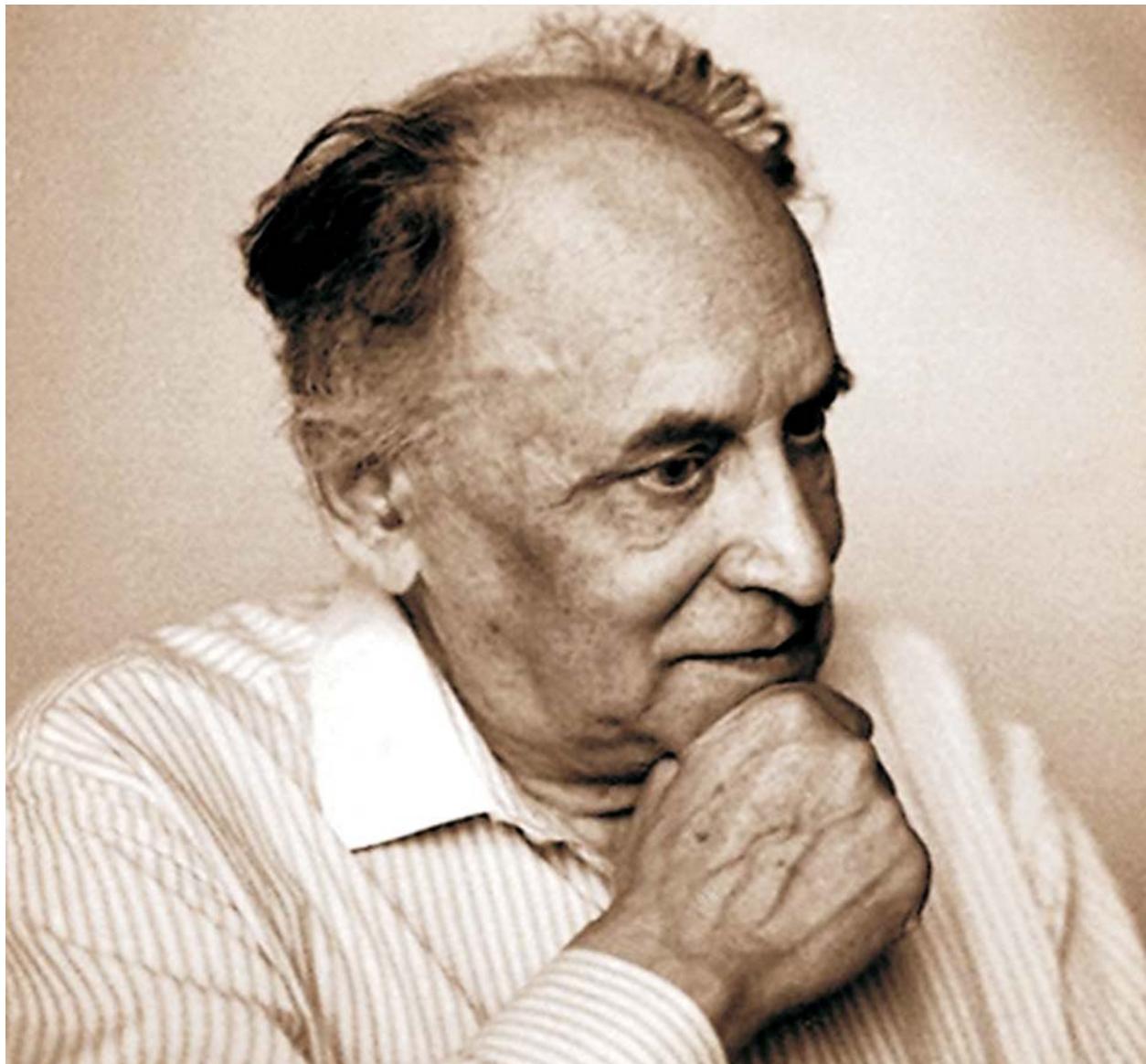
ВЛАДИМИР ПАВЛОВИЧ ЭФРОИМСОН (1908 – 1989)	5
ИЗ КЛАССИЧЕСКОГО НАСЛЕДИЯ	9
К подлинной истории дарвинизма и социал-дарвинизма	10
Эпилептоидность и ее генетика	11
Эpileпсия – эпилептоидность в роду Достоевских	12
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ	
К 30-летию членства НПА в ВПА	14
К теории психиатрии. Идя вперед, нужно постоянно оглядываться назад — Ю. С. Савенко	16
Партиёрство и интердисциплинарное сотрудничество для достижения всестороннего благополучия — Уриэль Хальбрейх (США) с соавт.	23
Патокинез аффективных расстройств у больных с синдромом зависимости от опиоидов — А. А. Шмилович, В. И. Коньков В. И.	31
КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ	
Уход в болезнь: шизоаффективное расстройство, ассоциированное со стрессом — А. А. Шмилович, М. Я. Багирова	36
ПСИХИАТРИЯ И ПРАВО	
Результаты общественной проверки соблюдения прав граждан, проживающих в психоневрологических интернатах — Ю. Н. Аргунова	53
ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА	
Ответственность судебных психиатров	58
ДОКУМЕНТЫ ВРЕМЕНИ	
75 лет Научного центра психического здоровья РАН	61
Это только кажется, что это про других. Это про нас с вами	62
ОТКЛИКИ И ДИСКУССИИ	
В чем существо кризиса психиатрии? — Ю. С. Савенко	65
ИСТОРИЯ	
Понятие психического расстройства “до” и “после” (к 100-летию Октябрьской революции) — Б. А. Воскресенский	69
Опасная профессия — В. Д. Тополянский	75
ХРОНИКА	
Совет по правам человека при Президенте РФ — за права людей с психическими расстройствами	79
Хорошие инициативы	81
ВАК против Диссернета: приличия отброшены	82
Солдафонство погубит всё и всех	83
ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ТВОРЧЕСТВО	
Психотерапевтические пьесы и “сопровождаемое проживание” душевно больных — М. Е. Бурно	84
Особенности отношения людей творческих профессий к психическим больным — Г. А. Андреева	88
Вадим Сидур (1924 – 1986) всегда современен	91
НЕКРОЛОГ	
Юлий Иосифович Либерман	93
РЕКОМЕНДАЦИИ	
АННОТАЦИИ	96

CONTENTS

VLADIMIR PAVLOVICH EFROIMSON (1908 – 1989)	5
FROM CLASSICAL HERITAGE.	9
To the true history of Darwinism and Social Darwinism	10
Epileptoid personality and its genetics	11
Epilepsy — epileptoid personalities in the genus Dostoevsky	12
URGENT PROBLEMS OF PSYCHIATRY	
On the 30th anniversary of IPA membership in the WPA	14
On the theory of psychiatry. Going forward, you need to look back constantly — Yu. S. Savenko	16
Partnership and interdisciplinary collaboration to achieve full well-being — Uriel Halbreich (USA) et al.	23
Pathokinesis of affective disorders in patients with opioid dependence syndrome — A. A. Shmilovich, V. I. Kon'kov	31
DISCUSSION OF A CLINICAL CASE	
Advantage by illness: schizoaffective disorder associated with stress — A. A. Shmilovich, M. Ya. Bagirova	36
PSYCHIATRY AND LAW	
The results of a public inspection of the rights of citizens living in social care homes for people with mental disorders — Yu. N. Argunova	53
FROM AN EXPERT'S DOSSIER	
Responsibility of forensic psychiatrists	58
DOCUMENTS OF EPOCH	
75 years of the Scientific Center of Mental Health	61
It just seems like it's about others. This is about us	62
RESPONSES AND DISCUSSIONS	
What is the essence of the crisis of psychiatry? — Yu. S. Savenko	65
HISTORY	
The concept of mental disorder “before” and “after” (on the 100th anniversary of the October Revolution) — B. A. Voskresensky	69
Dangerous profession — V. D. Topoliansky	75
CHRONICLE	
Presidential Human Rights Council — for the rights of people with mental disorders	79
Good initiatives	81
VAK vs Dissernet: decency discarded	82
Martinetism will destroy everything and everyone.	83
PSYCHOPATOLOGY AND CREATIVENESS	
Psychotherapeutic plays and “assisted living” of mental patients — M. E. Burno	84
Peculiarities of attitude of people of creative professions to mentally sick — G. A. Andreeva	88
Vadim Sidur (1924 – 1986) is always modern.	91
OBITUARY	
Julius Iosifovich Liberman.	93
RECOMMENDATIONS	95
ABSTRACTS	96

ВЛАДИМИР ПАВЛОВИЧ ЭФРОИМСОН

1908 – 1989



Есть что-то символическое в том, что книга о биологических основах этики и эстетики¹ принадлежит перу классика отечественной генетики Владимира Павловича Эфроимсона. Именно над генетиками ис-

тория, и история науки в частности, поставила в СССР особенно жесткий эксперимент по социальной психологии. Эксперимент по отбору на честность, порядочность, совесть, на стойкость к жизненным испытаниям. В. П. Эфроимсон относится к той небольшой плеяде биологов, что выдержала самые суровые испытания. И, если угодно, заслужил право писать и размышлять о природе добра и зла в природе и обществе.

¹ Предисловие докт. биол. наук М. Д. Голубовского к изданной спустя 37 лет после попыток депонирования книги В. П. Эфроимсона “Генетика этики и эстетики” (СПб: “Талисман, 1995 г., 282 с.)

М. Д. Голубовский

Три ярко выраженные черты характера в особой степени отличали личность Эфроимсона: страсть к знаниям, любовь к справедливости, стремление к личной свободе. Этим доминантным чертам сопутствовали горячий темперамент, потрясающая работоспособность, прекрасная память, рыцарское бесстрашие и куртуазное обращение с дамами. Как ученый Владимир Павлович сложился в знаменитой московской школе эволюционной генетики с ее основателями биологами Н. К. Кольцовым и С. С. Четвериковым. Это были биологи-эволюционисты, высокообразованные русские интеллигенты, люди независимые, неспособные прислуживаться. И конечно, они подвергались преследованиям режима. Эфроимсону не пришлось окончить университет. Когда в 1929 г. по ложному доносу был арестован заведующий кафедрой генетики проф. С. С. Четвериков, студент Эфроимсон выступил в защиту учителя, несмотря на “не-пролетарское” происхождение, арест отца.

Оставив вынужденно университет, Эфроимсон вступил в большую науку, как бы минуя период ученичества. Он начал работать в Государственном рентгеновском институте, где изучал действие облучения на мутационный процесс. С. С. Четвериков был арестован и выслан из Москвы (без суда, по приговору “ОСО”). Москву покинули все его ученики, участники знаменитого кружка “Дроздоор”. С 1930 по 1932 г. Эфроимсон работал вместе с учеником С. С. Четверикова Н. К. Беляевым в Закавказском институте шелководства. В 1932 г. он сформулировал принцип равновесия между скоростью мутационного процесса и отбора в популяциях человека и на этой основе предложил способ оценки частоты мутации рецессивных сублетальных генов у человека. Открытие было высоко оценено одним из основоположников радиационной генетики (будущим нобелевским лауреатом) Германом Меллером. Эфроимсону было предложено место в открывшемся в 1932 г. в Москве Медико-биологическом институте. К сожалению, ни начать работу, ни опубликовать подготовленную статью Эфроимсон не успел. В том же 1932 г. он был арестован по абсурдному обвинению “за участие в антисоветской организации”. Ему припомнили посещение в годы студенчества заседаний кружка “вольных философов”. Следователь требовал дать показания на Н. К. Кольцова. После твердого отказа последовало осуждение на 3 года.

В 1936 г. Эфроимсону удалось получить работу в Среднеазиатском НИИ шелководства в Ташкенте и продолжить начатые совместно с Н. К. Беляевым исследования. Он жадно погрузился в опыты, по 16 – 18 ч в сутки, нередко спал тут же, в лаборатории. В итоге работ по генетике тутового шелкопряда им был установлен важнейший общегенетический принцип коррелированного ответа на отбор. Оказалось, что целая серия признаков — вольтинизм (число поколений в год), скорость развития, жизнеспособ-

ность, вес кокона — находились под контролем единой гормональной системы. В результате отбор по любому из этих признаков способен привести к быстрому изменению всей их плеяды. Принцип коррелированного ответа был впоследствии применен автором для объяснения быстрых и направленных изменений в ходе эволюции человека. К сожалению, написанная еще в то время монография Эфроимсона осталась неопубликованной. В 1938 г. в обстановке “охоты на ведьм” его исследования были насищественно прерваны дирекцией института, а уникальный опытный материал уничтожен. Пришлось уехать из Ташкента и искать работу. Лишь в 1939 г. ученый смог продолжить исследования в г. Мерефе на Украине, на Всесоюзной станции шелководства. За две недели до начала войны он защитил диссертацию.

Всю войну, с августа 1941 по ноябрь 1945 г., ученый провел на фронте, совмещая работу в санбате и переводчика во фронтовой разведке (немецкий знал блестяще). За боевые заслуги Эфроимсон был награжден многими орденами и медалями. В конце войны он совершил поступок, типичный для его этических принципов. Будучи очевидцем насилий над мирным населением Германии после вступления туда войск Красной Армии, Эфроимсон пишет рапорт-протест высшему командованию, предупреждая, что это усилит сопротивление противника и приведет к ненужным жертвам (так и получилось на деле). Протест послужил затем поводом к очередному аресту.

С ноября 1945 г. Эфроимсон — доцент кафедры дарвинизма и генетики Харьковского университета. В своих лекциях по теории генетики и селекции он критиковал взгляды Лысенко, перевел и распространял среди харьковских биологов критическую рецензию на книгу Лысенко американского генетика и эволюциониста Ф. Г. Добжанского. В 1947 г. Эфроимсон защитил докторскую диссертацию, однако степень доктора ему была присвоена лишь 15 лет спустя (кажется, своеобразный рекорд в советской науке). Приказом министерской комиссии Эфроимсон за свое открытое неприятие лысенковщины изгоняется с работы “за деятельность, порочащую звание советского педагога”. Оказавшись вновь без работы, он проводит документальный анализ огромного вреда “новаций” Лысенко для теории и практики сельского хозяйства и посыпает свою работу в ЦК КПСС, в отдел науки. Однако события развивались в ином русле. В 1948 г. после августовской сессии ВАСХНИЛ последовал полный разгром генетики и многих сопредельных с ней областей биологии. А в 1949 г. Эфроимсон был вторично арестован. Хотя ему формально вменялся в вину рапорт 1945 г. (“клевета на Советскую армию”), по существу это была расправа за открытое противостояние лысенковщине. После отсидки в казахстанских концлагерях (в основном работа кайлом, Эфроимсон долго еще похвалялся бицепсами на руках) он был реабилитирован лишь в 1956 г. Уда-

лось устроиться библиографом по естественным наукам в библиотеке иностранной литературы.

Но коцлагерь не подавил в Эфроимсоне страсти к исканию справедливости и истины. Еще до реабилитации он посыпает объемистую работу под названием “О подрыве сельского хозяйства Советского Союза и международного престижа советской науки” в прокуратуру СССР. Конечно, ответа не последовало. Тогда Эфроимсон публикует серию антилысенковских статей под видом библиографических обзоров и рецензий. Он возглавляет, таким образом, открытую оппозицию лысенковщине.

Одновременно Эфроимсон, работая библиографом, подготавливает уникальную сводку “Введение в медицинскую генетику”. Опубликовать эту книгу еще до падения Лысенко было чрезвычайно трудно. В борьбу за ее публикацию включились многие ученые, и не только биологи. Сначала был подготовлен “макет” в количестве 100 экземпляров, и после получения многих отзывов и открытого обсуждения в АМН СССР книга вышла в 1964 г. Она сыграла выдающуюся роль в возрождении медицинской генетики в Советском Союзе.

В 1967 г. Эфроимсон стал заведующим отделом генетики Московского НИИ психиатрии МЗ РСФСР. Он, наконец, получил возможность настоящей работы. Эфроимсон буквально фонтанировал идеями, многие из которых за короткое время успел воплотить в жизнь. Его феноменальная работоспособность, богатейшая эрудиция, накопленный опыт позволили вывести лабораторию на ведущее место в отечественной генетике человека и особенно генетике психических болезней. Были сделаны новаторские исследования по генетике нервных болезней, генетике олигофрений, психозов, эпилепсии и шизофрении. Опубликован ряд монографий, в особенности следует отметить книгу “Генетика олигофрений, психозов и эпилепсий” (совместно с М. Г. Блюминой), вышедшую в 1978 г. В этой книге, в частности, дан ключ к разгадке большой изменчивости в характере проявления и наследования шизофрении. Владимир Павлович использовал для объяснения этого сформулированный еще в 20-е годы известным генетиком Б. Л. Астауровым (также учеником С. С. Четверикова) принцип независимого выражения и проявления мутантного признака на каждой из сторон билатерального органа или структуры. Мозг с его двумя функционально различными полушариями как раз и является такой структурой. Согласно идее Эфроимсона, при шизофрении

наследуется предрасположенность к дефекту той или иной мозговой структуры на каждом из полушарий. Одностороннее поражение приводит к разбросу в проявлении и выражении аномалий поведения у шизофренических генотипов. И лишь симметричное двустороннее поражение определенных участков мозга приводит к ясно выраженной болезни.

В середине 70-х годов “век-волкодав” снова доспал Эфроимсона. После оттепели началось возвращение к проекту “введение единомыслия”. В борьбе с диссидентами правящая партийно-полицейская мафия стала использовать для внесудебной расправы психиатрию (наиболее вопиющий случай — заключение в “психушку” генерала Г. П. Григоренко, см. его воспоминания в журнале “Звезда”, № 1 – 12). Естественно, это вызвало открытые протесты Эфроимсона, и в 1975 г. ему пришлось уйти из Института психиатрии на пенсию.

С 1976 г. до конца жизни Владимир Павлович работал профессором-консультантом Института биологии развития АН СССР. Он сохранял способность работать по 12 – 14 ч в день вплоть до 80 лет, мужественно борясь с подступившими недугами. За это время он подготовил две монографии. Одна из них посвящена генетике гениальности, а другая — генетике этики и эстетики. Тем самым Эфроимсон как бы продолжил исследования своего учителя Н. К. Кольцова, начатые в 20-е годы, когда были основаны “Русский евгенический журнал” и Русское евгеническое общество. В этих последних книгах Владимир Павлович выступает не только как генетик, эволюционист, психиатр, но и как прекрасный знаток истории, литературы, поэзии. Обе книги до сих пор не смогли увидеть свет. В основном это результат продолжающегося по инерции господства государственной философии, когда философ-идеолог выступал в роли идеологического надсмотрщика, имеющего исключительное право толковать все, касающееся природы человека. Сводку по генетике человека удалось депонировать в ВИНИТИ в 1982 г. А попытка в то же время депонировать книгу “Генетика этики и эстетики” не удалась, несмотря на официальное представление академического института и рецензии. Потребовали убрать цитированные Эфроимсоном стихи его любимого поэта Н. Гумилева, реабилитированного лишь в период “перестройки”.

Доктор биол. наук М. Д. Голубовский, 1991 г.

Несколько воспоминаний о В. П. Эфроимсоне

То, что Владимир Павлович Эфроимсон — выдающейся ученый-гуманист, бесстрашный честный одухотворенный ясный ум, чуждый каким-либо искушениям, кроме жажды познания, подлинный рыцарь

науки, не сломленный ни Гулагом, ни предсмертной болезнью — благословил создание НПА России — предмет нашей гордости и сознания высокой ответственности за свою деятельность перед памятью о нем.

Ю. С. Савенко

У меня всегда перед глазами его вдохновенный облик. Это был человек-вихрь, человек-огонь. Это передавала его страстная речь, замечательно запечатлевшаяся в его письмах. Он отчаянно очень по-доброму ругал и распекал, в частности меня, по всякому поводу. Такова была его всегдашняя манера общения с близкими ему людьми.

Мне посчастливилось общаться с ним часто. Когда он пришел в Московский НИИ психиатрии в 1967 году, в организованную для него лабораторию генетики психических заболеваний, я, за год до этого защитивший кандидатскую диссертацию, работал в экспериментальной патопсихологической лаборатории Блюмы Вульфовны Зейгарник, основоположницы этого предмета в нашей стране, ученицы Курта Левина, соруководительницы с А. Р. Лурия кафедры нейро- и патопсихологии Московского государственного университета. Эта лаборатория находилась на другом этаже того же крыла лабораторного корпуса, что и лаборатория Владимира Павловича. Я думаю, что редким доверием к себе Владимира Павловича я обязан Блюме Вульфовне, которая с ним часто общалась.

Другим обстоятельством для этого послужило почти каждодневное просиживание в Ленинской библиотеке до самого закрытия. Мы уходили последними и, как и в перерывах у стенда поступлений новой научной литературы со всего мира, обменивались впечатлениями. Его неформальное отношение ко мне выразилось в частности в том, что он доверял мне, как врачу, своих знакомых и после моего изгнания и его ухода из института.

Помню его яркие эмоциональные выступления, доклады, лекции, ошеломлявшие грандиозностью проблематики, широтой культурного горизонта, фантастической работоспособностью и личным вкладом в организованные им экспедиции, полевые исследования. Он — вопреки больному сердцу — ходил с тяжеленным рюкзаком, набитым фолиантами трудов по генетике. Бывая у него дома, нельзя было не изумиться, как можно было разобраться в царившем там беспорядке. Он, пытаясь убедить меня с женой в значимости высоты лба на собранной им обширной иконографии известных деятелей, принимал возражения, что более важным может оказаться его темпера-

тура — горячая голова. Как отчаянно он ругал меня за отказ, после крушения советской власти, подать апелляцию за неутверждение успешно защищенной 15 лет назад докторской диссертации, и обратиться в Комитет по делам науки, возле которого мы случайно столкнулись, предлагая свою помощь, ведь ему самому степень доктора наук дали только спустя 15 лет после успешной защиты. Но во мне осталось такое отвращение к бюрократическому закулисью процедур равнодушных к существу делу, что я отказался.

Когда здоровье Владимира Павловича значительно ухудшилось, незаурядную заботу о нем и его творчестве проявила известная журналистка “Огонька” Елена Изюмова-Кешман, которая вникала и в нашу проблематику. В последний визит к Владимиру Павловичу я нашел его ухоженным, но протестующим против собственного соматического состояния. Он заинтересовано отнесся к организации к НПА, к ее целям и программе ее деятельности, солидарной с его устремлением к знаниям не понесящие положения вещей.

Высказанное горячее соучастие такого человека до сих пор придает силы следовать прежним курсом. Владимир Павлович сформулировал его в своем выступлении в Политехническом музее на обсуждении документального фильма о Николае Вавилове с обычной для него безбоязненной прямотой в условиях советского режима (1985):

“До тех пор, пока страной правит номенклатурная шпана, охраняемая политической полицией, называемой КГБ, пока на наших глазах в тюрьмы и лагеря бросают людей за то, что они осмелились сказать слово правды, за то, что они осмелились сохранить хоть малые крохи достоинства, до тех пор, пока не будут названы поименно виновники этого страха, — вы не можете, вы не должны спать спокойно. Над каждым из вас и над вашими детьми висит этот страх... Палачи, которые правили нашей страной, — не наказаны... Пока на смену партократии у руководства государства не встанут люди, отвечающие за каждый свой поступок, за каждое свое слово — наша страна будет страной рабов, страной, представляющей чудовищный урок всему миру”.

Ю. С. Савенко

ИЗ КЛАССИЧЕСКОГО НАСЛЕДИЯ

В. П. Эфроимсон Генетика этики и эстетики¹ (несколько отрывков)²

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие М. Д. Голубовского	3
Введение	13

В. П. Эфроимсон Генетика этики и эстетики

Часть I.

Эволюционная генетика взаимного альтруизма

1. Естественная агрессивность и эволюционные механизмы, ее ограничивающие	31
1.1. Жестокость и ее следствия	31
1.2. Эволюционные ограничения жестокости	36
1.3. Существование самоотверженности и ее эволюционные преимущества	40
2. С чего начались этичность и альтруизм	41
3. С чего начинаются человек и человечность	45
3.1. Понятие о каналах эволюции и об ортогенезе	46
3.2. Каналы эволюции человека	47
4. Совесть и этичность как следствие группового естественного отбора	51
4.1. Групповой отбор на альтруизм	51
4.2. Проблема взаимности альтруизма	55
5. Спектр этических норм, создаваемых групповым отбором	58
5.1. Привязанность к родичам	58
5.2. Перестройка сексуальных эмоций под действием естественного отбора	60
5.3. Естественный отбор и развитие этики сексуальных контактов	64
5.4. Защита старости	71
5.5. Групповой отбор на стремление к познанию	72
6. Пластиичность реализации наследственной информации и проблема импрессинга	78
7. Войны и естественный отбор	86
7.1. Распространение генов победителей	86
7.2. Мирные победы	92
7.3. Этнос и генофонд	97
7.4. Минимость угрозы перенаселения	101
7.5. К подлинной истории дарвинизма и социал-дарвинизма	103

Часть II.

Эволюционная генетика восприимчивости к прекрасному

8. Эволюционно-генетическое происхождение некоторых эстетических эмоций	107
8.1. Некоторые общие положения	107
8.2. Эволюционное происхождение некоторых эмоций отвращения	111
8.3. Некоторые эмоции, вызываемые цветом и симметрией	113
8.4. Почему музыка не является универсальным языком?	122
8.5. Проблема доступности и доходчивости	123
8.6. Высшие эстетические эмоции как следствие естественного отбора	127

¹ В. П. Эфроимсон “Генетика этики и эстетики”. СПБ: Талисман. 1995 г. 282 с.

² Приводимые отрывки выделены в содержании.

В. П. Эфроимсон

8.7. Искусство как спасительный создатель альтруистически-героических установок	135
9. Развитие искусства как эмоционального пути познания, связанного с естественным отбором на эстетическую восприимчивость	149
9.1. Художественный образ как экспресс-метод выражения или познания истины	149
9.2. О поэзии	150
9.3. Художник — мученик правды	158
9.4. Повелитель правды в искусстве (Л. Н. Толстой)	162
10. Наследственные личностные особенности как источник особой проникновенности. Генетика Достоевского и его творчество	166
10.1. Эпилептоидность и ее генетика	166
10.2. Эпилепсия-эпилептоидность в роду Достоевских	168
10.3. Патологическая специфика творчества	171
10.4. Достоевский — великий сострадатель и печальник	173

Часть III.

Феногенетика антисоциальности

11. Многообразие антисоциальности и социальная функция агрессивности	177
11.1. Социальная функция агрессивности	178
11.2. Проблема социального подъема и ненаказуемая преступность	180
11.3. Проблема извращения этики	182
12. Хромосомные аномалии, предрасполагающие к антисоциальности	185
12.1. Лишняя хромосома Y как причина антисоциальности	185
12.2. Болезнь Клайнфельтера как причина пассивной антисоциальности	187
12.3. Отсутствие X-хромосомы у девушек как причина характерологических аномалий	188
13. Принцип неисчерпаемой наследственной гетерогенности человечества	188
13.1. Балансированный полиморфизм	188
13.2. Характерологическое разнообразие	195
13.3. Паранойя, олигофрения, психопатия	198
13.4. Синдром убийства королей и президентов	202
13.5. Раскрытие роли гипогликемии как одного из биохимических стимуляторов агрессивности	208
13.6. Эндоморфно-мезоморфная конституция	213
14. Наследственные, травматологические и алкогольные выключения задерживающих центров	214
15. Близнецовый метод как путь выявления криминогенных импрессингов и воздействий	228
16. Заключительные замечания. Решающая роль импрессингов	239
Литература	244
А. А. Любящев. Генетика и этика	255
М. Д. Голубовский. К публикации статьи А. А. Любящева “Генетика и этика”	277

К подлинной истории дарвинизма и социал-дарвинизма

“Теории”, оправдывающие социальное неравенство, возникали везде, за тысячелетия до Дарвина. Общеизвестна легенда о патриции, уговорившем плебс подчиниться ссылкой на то, что голове (т.е. сенату) самой природой суждено думать, а рукам и ногам (т.е. плебсусу) — трудиться. Рабовладение считалось явлением вполне естественным в древнем мире, и за исключением тех периодов, когда завоевания поставляли империям громадное количество рабов, их численность поддерживалась примерно таким правилом: рабыня, родившая троих детей, отпускается на свободу. Дети, разумеется, оставались хозяину. Существовали и правила типа: а) раб — говорящее животное, б) раба надо использовать так, чтобы он проработал 8 лет. Редкостным, почти нетерпимым исключением был еврейский народ”, одной из величайших заповедей которо-

го было: “Помните, что мы рабами были в Египте”. Рабовладение в Иудее существовало, но с ограничениями: 1) раб через 7 лет получал свободу, 2) раб мог требовать свободу, если хозяин ударил его. 3) раб мог требовать свободу, если хозяин оставлял его невежественным, т.е. раба нужно было научить грамоте, ибо поголовно все евреи должны были знать Библию. В итоге в Иудее один раб приходился на 20 – 25 свободных, тогда как в Риме, Элладе и других цивилизованных странах на каждого свободного приходилось по несколько рабов. Вероятно, на этой-то экономической основе возник непримиримый антагонизм между эллинской, а затем римской культурой и иудаизмом, и именно в Иудее возникла мысль о социальной справедливости, идея первоначального христианства.

Идея о национально-расовом неравенстве тоже возникла за тысячелетия до Дарвина, как и идея о естественном превосходстве преуспевающих над неудачниками, богатых над бедными, знатных над чер-

нью. Однако дарвинизму “не повезло”, так как он очень быстро был использован как доказательство естественности социального неравенства. При этом за отсутствием “подходящих” мест у самого Дарвина ссылаются на Т. Гексли, сподвижника иcommentатора Дарвина. Тем самым и социал-дарвинизму придается известная близость к самому Дарвину. Поскольку в наше время уже редко обращаются к подлинникам и легенда о гекслианском происхождении социал-дарвинизма продолжает держаться, мы приведем здесь, пользуясь книгой “Памяти Дарвина” (Мензбир, 1910), большой яркий отрывок из речи Гексли о естественном отборе, тем более что развивающие здесь мыслиозвучны с идеями Дарвина (но с подлинными, а не приписываемыми ему).

“Люди, живущие в обществах, конечно, также подвержены этому космическому процессу. Так же, как и у других животных, размножение человека совершается безостановочно и влечет за собою жестокое состязание за средства к существованию. Борьба за существование стирает тех, кто менее способен приспособляться к условиям их жизни. Сильнейшие, наиболее самонадеянные стремятся к тому, чтобы попирать слабых. Но влияние этого космического процесса на эволюцию обществ тем сильнее, чем грубее форма их цивилизации. Социальный прогресс является средством, ограничивающим на каждом шагу могущество процесса космического и выдвигает на смену ему другой процесс, который мы можем назвать этическим. Результатом этого процесса может оказаться переживание не тех, кто наиболее приспособлен к общим условиям существования, а тех, кто приспособлен к условиям существования наилучшего, в смысле этическом.

Как я уже указывал выше, применение в жизни правил, представляющих высшими с этической точки зрения, правил, которые мы связываем с представлением о праведности или добродетели, — влечет за собой образ действия, во всех отношениях противный тому, который обуславливает успех в космической борьбе за существование. Вместо безжалостного предъявления требований своей личности эти правила налагают обязанность самообуздания, вместо того, чтобы сметать перед собой или попирать под ногами всякого соперника, они требуют не только уважать своего ближнего, но и помогать ему; они способствуют не переживанию наиболее приспособленного, но приспособлению наибольшего числа к переживанию. Они с негодованием осуждают гладиаторское воззрение на жизнь. Они требуют, чтобы всякий, пользующийся выгодами и наслаждениями жизни в обществе, никогда не упускал из вида своего долга по отношению к тем, кто своими трудами создал это общество, и налагают на каждого члена этого общества обязанность ни одним своим действием не ослаблять связи того целого, в котором ему дозволено жить”.

“Уже далеко за нами осталось героическое младенчество нашей расы, когда добро и зло встречались безразличными веселым приветом”.

“Мы должны лелеять то добро, которое выпадает нам на долю, и мужественно сносить зло в себе и вокруг нас, с твердым намерением положить ему предел”.

Эти слова Гексли, в особенности подчеркнутые нами, ясно показывают, насколько он не только не причастен к социал-дарвинизму, но и решительно противостоял мысли о применении звериных принципов в человеческом обществе. Больше того, мы находим у него, пусть в беглом упоминании, мысль о преимущественном выживании в обществе наиболее этических.

“В развитии человечества беззастенчивое заявление своего “я”, бессовестное наложение руки на все, на что ее можно наложить, упорное сохранение за собою всего, что только можно сохранить, составляющие сущность борьбы за существование, конечно, сослужили свою службу. Своим успехом в диком состоянии человек, конечно, широко обязан тем качествам, которые он разделяет с обезьяною и тигром, — своей исключительной физической организации, своему лукавству, чувству общественности, любопытству и страсти к подражанию, своему инстинкту истребления, проявляющемуся, как только какое-либо сопротивление пробуждает его гнев.

Но по мере того как анархия сменялась социальной организацией, по мере того, как цивилизация стала приобретать цену в его глазах, эти глубоко укоренившиеся и сослужившие ему службу качества превратились бы в недостатки. Подобно многим выскочкам, человек охотно оттолкнул бы лестницу, по которой выбрался в люди. Он охотно убил бы в себе тигра и обезьяну. Но они отказываются ему повиноваться, и это-то незваное вторжение веселых товарищ его буйной юности в правильную жизнь, налагаемую на него гражданственностью, присоединяет новые бесчисленные и громадные страдания к тем, которые космический процесс налагал на него ранее, как на простое животное. И цивилизованный человек клеймит его грехом, и в крайнем случае веревкой или топором препятствует “переживанию” этих “наиболее приспособленных” к условиям давно минувших дней”.

Выведение родословной социал-дарвинизма не только от Дарвина, но и от Гексли, как можно видеть, в лучшем случае ошибка, в худшем — обман и надувательство.

Эпилептоидность и ее генетика

Как известно, наследственный аппарат в сперматогенезе и овогенезе из поколения в поколение обеспечивает максимальную рекомбинацию генов. Тем не менее в некоторых случаях наблюдается наследование большого комплекса особенностей, передающихся из поколения в поколение как целое. Такие явления могут

В. П. Эфроимсон

иметь место, когда тот или иной доминантный ген действует через посредство какого-либо органа, ткани, процесса обмена, железу внутренней секреции и т.д., коррелированно управляющих целым комплексом признаков. Среди многочисленных наследственных форм эпилепсии четко выделяется одна, при которой предрасположение к судорогам (проявляющееся не у всех) сочетается с целым рядом характерологических особенностей, развивающихся как у больных, так и у здоровых передатчиков. Сюда относятся вспыльчивость, брутальность, "напористость", конфликтность, мелочность, сверхаккуратность, педантичность, не соответствующая рангу поставленной цели, назойливость, вязкость, обстоятельность, неумение выделить главное, злобность, причудливо сочетающаяся с сентиментальностью (Эфроимсон В. Л., Блюмина М. Г., 1978).

Общеизвестно, что Достоевский обладал четко выраженным личностными особенностями, страдая при этом (еще до ареста) эпилепсией, причем эти особенности, как и эпилепсия, передавались по наследству. Отчасти ввиду этого факта, а также из-за бесчисленного количества гипотез, циркулировавших в психиатрии по поводу связи между эпилептоидностью и эпилепсией, в лаборатории генетики Московского НИИ психиатрии МЗ РСФСР этот вопрос подвергся генетическому анализу, хотя можно было только гадать, почему и чем объединены признаки эпилептоидности и эпилепсии

Ясно, что наличие одной, двух, трех личностных особенностей из перечисленных выше не может свидетельствовать о наличии эпилептоидной характерологии. Например, повышенная аккуратность и педантизм могут быть следствием строгого воспитания или синдрома навязчивости, защитной реакцией при церебральной астенизации или плохой памяти. Взрывчатость и брутальность могут быть следствием аффективности. Демонстративное доброправие, стремление к самоутверждению и гиперсоциальность могут обуславливаться истерическими компонентами личности. Таких независимых друг от друга черт и даже комплексов можно найти немало. Однако уже на первых этапах работы, в ходе изучения двумя врачами 43 семей (с наличием в части их других случаев эпилепсии), выяснилось, что при условном учете двенадцати ведущих признаков эпилептоидности среди 258 больных и их родственников имеет место особое распределение эмоциональных и поведенческих признаков. Между 215 не-эпилептоидами и не имеющими ни одного, реже 1, 2 или 3 признака из "эпилептоидного" комплекса, и 43 эпилептоидами, обладающими 6–9 признаками набора, переходы отсутствовали. Эпилептоиды имеют целостную структуру, определяемую взаимной (т.е. застреванием на мелочах) и насыщенной эффективностью, эмоциональной напряженностью, прямолинейным жестким упорством, конкретно-utiлитарной направленностью, повышенной самооценкой, эгоцентризмом, конфликтностью, мелочностью, взрыв-

чатостью с застреванием на деталях. У них проявляются демонстративная вежливость, предупредительность и слаженность, стремление поставить себя в сугубо положительном свете, тенденция к морализированию, нетерпимость, уверенность в собственной правоте.

В дальнейшем ходе изучения новых семей с наследственным эпилептическим-эпилептоидным поражением удалось сформулировать своеобразное правило: "Все или ничего".

1) Если у самого больного или у кого-либо из его близких родственников имеется ряд эпилептоидных признаков, то они распределяются в семье не "диффузно", т.е. с наличием 2–3 признаков у многих членов семьи, но собраны как бы букетом по 5–9 признаков, обычно у больного и еще 1, 2 или 3 его ближайших родственников, с тенденцией к мономерно-доминантному наследованию комплекса эпилепсия-эпилептоидность в семье.

2) Эпилептоидность обнаруживается большей частью у таких членов семьи, которые никаких судорожных припадков не имели; следовательно, гипотезы о психогенном, социогенном или травматическом происхождении эпилептоидности неверны.

3) В большей части семей с эпилептическим отягощением никакой эпилептоидности ни у больного, ни у его родственников нет.

Эпилепсия-эпилептоидность в роду Достоевских

Для принципиального понимания роли эпилептоидной характерологии в творчестве чрезвычайно информативны фактические данные о семье Достоевского, собранные, но совсем под другим углом освещения, М. В. Волоцким (1933).

Отец писателя, М. А. Достоевский, врач, восстановил утраченное дворянство и приобрел два села, Дарьево и Чермашня, с 570 душами крестьян.

М. А. Достоевский, прообраз Ф. Карамазова (кстати, Ф. Карамазов был владельцем села Чермашня, совпадение, конечно, не случайное), по письмам его внучки, отличался и в семейном и в помещичьем быту придиличной мелочностью, подозрительностью и тиранством. Из сохранившихся писем видно, как он настойчиво, въедливо допытывается по поводу чайной ложки и старого белья, заглядывал под постели к своим молоденьким дочерям в поисках несуществующих любовников, заставлял своих двоих сыновей отвечать уроки не только стоя, но и не прикасаясь к столу и т.д. Над своими крепостными он глумился систематично и садистски. Например, он любил незаметно, со спины подкрасться к работающему крестьянину, первым низко поклониться ему, а за то, что барин поклонился ему первым, отправить тут же на конюшню, на порку. Выведенные из себя его непотребствами, в частности сластолюбием, крестьяне убили его, причем при обстоятельствах, рассчитан-

ных целиком на неудержимую вспыльчивость М. А. Достоевского. Ему донесли, что такой-то крестьянин не вышел на барщину, да еще ругался. М. Достоевский сразу бросился во двор к непослушному, где его уже поджидало в засаде несколько крестьян. Его схватили, заткнули рот тряпкой, влили через нее припасенную бутыль спирта, погрузили в тележку, вывезли за деревню и вывалили в расчете, что смерть припишут пьянству. Конечно, дело раскрылось, много крестьян пошло под суд³.

Сочетание въедливой мелочности, дотошной аккуратности, предельной деспотичности и жестокости, как в семье, так и в отношении к крестьянам, неспособность выделить главное, существенное, бешеная вспыльчивость не оставляют сомнения в эпилептоидности М. Достоевского. Но, хотя жизнь его известна во многих подробностях, судорожные припадки у него никем не отмечены, они почти наверняка отсутствовали⁴.

У Ф. М. Достоевского эпилептические судороги начались еще до каторги, хотя подробно описаны в послесибирский период. Речь идет о еженедельных или ежемесячных, иногда даже дважды в день происходивших больших припадках с аурой, тяжелейшими судорогами, потерей сознания. При всем уважении к гению Достоевского его характерология не оставляет сомнения: это был деспот, взрывчатый, неудержимый в своих страстиах (кардинальных и аномально-сексуальных), беспредельно тщеславный, со стремлением к унижению окружающих и эксгибиционизму, соединивший все это со слезливой сентиментальностью, необычайной обидчивостью и вязкостью.

Несомненное наследование комплекса эпилепсия-эпилептоидность прослеживается у брата и сестры писателя, отсутствуя у четырех братьев-сестер. Эпилептики-эпилептоиды, дети М. А. Достоевского, передают предрасположение дальше. Несомненно, что многими эпилептоидными чертами, мелочностью, деспотичностью, въедливостью обладала сестра Ф. М. Достоевского, В. М., по мужу Карелина. Она внимательнейше опекала сына-студента, предписывая, какие лекции посещать в университете, какие — нет, а будучи очень богатой владелицей шести домов, проявляла поразительную склонность. Она не отапливала свою пятикомнатную квартиру даже зимой, питалась только изредка дешевыми продуктами и была убита дворником с помощником, знавшими о ее богатстве, склонности и одиночестве. Ее сын, А. П. Карелин, проявлял очень вязкое многословие с невыносимой детализацией эпилептоида. Очень вероятно, что

эпилептоидом был и чрезвычайно педантичный, пунктуальный, вязкий и вспыльчивый брат писателя, инженер А. М. Достоевский. Эпилептоидом был, вероятно, и старший сын этого брата, А. А. Достоевский, впрочем, избранный себе профессию, требующую большой настойчивости, аккуратности и точности — гистологию. Пятый сын А. М. Достоевского умер рано, по-видимому, от судорог. Трои других детей А. М. Достоевского комплекс не унаследовали. Сам Федор Михайлович передает предрасположение сыновьям Федору Федоровичу и Алексею Федоровичу, но не дочери, Л. Ф. Достоевской. Алеша Достоевский рано умер от судорог, по-видимому, бестемпературных. Федор Федорович Достоевский отличался преувеличенным чувством собственного достоинства, вспыльчивостью и обидчивостью. Вместе с тем он совершенно неутомимо мучил близких, требуя от них детальнейшего описания всяких мелочей, например, как был одет встреченный знакомый, что точно говорил и т.д.

На этой семье устанавливается существенная характеристика связи эпилепсии-эпилептоидности. Этот комплекс наследуется мономерно аутосомно-доминантно, с варьирующей проявляемостью, реализуясь то в форме чистой эпилептоидности, без припадков (М. А. Достоевский, А. М. Достоевский, А. А. Достоевский), то в форме и припадков, и эпилептоидности (Ф. М. Достоевский), судорожных припадков с неизвестной характерологией из-за ранней гибели пораженных (А. Ф. Достоевский — сын писателя, М. А. Достоевский — внучатый племянник писателя). Становится ясным, что вовсе не припадки как таковые социогенно, травматогенно или нейрогенно обуславливают специфическую характерологию: эта характерология обнаруживается у вовсе не припадочных представителей рода. Что до мономерно-доминантного наследования комплекса, то он демонстрируется вертикальной передачей на протяжении 4 поколений, немыслимой при рецессивном или полигенном наследовании.

Со смещением из-за психопатологии точки зрения видится многое такое, чего не замечают нормальные люди; благодаря своей акцентированной (чтобы не сказать больше) личности Ф. М. Достоевский лучше других понимал взрывчатые возможности человека. Вероятно, отсюда шли и его поиски обуздывающей власти религии, отсюда и легенда о Великом Инквизиторе, православие, верноподданность, дружба с Победоносцевым и разгромнейшие выступления против революционеров.

³ Мы сочли необходимым остановиться подробно на М. А. Достоевском ввиду неправильного освещения его личности “Литературной газетой” (Федоров Г., Кирхотин В., 1975). В случае сомнений отсылаем читателя к обширной документации в книге М. В. Волоцкого (1933).

⁴ Описание эпилептико-эпилептоидного синдрома, его наследование и проявление в ряду поколений в родословной Ф. М. Достоевского было сделано в монографии В. П. Эфроимсона и М. Г. Блюминой еще в 1978 г. Однако О. Н. Кузнецов и В. И. Лебедев, вновь анализируя данный вопрос в статье “Легенда о священной болезни Ф. М. Достоевского” (В кн.: Атеист, чтения. М.: Политиздат, (991. Вып. 20. С. 80 – 90), не упоминают и не цитируют результатов генетико-психиатрических исследований В. П. Эфроимсона и М. Г. Блюминой и, не учитывая их, приходят к амбивалентному выводу. — Прим. ред.

АТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ

К 30-летию членства Независимой психиатрической ассоциации России во Всемирной психиатрической ассоциации

Ю. С. Савенко

Работа отвечает на вопрос, что послужило основанием для приема НПА России 30 лет назад в члены Всемирной психиатрической ассоциации.

Ключевые слова: история НПА России.

30 лет назад, 17 октября 1989 г. на конгрессе WPA в Афинах НПА России была принята полноправным членом этой международной организации, на 2 года раньше Российской общества психиатров, после 7 летнего исключения Всесоюзного общества психиатров.

КАК ВЫШЛО, что возникшая только в марте того же года, небольшая организация была удостоена такой чести?!

В конспирологических версиях — любимом занятии спецслужб — не было недостатка. В первой же ячейке организации оказалось 4 провокатора, которые, как только ассоциацию приняли в WPA, попытались возглавить ее. А после их исключения, они раньше нас при активной поддержке Минздрава России были зарегистрированы под нашим именем и заваливали WPA переадресацией потока не откомментированных писем с мест, так как среди них не было психиатров.

Основной, отнюдь не технологической причиной принятия нас в WPA была почва, подготовленная самой советской властью, — беспрецедентный в истории мировой психиатрии масштаб использования психиатрии в политических целях. Контраст задач нашей ассоциации — исследовать это явление, чтобы сформулировать превентивные меры, и отрицание этого явления властями был слишком явным.

Другим обстоятельством был характер и профессиональный уровень деятельности с первых шагов нашей организации, начиная с программных докладов на учредительном съезде в присутствии делегации WPA и активной экспертной деятельности комиссии по пересмотру психиатрических диагнозов, не менее трети которых оказалась несостоятельной (что впоследствии подтвердилось), а поддержка журналистов обеспечила приток обращений из многих регионов страны.

И, наконец, деятельность ассоциации была поддержаня ведущими юристами в области психиатрии

А. И. Рудяковым и Б. А. Протченко, выступившими с двумя программными работами в журнале “Коммунист”, благодаря члену ЦК Отто Латису. Это заложило основу для разработки закона о психиатрической помощи.

Широкую общественную поддержку ассоциации обеспечило участие в ее организации известных правозащитников, узников Гулага Александра Подрабинека, автора книги “Карательная медицина” (1979 г.) и психиатра Анатолия Корягина, лишенного кандидатской степени за публикации за рубежом в 1981 году итогов деятельности “Рабочей комиссии по расследованию использования психиатрии в политических целях” (1977 – 1981 гг.) — “Пациенты поневоле”. А в 1992 году НПА выступила соучредителем Российского исследовательского центра по правам человека, объединившего более 10 правозащитных организаций, таких как Московская Хельсинкская группа, Союз комитетов солдатских матерей России, Центр содействия реформе уголовного правосудия, Фонды “Социальное партнерство” и “Право Матери” и др. В этом ряду НПА была единственной профессиональной организацией, что соответствовало нашему убеждению, что психиатрия и права человека нерасторжимое целое.

Но власть, воспитанная 70-летием советской идеологии, нетерпимо относилась к самоорганизации, которую до этого всегда имитировала, и поэтому видела во всем самодеятельном сорняки.

Наряду с провокаторскими приемами против НПА активно использовались различные способы очернения. Например, намеренная постановка на одну доску, вплоть до отождествления, с криминальной организацией, торговавшей заключениями о психическом здоровье, и защита этой организации от уголовного преследования. Другим приемом было обозначение нас “большевиками навыворот” — ловкая формула для отпугивания WPA и APA, подобно уравниванию

фашистов и антифашистов, игнорирующая в условиях какого режима это говорится и насколько адекватно. Но работавшая три недели в июне 1991 года инспекционная комиссия WPA под руководством Джима Берли не только разобралась в реальном положении вещей, но в своем тщательно обоснованном докладе, в частности на основании представленных ей НПА четырех “больных”, диагнозы которых были нами оспорены, удостоверила, что “маленькая НПА, официально не признанная советскими властями, в деле защиты психических больных, настойчивости и продуктивности эффективнее Всесоюзного общества”, членство которого было рекомендовано аннулировать.

На протяжении последующих лет делегация НПА встречала неизменную поддержку на конгрессах Всемирной психиатрической ассоциации, особенно в

лице таких ее президентов как Лопес Ибор, Норман Сарториус, Ахмед Окаша, Хуан Мессич, Ролло Май.

Ошибкой WPA было упразднение, с распадом Советского Союза и блока восточно-европейских стран, комитета по злоупотреблениям психиатрией, словно права человека не остаются, к сожалению, злободневной темой, накладывающей отпечаток и на научную деятельность. Ошибкой, хотя правильней сказать вынужденным шагом, было без должного протеста, разве что прозвучавшего на конгрессе с нашей стороны, принятие переименования “психически больного” в “потребителя психиатрических услуг”.

Однако цели и смысл WPA — установление фундамента знания и понимания своей профессии, ее актуальных задач и способов их решения, обмен опытом и международное сотрудничество — являются тем, что не может не объединить наши усилия.

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
- С.Н.Шишков — 2019, 6, 75 – 82

К вопросу о теории психиатрии¹

Идя вперед, нужно постоянно оглядываться назад

Ю. С. Савенко

Первым шагом построения теории психиатрии является установление ее места среди других наук и профессий. В историческом аспекте показано, что — как один из разделов антропологии — предмет психиатрии, ее категориальный аппарат охватывают то целое, которое аналитичнее изучают так наз. однослойные науки всех уровней, что предполагает необходимость интердисциплинарного подхода. Это целое фигурирует со временем во все более дифференцированном виде: как антропологическое, личностное, биopsихосоциальное, хотя правильнее говорить о социальной биopsиходуховной модели конкретного индивида.

Ключевые слова: теория психиатрии, психиатрия как раздел антропологии, критика социобиологии

Клиническая психиатрия — наука или искусство?

Уже более 2,5 тысяч лет назад Косская школа Гиппократа (ок. 460 — ок. 377 до н.э.) с ее “лечи не болезнь, а больного”, — соперничала с Книдской медицинской школой, которая преуспела в классификации болезней. А классификация — это и есть теория. Но надо иметь **ЧТО** классифицировать, т.е. прежде требуется описать болезни. Эта неизбежная последовательность и узкого эмпиризма, и феноменологии — начинать снизу.

После полутора тысячелетия господства нозографического влияния Галена (129 – 201/216) с его “каждый врач и философ” и что главное — диагноз, возобладала позиция “английского Гиппократа” Томаса Сиденгама (Th. Sydenham, 1624 – 1689): “медицина — искусство у постели больного, а не теория”. Но только спустя почти 200 лет исторически необходимая эпоха позитивизма, решительно отказавшаяся от метафизических спекуляций, из-за которых двоилось и множилось в глазах, начала смотреть как бы одним глазом, что обеспечивало четкость: “наука сама себе философия”. Попытки приоткрыть второй глаз, т.е. обратиться к философии, давали эффект глубины, но, подобно качанию маятника, наука следовала то одной, то другой моде, пока Гуссерль не ввел это раскачивание в состав своего феноменологического метода: вначале феноменологическая редукция, т.е. отказ от всех предвзятостей и предпосылок, а затем варьированием в воображении предмета рассмотрения во всех положениях, сочетаниях, ситуациях и контекстах достигалась его константность. Продолжая аналогию: обездвиженный глаз ничего не видит, необходимы его микронистагmoidные движения.

Итак, наука и искусство — разные, но не полярные и не несовместимые формы познания действительности.

Чтобы стать искусством, любое занятие должно пройти стадию ремесла, которое и есть наука. Только научившись всем приемам, овладев опытом предшественников, можно в любом деле стать Мастером с большой буквы, способным свободно импровизировать всеми приемами в соответствии с поставленной задачей. Для врача это индивидуализация на основе научного подхода. Это и есть искусство. “Танцующий в оковах”, — как сказал о Шопене Ницше.

О некоторых основных требованиях, предъявляемых к теории

О практической важности теории написано достаточно. “Научное сообщество переходит к новому видению явлений не тогда, когда публикуется решающий факт, а тогда, когда оно готово принять объясняющую его теорию” [1]. Даже оригиналную идею уже знаменитого Эйнштейна о геометризации тяготения не принял никто из физиков, пока он не воплотил ее в цельную теорию. Новые идеи принимаются, когда они встраиваются в фундаментальные достижения своего предмета, а не ниспрровергают их, когда они указывают собственные границы. Тем не менее, даже фундаментальные науки не имеют законченной теории. Более того, среди самих теорий идет постоянная борьба за выживание, но это свидетельство полноценной жизни, а не кризиса [2]. Наш критический взгляд на современные псевдореволюционные новации МКБ-11 связан с уязвимостью ее математических и философских оснований, с некой научной модой, с перевесом pragматических соображений над собственно научными, со сравнением клинического уровня современных монографий с германской, голландской, французской и отечественной литературой 1920 – 60-х годов, с фантастическим современным масштабом научных фальсификаций и падением этических норм. Такого не знала позитivistская эпоха. Сейчас невообразим пример Вильгельма Рентгена, Эмиля Крепелина, Германа Роршаха, Ганса Бергера, которые прославились своей научной сверхдобротой.

¹ Настоящая работа является дополнением нашей статьи “Биopsихосоциальная модель психических расстройств и интердисциплинарность” — НПЖ, 2018, 3, 8 – 13.

вестностью. И все же на самом деле все не так мрачно. Число настоящих профессионалов всегда было небольшим. Но сейчас найти их работы в океане информации не так просто. Необходим навигатор, но каковы критерии, которые в него заложены? Тематика? Число страниц? Число ссылок на автора? Может быть, привлекательность названия и аннотации? Современная научометрия еще слишком несовершенна. Но если честные работы просвещают, то иные смелые квазинаучные побуждают к активным перепроверкам и оказываются тоже полезными. Как сформулировал Карл Поппер, — работы, не вызывающие критики, не продвигают наше знание. Согласно его теории о трех мирах, где мир 1 — это мир всех физико-химических и биологических тел и процессов, включая нас самих; мир 2 — наше субъективное знание; а мир 3 — объективное знание, “почти всегда предположительное”, которое мы называем наукой и стремимся развивать, “самое невероятное” — это взаимодействие, обратная связь между миром 2 и миром 3, между нашим умственным ростом и ростом объективного мира 3. Это “дает нам возможность выйти за пределы самих себя... и кажется мне самым важным фактом всей жизни и всей эволюции”. Карл Поппер подчеркивал “центральную роль дескриптивного языка в человеческой культуре”, позволяющего описывать текущее, прошлое и возможное положение дел, даже биологически нерелеянное. “Информация не вливается в нас из окружающей среды, это мы активно всасываем из нее информацию, как и пищу... Органы чувств, всасывающие информацию из окружающей среды, генетически, как и логически, первичны по отношению к информации... Поэтому невозможно, чтобы все теории возникали в результате индукции или обобщения мнимых чувственных данных. Это решающий аргумент” [2, 3]. Это **ниспровержение ведущей роли индукции**, на которой держится значительная часть наших восприятий, знаний о мире и нашей науки, — главный и поистине революционный вклад Поппера, фундаментальное значение которого для клинической психопатологии не осознано и не повлекло практических выводов, хотя смыкается с феноменологическим методом, так как константность, достигаемая варьированием в воображении, не имеет ничего общего с индукцией.

Теория науки не сводима к ее метатеориям

Отечественные руководства избегают касаться самой темы теории психиатрии. Это связано не столько с отрицательным отношением к теоретизированию, сколько с трудностью перекинуть мост от прежних теоретических построений и необходимостью их слишком масштабной перестройки. Перевод на русский язык второго тома выдающегося многотомного издания “Психиатрия современности” — “Клиническая психиатрия” по редакцией Г. Груле, Р. Юнга,

В. Майер-Гросса и М. Мюллера (1967) [4], последних классиков немецкой психиатрии — не получил продолжения, и самый объемистый 600-страничный текст Рихарда Юнга, посвященный взаимоотношению психиатрии с другими науками с позиции критической онтологии Николая Гармана, в томе 1/1А — остался непереведенным, даже из второго было исключено несколько глав теоретического характера. Но это был фактически 1968 год. Аналогичные по значимости два энциклопедических сборника в отношении теоретических проблем биологии и генетики “Система гуманизма” под редакцией Джудиана Хаксли (1961, 1962) [5] также не были переведены, etc.

Предпринимавшиеся у нас в последние десятилетия редкие попытки построения теории были обычно не теориями своего предмета — психиатрии, а приложениями, фактически простыми примерами, иллюстрациями, подтверждающими на своем клиническом материале очередные метатеоретические особенности, — кибернетические, информационные, структурные, таксономические, семиотические, системные, синергетические, на основе теоретической лингвистики и др. Но в этом естественная особенность метатеорий, как сверхобщих, и бесплодность, например, информационной теории эмоций или информационной теории психотерапии. Попытка критической теории была предпринята в 2013 г. [6].

Задача профессионалов выяснить специфическое в своем предмете, в частности, специфическое в метатеоретических закономерностях, отличное от их проявления на биологическом, психологическом, содержательном уровнях, и выделять то особенное, что характеризует каждый индивидуальный случай психических расстройств. Если сосредоточение внимания на общих особенностях служит для типологии классификации, позволяющей получить координаты индивидуального случая для понимания его места на общепринятой многомерной карте, то переключение фокуса внимания на отличное, особенное, то, что так ценно для индивидуализации и составляет со времен Гиппократа основу врачебного искусства, подавляющим большинством врачей стирается, округляется, микшируется. Этим не только наносится ущерб конкретному больному, но и вызывается застой в своей профессии и науке. Все, что содействует пресловутым экономии усилий, времени, мышления, подобно нашей пагубной “реформе здравоохранения”, механизирует врачебную деятельность, превращает стандарты в шаблон.

Широкий горизонт возможностей имеет свои трудности и недостатки по сравнению с узким, который принуждает к углубленности вместо экстенсивности. Замечательная техническая и лабораторная оснащенность снижает клинические навыки врача, превращая его в обслуживателя приборов, поставляющих “объективные данные”, снижая напор диагностического интереса и отучая от клинического

мышления. Между тем, для психиатров в первую очередь, с большим отрывом от других медицинских профессий, самое главное в клинико-психопатологическом методе не инструментальные и лабораторные данные, а клинический опыт, уровень критической рефлексии, то, что в его собственной голове: ясная методичная последовательность без всякой жесткости, полнота исследования, феноменологические и герменевтические навыки.

Основанием наук является их предмет, а не метод

Примат метода как основания классификации наук Фрайбургской (Баденской) школы В. Виндельбанда и Г. Риккерта, как и господство гносеологии в диалектическом материализме, было опровергнуто В. Дильтеем, Н. Гартманом и др. Специфика каждой науки — в онтологическом основании, в ее предмете. “Каждый, кто хочет ближе познакомиться с методологией систематического естествознания, — писал Конрад Лоренц, — должен прочесть “Строение реального мира” Николая Гартмана или “Расслоенный редукционизм” Поля Вейса” [7, 8, 9].

Теория психиатрии — это, прежде всего, уяснение ее положения среди других наук и профессий в ходе ее исторического развития (3). Такая постановка вопроса сразу обнаруживает свою практическую значимость в свете прояснившейся для всех необходимости интердисциплинарного подхода.

Если первыми объектами познания были естественные целые, такие как Человек и Земля — антропология и естествознание, то в дальнейшем они делались все более аналитичными и многократно ветвились не строго симметрично, формально, а в соответствие с практическими потребностями. Так, разные науки образовывали гомологические ряды, а корректный сравнительный анализ требовал адекватного соответствия по рангу на теоретическом таксономическом дереве.

Всё существующее и знание о нем, разделенные на одушевленную и неодушевленную природу, со временем разделились: неодушевленная природа на неживую и живую природу (биологию), а позднее и одушевленная на душу (психологию) и дух (содержание сознания). Это деление стало основой классификации наук в соответствии с представлением о 4 онтологических слоях, в каждом из которых есть свои уровни, но не отменило необходимость наук большего охвата, прежде всего, антропологии, как науки, объемлющей все слои. Таким образом, даже в этой общепринятой типологии наук заложена антропная модель, а все однослойные науки являются наиболее аналитичным, а значит наиболее общим подходом.

Специфика каждой науки конституируется сочетанием определенного объекта и предмета. Предмет — это тот аспект рассмотрения, который определяется целями, задачами и вопросами той

или иной науки, ее проблематикой. Психология ограничивается психическим слоем, психикой, прежде всего, сознательной осмысленной деятельностью, тогда как для психиатра психопатологическая симптоматика — выражение всего целого, что связано с личностью. Надо ли говорить, что представление о слоях и уровнях является условным дидактическим приемом презентации меры сложности. Оно было наиболее стройно разработано в критической онтологии Николая Гартмана в 1930-х годах в 16 законах взаимоотношения слоев друг с другом.

Науки всех 4 слоев — физико-химические, биологические, психологические и науки о духе (гуманитарное знание) — настолько разветвились и переплелись, что даже их собственное обозначение стало проблематичным. Так, как показало известное исследование Зигмунда Кога (1959 — 1963, 1993) [10], предмет психологии потерял целостность, автономность, стал множественным и пересекающимся с другими научными дисциплинами. Эта ситуация усугубляется в силу отсутствия до сих пор строго разработанной общей теории психологии и учета всякий раз, особенно при сравнительных исследованиях, о каком смысле, охвате, масштабе, уровне, ранге и контексте идет речь в каждом исследовании. Наиболее активное наукотворчество сосредотачивалось на границах научных дисциплин, на их пересечениях, на актуальных практических проблемах, естественных целых, не считающихся с абстрактными формальными рамками.

Целостный подход антропологии оказался самым сложным и трудным, и смог стать предметом ТОЛЬКО философской антропологии, которая, вопреки своим древним истокам, прозрениям Блеза Паскаля (“все существо человека антиномично”), оформилась только в 1922 г. Максом Шелером, тогда как антропология как естественнонаучно фундированная дисциплина, оформляется с выходом “Антропологии для врачей и философов” Эрнста Платтера в 1772 г. и началом в том же году курса лекций И. Канта, который был положен в основу его “Антропологии с pragматической точки зрения” (1798). Сама **антропология разветвилась** на множество различных практически значимых направлений, среди которых — этологическая, в прошлом “зоологическая” антропология (место человека среди животного мира, его отличие от животного), палеоантропология (происхождение человека), физическая антропология, культурная, экологическая и др. Это обусловило формирование общей антропологии, базовые теоретические положения которой вырабатывают культурная антропология. Уже из этой истории хорошо видно, что такие **основные прикладные антропологические дисциплины как педагогика и медицина, прежде всего психиатрия**, существовали задолго до этого, неизбежно имея дело с человеком как целым, но с разными целями и задачами, которые и образовали их предмет. Поэтому важно иметь в виду, что **психопато-**

логическая симптоматика — проявление не психологического, а антропологического порядка, т.е. целостной личности, а целостность достигается сугубо конкретным индивидуальным подходом.

Такой подход стал возможным по миновании эпохи средневековья, т.е. эпохи тоталитарного, религиозного, корпоративного, однородно-массового сознания, не терпящего многообразия индивидуального в “темные времена”, когда люди чувствовали, думали и действовали одинаково. Все радикально меняется в эпоху Возрождения, в силу секуляризации, децентрализации духовной жизни и самоутверждения человеческой личности (G. Voigt, E. Cassirer) [11].

Декарт, Ньютона, Лейбница и Кант закладывают фундамент научного мировоззрения. Преемник Канта Иоганн Фридрих Гербарт издает в 1816 г. первый учебник психологии, а в 1824 – 25 гг. выходит его “Психология как наука, по-новому обоснованная с помощью опыта, метафизики и математики”. Первое руководство основателя научной психиатрии Филиппа Пинеля “Трактат о помешательстве или мании” (1801) было названо при переиздании “Медико-философский трактат о помешательстве” (1809), что подчеркивало необходимость в психиатрии философской рефлексии. Начиная с середины XIX века эпоха позитивизма ограничивает себя только объективными экспериментально добытыми эмпирическими фактами, принципиально отказываясь от философии. Преподавание антропологии как учебной дисциплины началось с 1879 г. в Рочестерском университете (США), а в 1884 г. в Оксфордском университете (Великобритания). В 1889 г. Стенли Холл (Granville Stenley Hall, 1844 – 1924) организовал первую педагогическую лабораторию, результаты деятельности которой стали основой педологии как антропологической комплексной науки о ребенке (“Adolescence”, v. 1 – 2, NY, 1904).

Основная развилка истории психологии в отношении самого ее предмета — 1874 год — это **физиологическая психология Вильгельма Вундта**, учеником которого был Эмиль Крепелин, ознаменовавшая завершение эпохи позитивизма, и **эмпирическая психология сознания Франца Б Brentano**, отделившего психологию, как науку об актах психических процессов, от наук о духе, т.е. о содержаниях сознания [12]. Из школы его ближайшего ученика Карла Штумпфа вышли и феноменология Эдмунда Гуссерля, и гештальт-психологическая школа. Им обязана и новая эпоха психиатрии, начавшаяся с появлением “Общей психопатологии” Карла Ясперса (1903, 1919, 1923, ... 1959) [13], преобразовавшей категориальный аппарат психопатологии на основе применения в клинической практике феноменологического метода Э. Гуссерля и методологических новаций Макса Вебера (объединения понимания и объяснения вместо их противопоставления и метода идеальных типов), а также герменевтики Вильгельма Дильтея. Но упот-

ребление самого понятия “психология” очень различно по своему объему и мере аналитичности в разные исторические периоды, в разных научных школах, в разных контекстах, вводя многих в заблуждение. Оно до сих пор распространяется и на содержание, хотя корректно говорить только о психологическом аспекте личности, о психологическом аспекте для нее этих содержаний, а не о них как таковых. Фундаментальное понятие “смысла” — не психологическая категория, ее психологический аспект далеко не единственный и не главный.

Антропологическими, т.е. целостными, являются персонажи художественной литературы, мемуары и свободные размышления на различные темы. Например, труды братьев Мечниковых: “Этюды о природе человека” [14] и “Этюды оптимизма” [15] Ильи Ильинича и “Культурное значение демонизма” и “Душевная гигиена” [16] Льва Ильича. Антропологическим является обычный повседневный взгляд любого человека — он целостен в пределах своей личности на каждый конкретный момент. Это наука аналитически разъяла человека как на вивисекции и с недоумением ищет душу, а потом пытается сложить обратно в целое. Ограничение науки аналитическим подходом — тупиковый путь.

Психопатологическая симптоматика в глазах психолога является психологической, социально-психологической, даже содержательно-психологической, заходя в сферу духовного слоя. В глазах психиатра она, прежде всего, вырастает из биологических основ — физиологических, биохимических и т.д., но охватывает также психологические и духовные. Угол зрения, а вернее аспект рассмотрения и его акценты, которые и составляют предмет каждой науки, на практике требует еще четко формулировать конкретные цели и задачи исследования.

Конкретная индивидуальная работа с психически больным это всегда неизбежно антропологический, т.е. целостный ко всем онтологическим слоям, а не однослоистый биологический и психологический подход. Что касается социального компонента в понятии биopsихосоциальной модели, то это не один из онтологических слоев, и не духовность, отличающая нас от животных, без которой нельзя говорить о личности, а самостоятельное вертикальное измерение, проходящее через все 4 горизонтальных онтологических слоя. Биopsихосоциальная модель является чисто инструментальным понятием, выражющим необходимость сочетания медико-биологических, психологических и социальных реабилитационных мероприятий [17].

Взаимоотношение психиатрии с физической антропологией

История психиатрии должна рассматриваться в контексте перемен в развитии медицины, науки, общества, повседневной жизни. Она переплетается с

формальной (государственные учреждения) и неформальной (самоорганизация научных обществ) институционализацией различных ветвей антропологии.

Один из заложивших фундамент научной медицины, наряду с Клодом Бернаром и Луи Пастером, Рудольф Вирхов (R. Virchow, 1821 – 1902), стал организатором в 1869 г. Берлинского антропологического общества и германской физической антропологии, а Адольф Бастиан — этнографической антропологии. И Вильгельм Вундт, и Эмиль Крепелин много сделали на этом поле. Французское антропологическое общество было основано Полем Брука раньше, в 1860 г. Российское — в 1863 г. в Москве во главе с зоологами А. П. Богдановым, инициатором первой кафедры антропологии в Московском университете, а затем Дмитрием Николаевичем Анучиным (1843 – 1923), который стажировался у Поля Брука и воспринял его взгляды. А в 1884 г. при Санкт-Петербургском университете было организовано Русское антропологическое общество во главе с доктором медицины по антропологии Берлинского университета Э. Ю. Петри, автором первого отечественного учебника по антропологии (1890, 1899). Тем самым сразу сложилось противостояние либеральной антропологии имперского многообразия Дмитрия Анучина в традициях Поля Брука и колониальной антропологии Берлинской школы, ее главного теоретика Адольфа Бастиана.

Антропология, начиная с Поля Брука, понималась как синтезирующий предмет, обобщающий полидисциплинарные подходы, включающий всю совокупность естественно-исторических знаний о человеческих типах.

В Киеве в 1889 г. антропологическое общество не было разрешено из-за опасения акцента на украинской особости. Однако курс антропологии не только читался ее апологетом проф. И. А. Сикорским (1842 – 1919), но проводились медицинские эксперименты над представителями по его выражению “низших рас” — евреев, цыган и русских сектантов. Последних Сикорский рекомендовал изолировать в психиатрических больницах. Сикорский развивал концепцию о “русской расе” как представителях высшей ветви “белой расы” (...). Аналогичные позиции репрессивной санитарии “русского национального тела” активно выдвигал В. Ф. Чиж (1855 – 1922), сменивший в 1891 г. в Дерпте, в ходе русификации, Крепелина. Еще дальше пошел теоретик русского национализма профессор психиатрии Харьковского университета, ректор Варшавского университета (1894), проф. Казанского университета, лектор Петроградского университета Павел Иванович Ковалевский (1850 – 1930). В советской и современной судебно-психиатрической литературе критика концепции прирожденного преступника Чезаре Ломброзо, а заодно всей криминальной антропологии, умалчивает, что Ломброзо объявлял расой только совокупных преступников, только патологические типы, но не эти-

нические типы, тогда как П. И. Ковалевский выделял не просто наследственные преступные типы, а наследственные преступные народы среди “инородцев” империи и развивал идеи защиты от наследственной дегенерации и “средств к ее искоренению”. С 1886 г. Ковалевский стал редактором журнала “Архив психиатрии, нейрологии и судебной психопатологии”, всего на три года позже журнала итальянской школы уголовного права. Вместо адекватного понимания Ломброзо, открывающего путь к индивидуальному измерению криминальной антропологии, а в поздних работах подчеркивающего социальные причины преступности, критики опираются на его эпигонов, отшатнувшись от самой тематики криминальной антропологии. В наше время попытки апологетики Сикорского нашими военными психиатрами сталкиваются с тщательно документированными книгами В. Менжулина “Другой Сикорский. Неудобные страницы истории психиатрии” (Киев, 2004) [18] и “Ното imperii. История физической антропологии в России (конец XIX — начало XX в.)” (М., 2008) Марины Морильнер [19].

Таким образом, физическая антропология стала ареной на редкость резкого противостояния левых и правых общественных движений — либерального и социал-дарвинистского, вплоть до откровенно расистского.

Изложенное — наглядный исторический пример того, как общая теория физической антропологии, апеллирующая подобно синтетической теории эволюции к целому популяции², а не целому индивида, индивидуальной личности, т.е. таких деиндивидуализированных целых как народ и государство, задолго до Ванзейской конференции (20.01.1942), посвященной реализации “окончательного решения” еврейского вопроса и последовавшего Холокоста, чревата антигуманными решениями и поступками. Это также то, что разделяет социологические концепции Макса Вебера и Эмиля Диоргейма — построения, начинающие с индивидуальной личности или надличностных целостностей. И хотя эти подходы дополнительны друг другу, с личности как основы начинают либеральные и правозащитные доктрины и международное право, а с более объемлющих целых — все религии и социалистические доктрины. “Только с самой широкой биологической точки зрения, — саркастически писал Конрад Лоренц, — рассматривая не индивидуальные особи, а вид в целом, мы можем считать связь между человеком и домашними животными взаимовыгодным “симбиозом” [20].

В наше время все разветвления антропологии, кроме философской антропологии и палеоантрополо-

² Популяция является элементарной единицей эволюционного процесса животного мира, в эпидемиологии, — разделе медицины не только инфекционных, всех заболеваний — этот термин имеет значение общностей различных размерностей, т.е. статистический смысл.

гии, стали разделами клинической эпидемиологии психических расстройств, проблематика которой охватывает все факторы их распространенности: географические, расовые, этнические, гендерные, возрастные, экономические, профессиональные, микросоциологические, криминологические, культуральные, конфессиональные и др., включая ситуации катастроф, социально-политического устройства и организации самой психиатрической помощи. Любая проблема и любое психическое расстройство имеет эпидемиологическое, т.е. статистическое измерение. Но эпидемиологические исследования могут называться клиническими, когда опираются на корректную диагностику. Популяционный подход связывает клиническую эпидемиологию с популяционной генетикой.

Этология и социобиология в психиатрии

Высокая устойчивость актов инстинктивного поведения привела в 1911 г. Оскара Хейнрота (которого Лоренц называет своим учителем) к их использованию в качестве таксономических признаков. Это стало основанием создания в начале 1960-х годов Конрадом Лоренцом и Николасом Тинбергеном новой науки этологии (от греч. *этос* — поведение), изучающей инстинктивные формы видоспецифического поведения в естественных условиях. В нашей стране этология получила возможность развития спустя тридцатилетие, с 1990-х годов, так как не сочеталась с “учением И. П. Павлова”. Лоренц, говоря о филогенетически возникших программах поведения — “инстинктах”, подчеркивал, что у человека, “существа с редуцированными инстинктами”, “длинные, замкнутые в себе последовательности врожденных способов поведения могут “разрываться”... и каждая часть этих последовательностей может быть независимо использована действующим субъектом” [7]. Начало применению этологии к человеку и к психиатрии положил в 1964 г. Детлев Плуг (D. Ploog) [21, 22], а начало социобиологии, распространившейся в Новом Свете, Эдвард Осборн Уилсон (E. O. Wilson), в 1975 г., определивший ее как “дисциплину, изучающую биологические основы социального поведения живых организмов, включая человека”. В отечественной литературе этой, стоящей особняком проблематике, посвящена на протяжении последних 30 лет большая серия работ, обобщенных в монографии В. П. Самохвалова, О. А. Гильбурда и В. И. Егорова “Социобиология в психиатрии” (М., 2011, 334 с.) [23] с посвящением ее основателю Эдварду Уилсону, в значительной мере повторяющей изданную в 2007 г. монографию О. А. Гильбурда “Шизофрения”. Увлекательно ярко, местами на высоком подъёме написанная книга смущает чрезмерной радикальностью своих обобщений без достаточно серьезных обоснований, без соавторства профессиала-генетика и биолога-эволюциониста, без опоры на методологов науки, с множеством неточностей, со

странной смесью по разному написанных частей и списка авторов в ссылочном аппарате, отсутствием в нем многих фундаментальных работ, даже Джона Холдейна (J. B. S. Haldane)³ и Эрнста Майра (E. Mayr), Н. В. Тимофеева-Ресовского, “Генетики этики и эстетики” (1995) В. П. Эфроимсона, “Науки о развитии жизни” (2006) Ю. В. Чайковского, и совершенно некорректным отождествлением социобиологии с этиологией, вопреки протестам W. D. Hamilton. Это не “терминологический конфликт”, а полное непонимание и игнорирование авторами совершенно разных теоретических ориентаций и стилей мышления — упрощенного бихевиористского и феноменологически фундированного когнитивного. Лоренц считал бихевиористскую доктрину лжеучением, которое угрожает моральным и культурным развалом (1972) [7]. Авторы недостаточно обсуждают проблему того, что этология при распространении ее на человека — это наука о животном начале в человеке, о том, что стирает границу между человеком и животным миром, проблему предельно заострённую в романе Жана Веркора “Люди или животные?” (1952). Более того, они кончают заявлением, что “антибиологизм в глобальном масштабе приведет к трансформации, вырождению и в конечном итоге к гибели самого лучшего, что есть в человеке — его биологического начала”. Мало того, что это давно ниспровергнуто генетикой⁴, это обнаруживает в них зародыш худшего риска социал-дарвинизма и полную декларативность их представлений о целостном подходе. Тем не менее, именно такие работы продвигают нас вперед. Не случайно, что Уилсон начинал в 1963 г. с запаха [25]. Роль запахов, язык запахов — фундаментальная вещь в живой природе, определяющая фактически на молекуляр-

³ А между тем Холдейн, один из наиболее выдающихся биологов, создатель, наряду с Райтом (S. Wright), математической теории генетики популяций, был вероятно первым генетиком, который в 1932 г. привлек внимание к проблеме признаков, “ценных для общества, но невыгодных для особи”, продолжая путь, начатый П. А. Кропоткиным и поддержанный У. Бэтсоном (W. Bateson).

⁴ Выдающийся генетик Герман Мёллер (H. J. Muller, 1890 – 1967), работавший в 1933 – 37 гг. в Москве, в книге “Из мрака” (1935) писал, что “тотальная стерилизация умственно отсталых ни в коем случае не предотвратит появление такой наследственности в следующем поколении” и даже “в последующих 20 поколениях”. В 1939 г. с аналогичным заявлением выступило подавляющее большинство генетиков за исключением лидера генетики в психиатрии Эрнста Рюдина и его круга. Сторонников стерилизации еще немало и в США, — простые объяснения легче воспринимаются населением и чиновниками. Примечательно, что широкому распространению в 1930-е годы социал-дарвинистских взглядов содействовала знаменитая антиутопия “О прекрасный Новый мир!” (1932) Олдоса Хаксли и его эссеистика [26]. Поэтому необходимо критическое проговаривание этой проблематики в школьных учебниках.

ном уровне выбор полового партнера или его отвержение и таким образом определяющая потомство.

Давно было отмечено, что как пограничные, так и психотические расстройства представляют регресс на инфантальный и совсем примитивный уровень. Уже Крепелин рассматривал психические расстройства как всевозможные по форме и степени тотальные и частичные инфантилизмы. Однако сходство пралогического мышления Л. Леви-Брюля и архаического мышления А. Шторха (A. Storch) с мышлением больных шизофренией не тождественны. Эпоха увлечения биогенетическим законом Эрнста Геккеля давно прошла, как и многие другие внешние сходства, запечатленные в повседневном языке. Например, когда мы говорим об “озверении”, это общепонятное и осмысленное выражение с научной точки зрения некорректно.

Проведение прямых корреляций между биологическим и культурным уровнем рассмотрения, т.е. редукция грандиозного массива опосредующих характеристик, это упрощение, которое сопоставимо с позитivistской редукцией философии. Игнорируется совершенно другой, качественно иной смысл всего целого, который оно приобретает с появлением духовности. Все то, что выглядит сходным, на самом деле является омонимами. Между тем, авторы легко отождествляют разнопорядковые понятия, когда пишут “генотипический, т.е. клинический”, тогда как генотипическое, т.е. наследственное, в котором инстинктивное поведение в чистом виде, — наш мысленный конструкт, который выступает в поведении человека в моменты его деиндивидуализации: в реакциях толпы, массы в экстремальных ситуациях — стихийных бедствиях, безвыходных ситуациях войны, массовых расстрелов. Эрнст Кречмер давно обратил внимание на общебиологический характер двух типичных реакций в таких ситуациях — паники или мнимой смерти — обе оказываются адаптивными для вида в целом. Но попытки найти ген совести или красоты повторяют заблуждение локализационистов относительно мозговых центров того же самого. Авторы пишут, что теоретическую основу социобиологии составляет теория Дарвина. То, что перенос теории Дарвина на человека и есть социал-дарвинизм со всеми его последствиями, их не смущает. Они сами разъясняют, что “дарвинская психиатрия обыкновенно понимается как применение идеологии неодарвинизма и дарвинизма к психическим расстройствам, прежде всего, с генетических позиций, как закрепленного в эволюции поведения ... на популяционном уровне” и определяют так свою социобиологию. В результате, работа авторов является наглядным примером того, как их многочисленные интересные эмпирические

исследования не складываются в теорию, а произвольно подвёрстывают под именование “социобиологии” и этологию, и экологию, и биоэтику, и Альберта Швейцера, датируя их годом издания соответствующих работ в России. Это пример несостоятельности теории социобиологии, по крайней мере, в редакции авторов, фактически отсутствия теории при нужде в ней. Они не использовали даже эволюционную эпистемологию в качестве метатеории своих представлений [27, 28].

(Продолжение следует)

ЛИТЕРАТУРА

1. Чайковский Ю. В. Наука о развитии жизни. Опыт теории эволюции. М., 2006.
2. Поппер Карл. Объективное знание. М., 2002.
3. Поппер Карл. Предположения и опровержения. М., 2004.
4. Jung Richard — Neurophysiologie und Psychiatrie // Psychiatrie der Gegenwart. Bd. 1/1A, Berlin, Heidelberg, New York, 1967.
5. “The Humanist Frame”. Ed. J. Haxley. London, 1961; NY, 1962.
6. Савенко Ю. С. Введение в психиатрию. Критическая психопатология. М., 2013.
7. Лоренц Конрад. Так называемое зло. Восемь смертных грехов цивилизованного человечества. Оборотная сторона зеркала. М., 2008.
8. Hartmann N. Der Aufbau der realen Welt. 2 Aufl. Berlin, 1949.
9. Горнштейн Т. Н. Философия Николая Гартмана. М., 1969.
10. Саугстадт Пер. История психологии. М., 2008.
11. Гайденко П. П. Эволюция понятия науки. М., 1980.
12. История психологии в лицах. Персоналии. Ред. Л. А. Карпенко. М., 2005.
13. Ясперс Карл. Общая психопатология. М., 1997.
14. Мечников И. И. Этюды о природе человека. М., 2018.
15. Мечников И. И. Этюды оптимизма. М., 2018.
16. Мечников Л. И. Культурное значение демонизма. Душевная гигиена. М., 2019.
17. Савенко Ю. С. Биopsихосоциальная модель психических расстройств и интердисциплинарность. // НПЖ 2018, 3, 8 – 13.
18. Минжуслин В. Другой Сикорский. Неудобные страницы истории психиатрии. Киев, 2004.
19. Могильнер М. Homo imperii. История физической антропологии в России (конец XIX — начало XX в.). М., 2008.
20. Лоренц Конрад. Человек находит друга. (1969). М., 1995.
21. Ploog Detlev. Verhaltensforschung und Psychiatrie // Psychiatrie der Gegenwart. Bd. 1/1B, Berlin, Heidelberg, New York, 1964.
22. Ploog Detlev. Ethological foundations of biological Psychiatry // Emrich H. M., Wiegand M. Integrative biological Psychiatry. Springer Verl. 1992.
23. Самохвалов В. П., Гильбурд О. А. Егоров В. И. Социобиология в психиатрии. М., 2011.
24. Кропоткин П. А. Взаимопомощь, как фактор эволюции человека и животных. М., 2011.
25. Wilson E. O., Bossert W. H. Chemical communication among animals. Rec. Progr. Hormone Res. 1963, 19, 673 – 716.
26. Головачева И. В. Наука и литература: археология научного знания Олдоса Хаксли. СПб., 2008.
27. Эволюционная эпистемология и логика социальных наук. Ред. В. Н. Садовский. М., 2000.
28. Эволюционная эпистемология. Антология. Ред. Е. Н. Князева. М., 2012.

Партнерство и интердисциплинарное сотрудничество ради достижения всестороннего благополучия¹

**Уриэль Хальбрейх², Томас Шульце³, Мишель Ботбол⁴, Афзал Джавед⁵,
Рой Абрахам Калливаялил⁶, Сухаила Гулум⁷, Давид Барон⁸,
Александр Морейра Алмейда⁹, Майкл Мусалек¹⁰, Вай Лун Алан Фунг¹¹,
Авдеш Шарма¹², Аллан Тасман¹³, Никос Христодулу¹⁴,
Зигфрид Каспер¹⁵, Габриэль Ивбиджаро¹⁶**

Здоровье — это состояние физического, психического и социального благополучия, а не просто отсутствие болезней и недомоганий.

Сложное переплетение здоровья, психического здоровья и благополучия требуют оперативного, устойчивого междисциплинарного партнерства в целях улучшения индивидуального и глобального благополучия и приближения к счастью. Первым шагом должна стать оценка характера и масштабов местных проблем в общемировом контексте. Отправной точкой исследований могут стать ежегодные отчеты Всемирной организации здоровья (ВОЗ), поскольку они демонстрируют общемировой характер стрессовых ситуаций и их связь с физическими и психическими расстройствами, связанными со стрессом. Инициаторами перемен и движения вперед в этом процессе должны стать специалисты в области психического здоровья. Здесь необходима активная жизненная позиция и установление партнерских отношений, которые имеют крайне важное значение.

Оценить имеющиеся данные, определить региональные потребности, а также то, как на них реагировать, и найти решение проблем должны местные эксперты. Мы надеемся, что наличие общих региональных проблем приведет к формированию Союзов регионального междисциплинарного сотрудничества (СРМС), которые будут совместно использовать необходимые ресурсы и уделять особое внимание уязвимым группам населения.

Международные эксперты и высокотехнологичные центры, расположенные в экономически развитых странах, будет поддерживать СРМС. Долгосрочная цель состоит в том, чтобы превратить понятие “стремление к счастью” в хорошо осознаваемую реальность.

Ключевые слова: интердисциплинарность, политика, психиатрия, здравоохранение, благополучие.

¹ Asia-Pacific Psychiatry. 2019; II:e12366; <https://doi.org/10.1111/appy.12366>

² Директор направления био-поведенческих исследований, SUNY-AB, Секция междисциплинарного сотрудничества ВПА, Буффало, Нью-Йорк, США.

³ Институт психиатрической феноменологии и геномики. Медицинский центр Мюнхенского университета, ВПА, Мюнхен, Германия.

⁴ Психиатрия детей и подростков, Университет Западной Британии, ВПА, Париж, Франция.

⁵ Медицинский центр. Поместье Нуниатон, Соединенное Королевство Великобритании; Психиатрический исследовательский центр. Фонд Хаус, Лахар, Пакистан.

⁶ Отделение психиатрии. Институт медицинских наук им. Пушапагири, Тирувалла, Керала, Индия.

⁷ Медицинская корпорация “Хамад”, Доха. Катар.

⁸ Западный университет медицинских наук, Секция психиатрии, медицины и первичной медико-санитарной помощи ВПА, США.

⁹ Научно-исследовательский центр духовности и здоровья, Федеральный университет Юйз-де-Фора, Бразилия.

¹⁰ Институт Антона Прокша, Институт социальной эстетики и психического здоровья — Университет Зигмунда Фрейда, Европейское общество по лечению алкогольной зависимости и сопутствующих заболеваний, Секция клинической психопатологии ВПА, Вена, Австрия.

¹¹ Университетский колледж, Северная Йоркская больница общего профиля, Университет Торонто, Канада.

¹² Центр психического здоровья Панвартиана, Секция религии, духовности и психиатрии ВПА, Дели, Индия.

¹³ Департамент психиатрии и поведенческих наук, Школа медицины Луисвилльского университета, Американская психиатрическая ассоциация (APA), Секция образования ВПА, Луисвилл, США.

¹⁴ Ноттингемский университет, Великобритания.

¹⁵ Факультет психиатрии и психотерапии Венского медицинского университета. Секция психофармакологии ВПА, Вена, Австрия.

¹⁶ Услуги по охране здоровья населения и семьи в лесном хозяйстве Уолтама, Лондон, Великобритания; Университет Нова, Лиссабон, Португалия.

1. ВВЕДЕНИЕ

После Второй мировой войны — несомненно, одной из самых глубоких и разрушительных травм в истории человечества — недавно созданная Организация Объединенных Наций (ООН) учредила Всемирную организацию здравоохранения (ВОЗ). В апреле 1948 г. на основе широкого международного консенсуса всех государств-членов был согласован Устав ВОЗ, принятый на Международной конференции здравоохранения (Нью-Йорк, июль 1946 года) (Off. Rec, 2006). В нем ясно и четко изложено определение полного (наивысшего) здоровья:

“Следующие принципы являются основополагающими для счастья, гармоничных отношений и безопасности всех народов. Здоровье — это состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не просто отсутствие болезней или недугов.

Наивысший достижимый уровень здоровья является одним из основных прав каждого человека независимо от расы, религии, политических убеждений, экономических или социальных условий.

Здоровье людей имеет основополагающее значение для достижения мира и безопасности и зависит от полноценного сотрудничества отдельных лиц и государств (United Nations Off. Rec. 2006)

Согласно той же концептуальной основе, психическое здоровье определяется (World Health Organization, 2014) как “состояние благополучия, при котором каждый человек в полной мере реализует свой собственный потенциал, можетправляться с обычными жизненными стрессами, работать продуктивно и плодотворно и вносить вклад в сообщество”.

Глобальный консенсус ООН-ВОЗ подтвердил основополагающий принцип Декларации независимости Соединенных Штатов (1776): “Мы исходим из той самоочевидной истины, что все люди созданы равными и наделены их Творцом определенными неотчуждаемыми правами, к числу которых относятся Жизнь, Свобода и Стремление к Счастью” (USA National Archive, 2017). Поскольку Томас Джейфферсон, главный автор Декларации США, считал себя последователем Эпикура, стоит отметить, что согласно этому великому эллинистическому философу: “Состояние Счастья — это спокойствие, свобода от страха и отсутствие физической боли, тревоги и страданий” (Epicurus, 1993; Ford, 1904).

Физическое и психическое равновесие в окружающей среде является важным принципом во многих разнообразных культурах. Независимо от развития мышления на Западе, в китайской и индийской медицине также считается, что динамичный баланс физического и психического — это движущая сила медицины. Таким образом, концепцию всестороннего благополучия можно считать универсальной, хотя ее толкования субъективны и разнообразны.

1.1. Благополучие: согласованное понимание понятия

В современную эпоху многие известные теоретики и исследователи психического здоровья, делали отправным пунктом “оптимальное”, “положительное”, или “нормальное” функционирование индивида. Такое функционирование охватывает психологические и поведенческие процессы, социально-экономическую среду, общество, культурные особенности и духовные верования, а также биологические процессы и взаимодействия систем мозга и управляемых различными мозговыми структурами систем тела (Diener, Suh, Lucar, & Smith, 1999; Bann et al., 2012; Barile, et al., 2013; Carson & Eid, 2008; Cloninger, 2004; Cloninger, 2013; Diener & Seligman. 2004; Jeste & Palmer, 2015; Jeste, Palmer, Rettew, & Boardman, 2015; Snyder & Lopez, 2002). Попытки всесторонней интеграции разнообразных аспектов благополучия были предприняты в США — это и большие глобальные обзоры, и оценки сообществ и статуса благополучия на национальном уровне.

Данные последних десятилетий, отраженные в обзорах и итоговых интерпретациях, широко доступны (Helliwell, Layard, & Sachs, 2016; Helliwell, Layard, & Sachs, 2017; Rath & Harter, 2010; Sachs, Beschetti, & Annatt 2016).

Однако спустя семьдесят лет после того, как эксперты и политики всего мира согласовали понятие, принципы и осознали глубокую важность благополучия, его операционное внедрение все еще остается проблематичным. Несмотря на единодушие многих принимающих решения лиц и богатство публикаций неформальных научных лидеров, опирающихся на хорошо доказанные данные, всесторонне-интегральный подход благополучия все еще не применяется в основных сценариях здравоохранения.

Важность всестороннего благополучия для общественного здоровья во всем мире подтверждается отчетами, согласно которым, серьезные психические и неврологические расстройства составляют приблизительно 13% Глобального Бремени Болезни (ГББ) (Collins, et al., n.d.; WHO, 2010). У людей с психическими расстройствами чаще отмечаются сердечно-сосудистые нарушения и метаболические синдромы, что ведет к повышенной смертности (Funk & Ivbijaro, 2008; McGinty, Balter, Azrin, Juliano-Bult, & Daumit, 2016). Взаимное пересечение психического и физического подтверждает представление о том, что главным являются всесторонние действия и сотрудничество на всех уровнях, а также межсекторное взаимодействие (Ivbjaro. 2017; Liu, et al., 2017). Очевидно, что если считать показатель Глобального бремени болезни для нарушенного благополучия, то он будет много выше, чем аналогичный показатель для психических и неврологических расстройств.

Партнерство и интердисциплинарное сотрудничество ради достижения всестороннего благополучия

Психиатры и другие специалисты в области психического здоровья в большинстве стран мира разделяют подобное беспокойство. Большинство профессионалов согласно, что серьёзным источником стресса в современных сообществах является нарушенное чувство собственной безопасности и стабильности, волны иммигрантов и беженцев с их культурными, религиозными, политическими, и социально-экономическими особенностями, отличными от принявших их стран, а такжеcanoобразные перемещения населения внутри страны — главным образом из сельских районов в городские промышленные центры, так называемые внутренние миграции.

Кроме того, в связи с глобализацией и развитием всесторонних коммуникаций различные уязвимые или “особые” группы населения, например женщины, дети и др., сегодня больше знают о своих правах и понимают их несоответствие законам, действующим в их странах. В некоторых традиционных обществах существует межпоколенческий разрыв между быстро изменяющейся действительностью и культурными нормами. Появилось много женщин с хорошим образованием, стремления которых противоречат ожиданиям их семьи, и они борются за самореализацию и получение равных прав.

Большое количество гендерно-ориентированных проблем, а также их широкое распространение, способствуют увеличению социальных различий и ведут к потенциальной нестабильности. В большинстве, если не во всех странах, у психиатров недостаточно человеческих и иных ресурсов для достижения оптимальных решений. Чтобы продвинуться, чтобы достичь благополучия, соответствующего старым и новым ценностям, исходящего из универсальных и индивидуальных, всесторонних и быстро меняющихся факторов, нужна институциональная и профессиональная самоадаптация, необходимо преобразовать мышление, знание и клиническую практику.

Поэтому обновленное, направленное в будущее, активное внедрение действий для достижения благополучия должно быть основано на оценке современной меняющейся действительности и на обоснованных прогнозах ближайшего будущего. Бессспорно, наш мир быстро изменяется. Глобализация находится в открытой конфронтации с национализмом, трайбализмом (фанатическая приверженность своей группировке) и коммерческим протекционизмом. Основные группы населения перемещаются из страны в страну или из сельской местности в городскую, влияя таким образом и на ту среду, которую они покинули, и на ту, в которую попали. Финансовые различия нарастают, а транскультурное непонимание и разногласия могут приводить к отсутствию толерантности и серьезным конфликтам.

Кроме того, быстро меняются технологии. Системы связи, персональная, административная, коммерческая и научная обработка данных, аппаратура и тех-

нологические процессы все быстрее и быстрее преобразуются, обновляются, изобретаются новые. Некоторые широко используемые сейчас технологии не существовали в предыдущем поколении, а следующее поколение, безусловно, будет функционировать с технологиями, которые еще даже не изобретены.

Оценка недавних, текущих и ближайших процессов приводит к выводу, что конформизм и инерция ведут в никуда. Необходима инновационная, основанная на реальных условиях реорганизация подходов, мышления, действий и организаций. В нашем нынешнем мире нет изолированных локальных проблем, это проблемы, которые должны касаться нас всех.

Таким образом, целью, к которой следует стремиться, является формирование и создание оперативных, устойчивых, междисциплинарных партнерств, направленных на осуществление мер по улучшению индивидуального и глобального благополучия. Партнерские отношения требуют вовлечения всех участников, включая пациентов, правительства и неправительственных организаций (НПО).

2. ДОРОЖНАЯ КАРТА К ДОСТИЖЕНИЮ ВСЕОБЩЕГО БЛАГОПОЛУЧИЯ

2.1. Принципы работы

2.1.1. Стремлению к общему знаменателю

Основной урок истории — это то, что почти каждое успешно изменяющее действительность действие было вызвано неудовлетворенностью текущей ситуацией. Способные вдохновить и повести за собой региональные лидеры определяют широкий общий знаменатель местных сообществ, провозглашают заведомо привлекательные и достижимые цели, берут на себя вычисление рисков и решительно и быстро ведут к конкретным действиям. Для того, чтобы достигнуть и удержать результаты, построенные на основе этих общих знаменателей, важны широкие коалиции.

В настоящее время существуют, по крайней мере, два распространенных поведенческих и умственных феномена, которые должны служить призывом к сплочению для совместных действий. В глобальном масштабе стрессовые ситуации и события встречаются везде; некоторые из них, такие как наводнения, землетрясения, цунами и т.д. (Christodoulou, Mezzich, Christodoulou, & Lecic-Tosevski, 2016) являются природными, другие — например, терроризм, войны, миграции, экономические катастрофы и др. связаны с деятельностью человека (Christodoulou, Mezzich, Christodoulou, & Lecic-Tosevski, 2016). Ожидание того, что кажется неизбежным, имеет негативные последствия. Кроме того, в клиническом масштабе отдельной личности, депрессия является основным симптомом и жалобой при любом заболевании. Ха-

рактерная особенность — это то, что упомянутые бедствия являются основополагающими и для пациентов, и для тех, кто о них заботится.

Стремление к Счастью, Процветанию и Здоровью является универсальной многоуровневой целью (Halbreich, 2018; United Nations Off. Rec, 2006), и специалисты в области психического здоровья должны взять на себя ведущую интегральную роль на всех уровнях.

2.1.2. Инициаторы реформ

Будучи экспертами по психическому здоровью и его нарушениям, психиатры и другие специалисты в области психического здоровья и их организации должны оценить свои собственные возможности и ограничения. Чтобы добиться успеха, активисты должны активно преодолевать встречающиеся препятствия. Самое главное — они могут и должны взять на себя инициативу в действиях, чтобы достигнуть и постоянно улучшать всестороннее благополучие пациентов. Более того, они должны также пытаться препятствовать тому, чтобы люди становились пациентами.

Любое политическое вмешательство должно быть за пределами клинической роли психиатра, однако пропаганда психического благополучия и защиты пациентов является наиболее существенной профессиональной обязанностью психиатров и имеет, на самом деле, некоторые политические последствия (Christodoulou, 2017). Благодаря оптимальному соединению своих навыков, психиатры хорошо знакомы с ситуацией и могут активно продвигать политику психического благополучия, профилактики психических болезней и заботы о психическом здоровье. Психиатры должны также поддержать и осуществить вмешательства, улучшающие благополучие населения на индивидуальном, социальном, и экологическом уровнях (Kalra, et al., 2012). Для того, чтобы на самом деле достичь оптимального сочетания навыков, необходимых для содействия и поддержания всеобъемлющего благополучия, молодых специалистов следует готовить к тому, чтобы они стали “социальными предпринимателями” (Drayton, 2006) и “создателями благополучия”.

2.1.3. Установки

Главным препятствием любому изменению является сопротивляемость изменениям и удовлетворенность текущим положением дел. Чтобы преодолеть общее согласие и инерцию, необходима большая сила. В психиатрии мы стали свидетелями того, как на протяжении нескольких десятилетий появляются все новые и новые знания, подтверждающие наличие измененных параметров функционирования мозга у пациентов с серьезными психическими расстройствами. Чтобы противодействовать этим патологическим изменениям, были осуществлены довольно эффективные фармакологические и поведенческие

вмешательства. В наше время профессионалы чувствуют, что существует прогресс, и что они способны помочь нуждающимся пациентам. Однако накопленное знание не ограничено биологией определенных изолированных компонентов мозга, где найдены сложные интерактивные совокупности нейронных связей. Тесное взаимодействие между психическими и физическими процессами и нарушениями является установленным фактом. Кроме того, уже хорошо изучено влияние на функции мозга, настроение и поведение разнообразных социальных, экономических, культурных, экологических и других процессов. Клинический психиатр сталкивается с потребностью рассмотреть несколько сложных проблем, и он должен взглянуть на себя в зеркало и смело признать, если это необходимо: “Я знаю недостаточно”. Затем профессионал должен ответить на вопрос, “Что я должен с этим делать, и как?”. И затем он должен начать действовать.

Чтобы управлять переменами, необходимо так обучить реформаторов, чтобы они стали “людьми, которые могут видеть устойчивые структуры вокруг себя, определять проблемы в любой ситуации, находить способы их решения, организовывать команды, проводить коллективные действия и затем все время адаптироваться к изменяющейся ситуации” (Drayton, 2006)

На организационном уровне каждая из профессиональных ассоциаций, имеющих дело с различными аспектами благополучия, должна содействовать утверждению идеи, что общественный интерес является главной целью, которой должны служить ее участники. Конфликт интересов не может рассматриваться вне деклараций “партнерства”, “сотрудничества” и “интеграции”. Существуют вопросы контроля, финансовых, институционального самосохранения, индивидуального и коллективного “эго” и многие другие опорные пункты статус-кво, которые препятствуют или подрывают прогресс. Если иметь в виду международные организации, такие как группы наций или национальных ассоциаций, то может появиться также множество политических сложностей, которые следует учитывать.

2.1.4. Партнерство для быстрого и стабильного прогресса

Действенный путь изменений является многоплановым. Стимулы для достижения благополучия должны быть разработаны и профинансираны правительствами (как уже сделано в некоторых областях и некоторых аспектах). Но для того, чтобы правительства действовали, требуется интенсивное лоббирование и давление.

Эффективное давление будет основано на качестве и количестве, потребностях и действиях, необходимых для достижения цели.

Партнерство и интердисциплинарное сотрудничество ради достижения всестороннего благополучия

Лучшим путем для достижения целей является создание коалиций профессиональных организаций специалистов, работающих в нескольких взаимодополнительных областях психического здоровья и благополучия. Лидеры сообществ, нуждающихся в помощи, должны быть вовлечены с самого начала. Создание коалиции должно осуществляться путем построения постепенно расширяющихся кругов. Первый круг может включать специализированные ассоциации, такие как специалисты в области социальной психиатрии, биологической психиатрии, неврологии, нейронаук, нейропсихофармакологии, зависимостей, определенных диагнозов (например, аффективные расстройства, стресс, шизофрения и т.д.), а также подразделения Всемирной организации здравоохранения по психическому здоровью и профилактике зависимостей. Другой одновременно формируемый круг объединит представителей таких профессиональных организаций, как объединения психологов, специалистов по социальной работе, общественным наукам, а также других медицинских ассоциаций, например, по семейной медицине, общей терапии и общественному здоровью. Затем будут включены представители поведенческой экономики, управления и других бизнес-организаций. Действительно, это — задача высшего руководства; поэтому, контроль за практическим управлением очень важен.

2.1.5. Как превратить стрессовые воздействия в возможности преобразования

Массовые миграции из сельских районов в городские столичные центры являются в настоящее время особенно травмирующим процессом во многих развивающихся странах и странах с переходной экономикой. Городские экономически развитые конгломераты притягивают молодежь практически в любой развитой экономике. Быстрое расширение и перегруженность городских мегалополисов создают множество ситуаций, которые вызывают тревогу, как у отдельных индивидуумов, так и у сообществ. За этим следует возрастание проблем с психическим здоровьем, таких как связанный с травмой стресс, самоубийство, агрессия и криминальное поведение. Эти проблемы оказывают особенно большое влияние на уязвимые группы населения: детей и подростков, беременных женщин и младенцев, мигрантов старшего возраста. Однако, как показано в плане роста и развития городов (City Rise, 2017), благодаря своим возможностям общения, высокой плотности населения, креативности и способности к предпринимательству, большие города могут стимулировать изменения. Опираясь на имеющиеся преимущества, города способны вдохнуть в процесс энергию и инициировать общенациональные действия. Психиатрия, имеющая в городах лучшую организацию, больше приспособлена для того, чтобы поощрять, руководить и поддерживать местных специалистов в области психическо-

го здоровья и соединить их с представителями местной власти и социальными активистами для улучшения общественного благополучия.

2.1.6. Стремление предоставить всем людям справедливый шанс для продуктивной и благополучной жизни, счастья и процветания

Стремление к счастью является всеобщим правом человека, но для того, чтобы его реализовать, необходим активный процесс его утверждения. (Epicurus, 1993; Ford, 1904; Halbreich, 2018; USA National Archives, 2017). Каждый индивид и каждая культура воспринимают счастье и процветание в своем собственном субъективном контексте. Из этого следует, что каждый должен иметь возможность следовать своим собственным путем. Следует учитывать различия между культурами, между поколениями, политические различия и имеющуюся напряженность (так же как миграция из одной страны в другую вызывает конфликты, миграции внутри страны приводят к конфликтам между людьми с различными традициями, устоявшимися ценностями и меняющимися отношениями). Поэтому проблемы, потребности и приоритеты должны быть определены местными профессионалами, глубоко погруженными в свои собственные сообщества и понимающими их специфику.

2.1.7. Политика и расширение прав и возможностей

Применение комплексного подхода к охране здоровья населения может начинаться с представления о том, что позитивный вклад в психическое здоровье и уход за больными связан не только со здоровьем, но требует использования более широких социальных детерминант здравоохранения (Funk & Ivbijaro, 2008; Liu et. al., 2017; McGinty, et al., 2016). При разработке методов оказания медицинской помощи и мероприятий, связанных с психическим и физическим здоровьем, нельзя ограничиваться только вопросами охраны здоровья. Центральную роль в этом процессе должны играть правительства и должностные лица, ответственные за введение в действие необходимых услуг и их оплату (Beecham & Knapp, 2001). Это позволит пациентам, тем, кто заботится о них, и тем, кто их лечит и поддерживает, стать настоящими партнерами и добиваться того, чтобы были запланированы мероприятия, основанные на реальном положении вещей, а также сформулированы более простые для понимания и применения способы оказания помощи.

2.2. Начальные этапы работы

2.2.1. Определение характера, масштабов и деталей проблем

Большинство стран отслеживают распространенность и частоту возникновения физических и психических расстройств и передают эти сведения Всемирной

организации здравоохранения или ее региональным отделениям. Организация ежегодно публикует Доклады о состоянии здоровья и здравоохранения в мире (“World Health Reports”), интерпретирует данные по странам, регионам и/или по всему миру и рекомендует меры по исправлению ситуации. Эти данные являются хорошей отправной точкой для планирования скоординированных действий.

Тем не менее, все согласны, что основным шагом для достижения эффективных и действенных решений является проведение исследований внутри страны, в ходе которых выявляются уязвимые группы населения. Предполагается, что физические и психические расстройства, связанные со стрессом, будут более широко распространены среди гражданского населения, проживающего в зонах конфликтов или в социально-неблагополучных зонах расширяющихся городов. В этих районах основное значение имеет расслоение по социально-экономическим параметрам, полу, ценностям, возрасту и этапам жизненного цикла. Для прогнозов на будущее и планирования распределения услуг необходима оценка изменений и тенденций во временном аспекте. Эпидемиологическое картирование должно проводиться с учетом местных перспектив в области здравоохранения на основе глубоких знаний о местных сообществах и культурах. Это должно быть основой определения характера и объема услуг.

2.2.2. Союзы регионального междисциплинарного сотрудничества

Для оказания услуг по обеспечению благополучия и профессиональной подготовки потенциальных участников этого процесса необходимы крупные финансовые и людские ресурсы, которые, к сожалению, могут оказаться недоступными не только для большинства развивающихся стран и стран с формирующейся рыночной экономикой, но и для многих развитых стран. Поэтому необходимо сформировать союзы регионального междисциплинарного сотрудничества (СРМС). Стимулом для сотрудничества региональных членов будет служить наличие общих проблем (например, факторы стресса, связанные с конфликтами, беженцами и внутренней миграцией) в сочетании с нехваткой ресурсов. В рамках каждой страны разграничение местных проблем приведет к созданию междисциплинарного, одобренного или поддерживаемого правительством консорциума, отвечающего за их решение. С этой целью необходимо установить корреляцию между физическими и психическими расстройствами, связанными со стрессом, и актуальными местными стрессогенными факторами, особенно в уязвимых группах населения. Это будет служить подтверждением необходимости интердисциплинарного сотрудничества.

Таким образом, в рамках СРМС основное внимание будет уделяться особенностям воздействия на та-

кие уязвимые группы населения, как люди, находящиеся в чрезвычайно острой или хронической стрессовой ситуации, женщины, девочки и дети, сталкивающиеся с серьезными жизненными трудностями (Herrman, 2016), люди старческого и преклонного возраста и лица, осуществляющие уход за ними, а также лица с давними психическими и физическими недостатками.

2.3. Системы оказания помощи и поддержки

1. Учреждение партнерства нескольких организаций будет облегчено созданием Международного междисциплинарного консультативного совета (International Interdisciplinary Advisory Board), который кристаллизует общие принципы и основу организации, рекомендует конкретные действия и определит приоритеты. Авторитет Совета будет значимым фактором осуществления сотрудничества и достижения единства. Его участники будут признанными экспертами в области дисциплин, которые способствуют обеспечению полного и всестороннего благополучия. Это должны быть открытые всему новому, прогрессивно мыслящие, умеющие убеждать лидеры, хорошо понимающие принципы партнерских начинаний и потенциал организаций. Хорошими кандидатами на эту роль будут представители управленческих структур, руководители промышленности и финансов.

Начальная повестка дня Международного совета (МС) будет включать определение процедур управления с целью усиления сотрудничества действующих организаций, консультации и помощь в переговорах с партнерскими организациями, учреждение и наблюдение за административной структурой консорциума, инициирование совместного бюджета и сбор средств, советы относительно интерпретаций и направлений целенаправленных исследований медико-социо-геополитического взаимодействия и рекомендации по учреждению и облегчению регионального сотрудничества.

МС будет контролировать, развивать и корректировать совместные планы. Это придаст устойчивость национальному, региональному и международному междисциплинарному сотрудничеству.

2. Согласно рекомендуемой МС повестке дня и приоритетам, будет основано множество рабочих групп. Мозговыми центрами и катализаторами рекомендуемых действий могут стать научные подразделения международных ассоциаций в сотрудничестве со специализированными организациями.

Конкретным примером деятельности может быть интегрированная, всесторонне структурированная оценка всех аспектов благополучия (физического, психического, социального, экономического, экологического, культурного и духовного) каждого клиента в каждом медицинском учреждении. Соответственно будут структурированы персонализированные

Партнерство и интердисциплинарное сотрудничество ради достижения всестороннего благополучия

и основанные на помощи сообщества превентивные действия.

Уровень компетентности специалистов, которые будут оценивать всестороннее благополучие и лечение, может оказаться недостаточным. На первом этапе необходимы междисциплинарные группы и новые программы обучения, которые будут воспитывать новое поколение “специалистов по благополучию”. Обучение должно начаться с развития молодежного лидерства среди реформаторов, за которым последует развитие навыков руководства для местных интегральных междисциплинарных функциональных клинических команд. Очень важно также обучение лидеров управленческим навыкам. Направлением основного развития может стать изменение отношения к необходимым диагностическим понятиям и подходам. Если понятия “здоровый”, “баланс взаимодействия”, “адаптация”, и “преодоление изменений” считаются фундаментальными (United Nations Off. Rec, 2006; World Health Organization, 2006; McEwen, 1998), то дисфорическое настроение может быть индикатором нарушения баланса или разрушения здоровья (Halbreich, 2006; Salye, 1956). В таком случае могут быть применены био-физиологические вмешательства, направленные на восстановление баланса между несколькими процессами; заметим, что в восточных культурах такие вмешательства практиковались в течение многих веков. Главными силами в этом процессе являются фармацевтические и производящие медицинскую технику отрасли промышленности. Их можно соблазнить величиной рынков “потребителей”, которую можно продемонстрировать путем целенаправленных исследований, интерпретаций и разветвлений, проясненных экспертами. Для всех заинтересованных сторон будут полезны клинические испытания, нацеленные на недавно проверенные препараты.

3. Для клинической службы и исследований Региональных центров очень важна инфраструктура. Централизация средств позволит также поддерживать международные совместные исследования.

А. Технология информационных коммуникаций (ТИК) (например, приложения по диагностике в смартфонах, информирование по интернету и смартфонам, программы раннего вмешательства, консультации и обучение по скайпу, сбор данных и управление). ТИК облегчит проведение консультаций экспертов, предоставляемых тем регионам, где имеются проблемы с клиническими и экспериментальными программами. Она также обеспечит поддержку национальных ассоциаций в области внедрения ориентированных на благополучие технологий и упростит интерпретацию и анализ данных, исследование результатов, взаимодействия и корреляции различных стратегий.

В. Лабораторный Центр для генетических, эпидемиологических и соответствующих клинических определений.

Возрастающая сложность диагностических и демонстрационных технологий делает их сложными и дорогостоящими. В то время как затраты на каждое исследование уменьшаются, в ускоренном темпе становятся необходимы инвестиции в новое современное оборудование. С другой стороны, сбор клинических образцов слюны и других тканей становится все проще и стабильнее. Поэтому тесный союз с центральными лабораториями, располагающими современным оборудованием, позволяет приблизить качество помощи в периферических клиниках к аналогичному показателю в передовых центрах.

С. Интегрированный социально-экономический и культурный Центр психического здоровья обеспечит экспертные консультации по вопросам культурного разнообразия, иммиграции, системы верований и экономически эффективных систем предоставления помощи.

Д. Консультационный центр по вопросам управления, а также Центр биостатистики предоставят дополнительные экспертные знания региональным центрам. Они также будут способствовать усилиению тесного взаимодействия централизованных систем помощи.

Е. Пациенты, их семьи и лица, осуществляющие уход, должны иметь возможность стать партнерами в разработке и предоставлении услуг. Весьма важную роль может сыграть наличие инфраструктуры, поддерживающей их предложения и действия.

3. РЕЗЮМЕ.

В силу распространенности психических и поведенческих расстройств при большинстве органических заболеваний, а также во всех культурах и различных сообществах, психиатрия должна стать инициатором концептуальных и практических преобразований на благо профессии и, безусловно, на благо наших пациентов, еще до того, как они станут “пациентами”. Всестороннее благополучие всех людей является вполне достижимой целью.

Перевод Л. Н. Виноградовой

ЛИТЕРАТУРА

- Bann, C. M., Kobau, R., Lewis, M. A., Zack, C., Luncheon, C., & Thompson, W. W. (2012). Development and psychometric evaluation of the public health surveillance well-being scale. *Quality of Life Research*, 21(6), 1031 – 1043. <https://doi.org/10.1007/s1136-011-0002-9>.
- Barile, J. P., Reeve, B. B., Smith, A. W., Zack, M. +M., Mitchell, S. A., Kobau, R., ... Thompson, W. W. (2013). Monitoring population health, for Healthy People 2020: Evaluation of the NIH PROMIS Global Health. CDC Health Day, and Satisfaction with Life Instruments. *Quality of Life Research*, 22(6), 1201 – 1211. <https://doi.org/10.1007/s1136-012-0246-z>.
- Beecham, J., & Knapp, M. (2001). Costing psychiatric interventions. In G. Thornicroft, C. Brewin, & J. Wing (Eds.), *Measuring mental health needs*. London, UK: Gaskell/Royal College of Psychiatrists.
- Carson, R. J., & Eid, M. (Eds.) (2008). *The Science of Subjective Well-Being*. New York NY: Guilford Press.

Уриэль Хальбрейх, Томас Шульце, Мишель Ботбол, Афзал Джавед и др.

- Christodoulou, G., Mezzich, J. E., Christodoulou, N. G., & Lecic-Tosevski, D. (Eds.) (2016). Disasters, mental health context and responses. UK: Cambridge Scholar Publishing (978-1-4438-8944-5).
- Christodoulou, N. G. (2017). Economic crisis and mental health-findings from Greece. *Die Psychiatrie*, 14(2), 90 – 94.
- CITIES RISE <http://cities-rise.org> (accessed: 12/2017).
- Cloninger, R. (2004). Feeling good-The science of well-being. New York: Oxford Press.
- Cloninger, R. (2013). What makes people healthy, happy and fulfilled in the face of current world challenges? *Mens Sana Monographs*, 11(1), 16 – 24. <https://doi.org/10.4103/0973-1229.109288>.
- Collins, P. V., Patel, V., Joestl, S. S., March, D., Insel, T. R., & Duar, A. S. (n. d.). Grand challenges in global mental health: A consortium of researchers, advocates and clinicians announces here research priorities for improving the lives of people with mental illness around the world and calls for urgent action and investments. *Nature*, 475(7354), 27 – 30. <https://doi.org/10.1038/475027a>.
- Diener, E. & Seligman, M. E. (2004). Beyond money: Toward an economy of well-being. *Psychological Science in the Public Interest*, 5(1), 1 – 31. <https://doi.org/10.1348/j.0963-7214.2004.00501001.x>.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R., & Smith, A. W. (1999). Subjective wellbeing: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276 – 302.
- Drayton, W. (2006). Everyone a change-maker: Social entrepreneurship's ultimate goal. MIT Innovation Magazine (Winter 2006 ed.) (pp. 1 – 27). Boston MA: MIT Press with Harvard University and George Mason University, www.mitpress.mit.edu/innovations.
- Epicurus (1993). The essential Epicurus letters, principals, doctrines, Vatican sayings and fragments. (Translated by E. O'Connor. Buffalo, New York USA: Prometheus books.
- Ford, P. L. (1904). The works of Thomas Jefferson. New York and London: GP Putnam's Sons.
- Funk, M., & Ivbijaro, G. (2008). Integrating mental health into primary care: A global perspective. WHO/WONCA.
- Halbreich, U. (2006). Major depressive disorder is not a diagnosis, it is a departure point for differential diagnosis-Clinical and hormonal considerations. *Psychoneuroendocrinology*, 31, 16 – 22. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2005.08.004>.
- Halbreich, U. (2018). Pursuit of Happiness, Prosperity and Health (P-HPH). *International Journal of Social Psychiatry*, 64(4), 307 – 308. <https://doi.org/10.1177/0020764018765033>.
- Helliwell, J., Layard, R., & Sachs, J. (Eds.) (2016). World happiness report, 2016 updates (Vol. 1). New York: Gallup Press. Volume.
- Helliwell, J., Layard, R., & Sachs, J. (Eds.) (2017). World happiness report 2017. New York: Gallup Press.
- Herrman, H. (2016). Improving the mental health of women and girls; psychiatrists and partners for change. *World Psychiatry*, 15(2), 190 – 191. <https://doi.org/10.1002/wps.20316>.
- Ivbijaro, G. (2017). Excess mortality in severe mental disorders: The need for an integrated approach. *World Psychiatry*, 16, 48 – 49. <https://doi.org/10.1002/wps.20382>.
- Jeste, D. V., & Palmer, B. W. (Eds.) (2015). Positive psychiatry-A clinical handbook. Washington DC: American Psychiatric Publishing.
- Jeste, D. V., Palmer, B. W., Rettew, D. C., & Boardman, S. (2015). Positive psychiatry: The time has come. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 76(6), 675 – 685. <https://doi.org/10.4088/JCP.14nr09599>.
- Kalra, G., Christodoulou, G., Jenkins, R., Tsipas, V., Christodoulou, N., Lecic-Tosevski, D. European Psychiatry Association (2012). Mental health promotion: Guidance and strategies. *European Psychiatry*, 27(2), 81 – 85. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2011.10.001>.
- Liu, N. H., Daumit, G. L., Dua, T., Aquila, R., Charlson, F., Cuijpers, P., ... Saxena, S. (2017). Excess mortality in persons with severe mental disorders: A multilevel intervention framework and priorities for clinical practice, policy and research agenda. *World Psychiatry*, 16, 30 – 40. <https://doi.org/10.1002/wps.20384>.
- McEwen, B. S. (1998). Stress adaptation and disease; allosteric and allostoxic load. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 840(1), 33 – 44. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1998.tb09546.x>.
- McGinty, E. E., Balter, J., Azrin, S., Juliano-Bult, D., & Daumit, G. L. (2016). Interventions to address medical conditions and health-risk behaviors among persons with various mental illnesses: A comprehensive review. *Schizophrenia Bulletin*, 42(11), 96 – 124.
- Rath, T., & Harter, J. (2010). Well-being: The five essential elements. New York: Gallup Press.
- Sachs, J., Beschetti, L., & Annett, A. (Eds.) (2016). World happiness report (2016 Rome special ed. (Volume, Vol. 2). New York: Gallup Press.
- Salye, H. (1956). The stress of life. New York, USA: McGraw-Hill.
- Snyder, C. R., & Lopez, S. J. (Eds.) (2002). handbook of positive psychology. New York: Oxford University Press.
- United Nations Off. Rec. World Health org. 2.10, 1946, Basic documents, 45th Edition. United Nations, New York NY, 2006.
- United States of America, Charters of Freedom—The declaration of independence. USA National Archives, Washington D. C., archives.gov, accessed: April 2017.
- WHO (2010). Atlas on substance use: Resources for the prevention and treatment of substance use disorders. World Health Organization.
- World Health Organization (WHO) United Nations, New York, 2006.
- World Health Organization (WHO) Mental Health: A state of well-being, updated August 2014. www.who.int/features/factfiles/mentalhealth/en.

Патокинез аффективных расстройств у больных с синдромом зависимости от опиоидов

А. А. Шмилович¹, В. И. Коньков²

Исследование проводилось с целью определения клинических корреляций между динамикой опийной наркомании и аффективных расстройств. Удалось проследить динамику аффективных нарушений, благодаря обнаружению у пациентов с различным стажем наркотизации того или иного преобладающего аффекта. Сделан вывод о том, что злоупотребление опиоидами кардинально изменяет аффективные параметры психики, меняя тип аффективного реагирования от биполярного (эйфории и гипотимии) к органическому (тревога и дисфория). Процесс опийной трансформации аффекта завершается фатальным его выхолащиванием с выходом на первый план апато-абулического состояния.

Ключевые слова: синдром зависимости от опиоидов, героиновая наркомания, патологическое влечение к наркотику, аффективные расстройства, апато-абулические, тоскливы, гипотимические, дисфорические, тревожные расстройства

В обширном множестве литературных источников, освещавших ключевые психопатологические феномены опийной зависимости, имеются указания на существенное клиническое значение в синдромальном становлении и дальнейшей динамике синдрома зависимости от опиоидов широкого спектра аффективных нарушений. По мнению большинства авторов до 70 % больных опийной (героиновой) наркоманией в период воздержания обнаруживают различные по степени тревожные и депрессивные расстройства [1 – 18]. Некоторые авторы, указывают на связь между депрессивными расстройствами и героиновой наркоманией, обнаружив зависимость клинических проявлений депрессии у этих больных от характера и степени наркотизации. Другие считают, что депрессия при героиновой наркомании — признак резистентности к проводимой терапии [17, 19]. При этом в 49 % случаев наблюдается связь между тяжестью депрессии и выраженностю тревоги. Так же прослеживается прямо пропорциональная связь между среднесуточной дозой потребляемого наркотика и тяжестью тревоги и депрессии [20].

До настоящего момента у различных авторов нет единства во взглядах на природу соотношения аффективных расстройств и синдрома зависимости от ПАВ. Одни указывают на коморбидность, в которой эти состояния патогенетически обособлены [21], другие утверждают, что аффективные расстройства — это часть синдрома зависимости от ПАВ [22], аргументируя это общими патогенетическими механизмами развития аффективной и аддиктивной патологии [23].

¹ Доктор медицинских наук, заведующий кафедрой психиатрии и медицинской психологии; Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова.

² Врач психиатр-нарколог, Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения г. Москвы.

В этих работах значительная роль отводится личностно-преморбидной предрасположенности. В частности, преобладание в анамнезе тех или иных синдромальных вариантов депрессивных расстройств определяется особенностями индивида, а тип преобладающего аффекта в дальнейшем определяет прогноз наркомании. Так, например, дисфорические депрессии, возникающие, как правило, у лиц с акцентуацией характера по возбудимому (эпилептоидному) типу, считаются самыми неблагоприятными в плане становления ремиссии [23].

В работе Гольдрина С. Э. обнаружено, что в зависимости от преобладания того или иного аффекта во время опиоидного абстинентного синдрома (ОАС) формируются следующие виды депрессий: тревожная (тревожно-фобическая) — 70,2 %, апатическая (апато-адинамическая) — 14 %, тоскливая (меланхолическая) — 8,8 %, дисфорическая — 7,0 %. Преобладают депрессии средней тяжести, а у 25 % развиваются тяжелые депрессивные состояния [24].

В работах Ю. П. Сиволапа основное внимание акцентируется на невротическом симптомокомплексе в абстинентном и постабстинентном периодах, а также на специфических для опийной наркомании изменениях личности [25, 26]. Традиционной для отечественной наркологии точкой зрения является утверждение, что у больных с большим стажем заболевания (более 5 лет) происходит регресс аффективной составляющей патологического влечения к наркотику (ПВН) и психического влечения к наркотику в целом [27].

В работах Благова Л. Н. и Рохлиной М. Л. в остром периоде синдрома отмены выделялись три вида аффективных расстройств — тоскливый, тревожный и дисфорический, которые тесно соседствовали с сомато-вегетативными проявлениями [2; 28]. В первом случае отмечались жалобы депрессивного характера — сниженное настроение с умеренной тревогой, страхом, тоскливостью и преобладанием слабости, вялости, апатии. Во втором варианте преобладала

тревога, проявляющаяся в “сильном внутреннем напряжении”, как это описывают сами больные, беспокойство, ощущение грозящей опасности, надвигающейся беды. И, наконец, при дисфорическом варианте преобладала возбудимость, гневливость, раздражительность, тревога и страх. Отдельно выделялся тревожно-дисфорический аффект, когда эти переживания многократно сменяли друг друга в процессе развития ОАС. Аффективные нарушения начинали выступать на передний план к 5 – 6 дню лишения наркотиков, когда самые яркие признаки синдрома отмены были купированы. В некоторых случаях наблюдалась собственно депрессия, характеризующаяся подавленным настроением, с предсердечной тоской (“камень на душе”, “тоска за грудиной” и пр.), но двигательная заторможенность при этом не отмечалась. Очень часто депрессивные жалобы больных сопровождались выраженной раздражительностью, общим недовольством обстановкой, лечением, нахождением в стационаре, а также гиперакузией, склонностью к дисфорическим реакциям. В общем целом такое настроение нельзя было назвать просто депрессивным или тоскливым. Оно было угрюмое, мрачное, что позволяло трактовать его как “дисфорично-угрюмую подавленность” [29].

Диссертационное исследование Балашова П. С. позволило автору выделить 5 вариантов абстинентных и постабstinентных аффективных расстройств у больных опийной наркоманией: тревожный, дисфорический, апатический, анестетический и истерический варианты аффективных расстройств [30]. При этом тревожный и дисфорический варианты аффективных расстройств на постабстинентном этапе трансформировались в ипохондрический и астенический варианты. Апатический вариант характеризовался явлениями негативной аффективности, которые являлись преобладающими. Депрессия проявлялась чувством отрешенности от прежних желаний, которое возникало внезапно с безучастностью к себе и окружающему, потерей интереса к своей деятельности. Для анестетической депрессии было характерно “притупление чувств”, изменение восприятия окружающего, нехватка “остроты ощущений”. Появлялся страх не обратимости изменений умственной деятельности из-за наркотизации. Дисфорический вариант проявлялся неустойчивостью настроения со вспышками раздражительности. Преобладало тревожно-злобное настроение с озлобленностью, агрессивностью к окружающему, склонностью к разрушительной деятельности. Внимание полностью было сфокусировано на собственных неприятных ощущениях. Истерический вариант на этапе абстинентного синдрома проявлялся привлечением внимания окружающих к себе и своему состоянию. Поведение было демонстративно-аутодеструктивным с “суициальным шантажом”, носило требовательный и зависимо-беспокойный характер с манипулятивными тенденциями.

При тревожных депрессиях на этапе абстинентного синдрома мысли больных сосредотачивались на предстоящем несчастье (тревога “вперед”); они выглядели угнетенными, подавленными, боязливыми. Тревожные опасения сочетались с соматовегетативными нарушениями. Тревога являлась преобладающим синдромом. Апатический, анестетический и истерический варианты отмечались терапевтической резистентностью и худшим прогнозом.

Наблюдения Л. Н. Благова, опубликованные в середине 90-ых годов (период эпидемиологического роста случаев героиновых наркоманий в России), позволили обнаружить характерные именно для этого варианта химической аддикции изменения в эмоциональной сфере. Они отличались постепенным ее выхолащиванием и своеобразным опустошением. В этих изменениях прослеживались аналогии с шизофреническим дефицитом. Индивидуальные особенности личности и длительность заболевания здесь играли решающую роль. Снижение общей энергетики, своеобразное “похолодание” эмоций, нарастание апатического компонента, расценивались, как специфические динамические изменения личности, которые являлись следствием хронической опийной интоксикации. Их формирование происходило с первых лет болезни, они тесно вплетались в структуру изменений эмоциональной сферы [2]. Тревожно-депрессивный вариант постабстинентного периода был характерен для группы с давностью заболевания от 5 до 10 лет. Тревожный вариант был преобладающим среди лиц молодого возраста (до 25 лет), при давности заболевания, как правило, до 10 лет. Дисфорический вариант встречался в более возрастном контингенте больных при давности заболевания выше 10 лет. И дисфорический вариант постабстинентного периода встречался в возрастной группе от 26 лет и давности заболевания более 10 лет [2].

Анализ литературных источников создает предпосылки для клинических научных исследований на стыке наркологии и психиатрии, направленных на детальное феноменологическое изучение и классификацию аффективной патологии, сопровождающей опийную зависимость. Особый практический интерес представляет динамика аффективных синдромов, их трансформация и интеграция с другими психопатологическими и аддиктивными нарушениями.

Материалы и методы

Работа выполнялась на базе Московского научно-практического центра наркологии. Исследование было выполнено на 122 госпитализированных больных (75 мужчин и 47 женщин) в возрасте от 18 до 55 лет (средний возраст $34,58 \pm 0,15$ лет) с синдромом зависимости от опиоидов, в психическом статусе которых ведущее или существенное место занимали аффективные расстройства.

Критерии включения: поступающие больные принимались в исследование, если поступали на лечение в опиоидной интоксикации или с неосложненным синдромом отмены. Допускалась комбинация употребления опиоидов и других психоактивных веществ (ПАВ), но не более двух раз в неделю.

Критерии исключения: пациенты с тяжелыми органическими поражениями головного мозга, хроническими заболеваниями внутренних органов в стадии декомпенсации, процессуальными эндогенными психическими заболеваниями, больные, госпитализированные по решению суда (установочные мотивы), ВИЧ-инфицированные больные, больные, поступившие в ремиссии.

На каждого респондента заполнялась специальная карта обследования, которая включала в себя пол, наследственность, а также результаты обследования, полученные с помощью клинико-психопатологических и психометрических методик.

Для статистической обработки полученных данных использовалась программа “STATISTICA 10.0 (USA, Statsoft Inc.)”, где оценка статистической разницы проводилась по критерию χ^2 Пирсона (р). Данные представлены в виде среднего арифметического и стандартного отклонения (непрерывные количественные переменные), отношения шансов (Odds Ratio (OR)) и 95 % доверительного интервала (95 % Confidence Interval (CI)) (номинативные переменные) [31].

Результаты и их обсуждение

Клинико-психопатологический анализ аффективных нарушений позволил выделить четыре их варианта по преобладанию основных аффективных симптомов (тоска, тревога и/или дисфория, эйфория, апатия).

Первый вариант — “**тоскливо-гипотимический**” (33 пациента, 27,05 % общей выборки) был представлен витальными переживаниями угнетенности, уныния, скорби и подавленности со снижением психической и моторной активности. Больные этой группы сразу после купирования “ломки” пускались в глубокие самообвинения, расценивая наркотизацию, как слабость своего характера и воли. Им были свойственны идеи самоуничижения, они ограничивали себя пределами постели, ни с кем не общались. Нередко депрессивно-окрашенная саморефлексия доводила пациентов до отчаяния и суицидальных мыслей.

Второй вариант — “**тревожно-дисфорический**” (43 пациента, 35,25 % общей выборки) отличался той или иной степенью психомоторного возбуждения в структуре ажитации и импульсивных дисфорий. Эти аффекты так часто сменяли друг друга, что в какие-то моменты можно было говорить об их одновременном сосуществовании. Больные выглядели очень напряженными, мимика отражала сильное волнение, беспо-

койство, ожидание какой-то беды, несчастья. Во время приступов раздражения больные демонстрировали недовольство окружающими пациентами, медперсоналом, врачами, режимом отделения или самим собой.

Третий вариант — “**дуршливо-эйфорический**” (16 пациентов, 13,11 % общей выборки) характеризовался стабильным подъемом настроения с возбуждением, элементами идеаторной, речедвигательной и сексуальной расторможенности, вспышками кратковременной раздражительности, многократно сменявшимися беспечным весельем с дуршливостью, потерей чувства дистанции и вызывающе-привлекательным поведением.

Четвертый вариант — “**апато-абулический**” (30 пациентов, 24,59 % общей выборки). У этих больных на фоне незначительно подавленного настроения на первый план выходили безразличие, безучастность, отрешенность, отсутствие стремления к чему-либо, безволие, нежелание что-либо делать. В отделении они сторонились контактов, не интересовались выпиской, пассивно подчиняясь режиму. Каких-либо однозначных эмоций и чувств к происходящим событиям и прогнозу у этих больных верифицировать не удавалось. В беседе они вели себя по большей части аспонтанно, отвечая на вопросы короткими, формальными фразами.

По стажу систематической опиоидной наркотизации больные были распределены в три группы: до 5 лет — 26 пациентов (21,31 %), от 5 до 10 лет включительно — 24 пациента (19,67 %) и более 10 лет — 72 пациента (59,02 %).

Субъективно только 17 больных (14 % общей выборки) не отметили каких-либо изменений в эмоциональной сфере за весь период злоупотребления опиатами. Остальные 86 % заметили это уже в первые годы, указывая на появление в разные периоды депрессивных, дисфоричных, тревожных или апатических проявлений. После получения объективных сведений со слов родственников, в исследовании не осталось ни одного больного, у кого со стороны не отмечалось бы изменений аффективности. В 100 % случаев на эти изменения указывалось как на устойчивую тенденцию, а не как на временные, спорадические вспышки с последующим возвращением на прежний уровень.

Дизайн исследования был выстроен таким образом, чтобы проследить динамику и видоизменения аффективных расстройств в клинике заболевания, поэтому оценка представленности различных клинических вариантов аффекта проводилась отдельно у пациентов с коротким, средним и длинным стажем наркотизации с последующим сравнением переменных значений.

Результатом этих сравнительных исследований оказалась достаточно четко вырисовывающаяся последовательность патокинеза аффективных сим-

птомов. На ранних стадиях опийной зависимости в подавляющем большинстве случаев преобладал дурашливо-эйфорический тип аффекта. Это объяснялось с одной стороны еще относительно низкими средне-суточными дозами героина, активной социальной позицией в среде наркоманов, что было обусловлено поисковыми мотивациями. Нельзя исключить и ранние проявления эйфорического варианта психоорганического синдрома с псевдопаралитическими “лобными” изменениями личности.

При среднем стаже наркотизации (от 5 до 10 лет) аффект инвертировался с формированием устойчивого тоскливо-гипотимического настроения. По всей видимости, это было обусловлено резким ростом толерантности и развитием типичных для второй стадии наркомании больших наркоманических синдромов, в частности синдрома измененной реактивности, когда действие героина начинало оказывать депрессогенный эффект, усиливающийся после безуспешных попыток использовать очередную дозу с антидепрессивной целью. Кроме этого, следует отметить частое развитие у этих больных спонтанных аффективных фаз, приближающих психопатологическую картину ремиссий к БАР 2 типа.

Отдаленный этап опийной зависимости (стаж более 10 лет) характеризовался доминированием тревожно-дисфорических аффектов. Это объяснялось выходом на “плато” толерантности с постепенным ее снижением и естественным удлинением периодов абstinенции. Чем более продолжительными оказывались некупируемые “ломки”, тем более острыми и постоянными становились дисфорические нарушения. При этом, появление устойчивой тревоги знаменовало у этих больных скорое приближение к психотическим нарушениям экзогенной природы. У части пациентов с высоким и сверхвысоким стажем наркотизации, особенно у тех, кто по разным причинам предпринял попытку замены героина метадоном, произошла трансформация аффекта с его практически тотальным выхолащиванием. Формировался апато-абулический вариант аффективного состояния, чрезвычайно напоминавший терминальные стадии тяжело протекающей шизофрении. При этом наблюдалась своеобразная опиоидная “аутализация” личности, превращавшая больных в пассивно-подчиняемых и безучастных аддиктов, не получавших каких-либо видимых или ощущимых эффектов от приема опиоидов. Необходимо отметить, что этот тип аффективного реагирования становился преобладающим тогда, когда на первый план постепенно выходила симптоматика психоорганического синдрома и аспонтанной энцефалопатии.

ВЫВОДЫ

1. Динамика синдрома зависимости от опиоидов на всем своем протяжении тесно связана с развитием затяжных и устойчивых аффективных расстройств,

определенящих постоянный тип аффективного реагирования измененной личности

2. Аффективная составляющая синдрома зависимости от опиоидов обнаруживает динамику от первонаучальных дурашливо-эйфорических и тоскливо-гипотимических к последующим тревожно-дисфорическим и апато-абулическим вариантам. Иными словами, вначале мы видим эндогенную биполярность, которая в дальнейшем сменяется на органическую тревогу и дисфорию, и заканчивается состоянием, сходным с терминальными периодами шизофрении или органической деменции

3. Злоупотребление метадоном способствует более быстрому развитию депрессивного аффекта по апато-абулическому типу

ЛИТЕРАТУРА

1. Благов Л. Н. Эмоциональные расстройства в клинике опийной наркомании. // Сб.: Материалы междунаучн. конф. Гродно, 1993, с. 301 – 302.
2. Благов Л. Н. Аффективные расстройства при опийной наркомании. Дисс. к.м.н., 1994.
3. Вельтищев Д. Ю., Гуревич Ю. М., Еращенко Н. А., Серавина О. Ф. Расстройства депрессивного спектра у больных наркоманиями (клинико-патогенетическое исследование). // Ж.: Социальная и клиническая психиатрия. 1992, т. 2, в № 4, с. 54 – 60.
4. Михайлов М. А. Психопатологическая структура и динамика острой эфедрон-первитиновой и опийной интоксикации". Дисс. к.м.н., 1992.
5. Погосов А. В. Некоторые клинико-динамические особенности опийного абстинентного синдрома. // Сб. научн. трудов. Тезисы работ. Душанбе. — 1992. — с. 19 – 22.
6. Погосов А. В. Опийные наркомании. // Автореферат д.м.н. Томск. — 1992. — с. 1 – 36.
7. Погосов А. В. Опийные наркомании (клинические, патохимические, терапевтические аспекты). // Дисс. д.м.н. Душанбе. — 1992. — с. 309.
8. Бориневич В. В. Наркомании. М. — 1963. — с. 5 – 275.
9. Иванец Н. Н. Место антидепрессантов в терапии патологического влечения к алкоголю. // Сб. Антидепрессанты в терапии патологического влечения к психотропным веществам. М.: Политех-Ф. — 2000. — С. 8 – 16.
10. Иванец Н. Н., Надеждин А. В. с соавт. Применение клопиксола (зуклонепентиксола) у подростков, страдающих героиновой наркоманией. // Вопросы наркологии. — 2000. — № 3. — С. 7 – 13
11. Иванец Н. Н., Винникова М. А. Применение рисполепта (рисперидона) при лечении больных героиновой наркоманией. // Психиатрия и психофармакотерапия. Т. 4. — 2002. — № 1. — С. 33 – 36.
12. Рохлина М. Л. Аффективные расстройства у больных с осложненными формами опийных наркоманий. Вопросы социальной и судебной психиатрии. Материалы совместной научно-практической конференции 28 – 30 января 1981 г. Вологда. — 1981, — с. 22 – 25.
13. Врублевский А. Г., Чирко В. В. Проблемы наркологии. Душанбе, — 1989. — С. 230 – 232.
14. Аффективные расстройства при современных формах наркоманий. — Ж. “Синапс”, 1993, № 3, С. 56 – 62 (в соавторстве с М. Л. Рохлиной и В. В. Новаком).
15. Киткина Т. А. Клиническая характеристика терапевтических ремиссий у больных опийной наркоманией. // Ж. ВН. М. — 1993. — № 4. — с. 19 – 23.

Патокинез аффективных расстройств у больных с синдромом зависимости от опиоидов

16. Козлов А. А. “Наркоманическая” личность / А. А. Козлов, М. Л. Рохлина // Журн. невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2000. № 7. — С. 23 – 27.
17. Kosten T. R., Rounsaville B. J., Kleber H. D. // Arh. Gen. Psych. 1986. — v. 43. — № 6. — p. 733 – 738.
18. Kosten T. R. Psychopathology in opioid addicts. // Psych. Clin. North. Am. 1986. — № 3. — p. 915 – 932.
19. Kosten T. R. Neurobiology of abused drugs. Opioids and stimulants. // J. Nerv. Ment. Dis. — 1990. — V. 178. № 4. — p. 217 – 227.
20. Ненастева А. Ю., Бойко Е. О., Гуревич Г. Л. Качество жизни у больных с зависимостью от опиатов и перспективы использования его показателей в наркологической практике: результаты пилотного исследования. // Вопросы наркологии. 2006. -№ 6. — С. 3 – 11
21. Мухин А. А. Лечение алкоголизма: возможности применения новых психотропных препаратов — ципрамила и флюанксола (обзор литературы) // Современные методы лечения депрессии и психозов: Симпозиум Лундбек. — Киев. — 2000. — С. 21 – 24.
22. Никитин Ю. И., Демидов А. Ю., Гасан-Заде Н. Ю., Баталев В. Г. Применение антидепрессантов при лечении больных алкоголизмом // Врачебное дело. — 1987. — № 2. — С. 105 – 107.
23. Влох І. Й., Животовська Л. В., Петрина Н. Ю. та ін. Застосування препаралів фшлепсин і леріон у комплексні терапії хворих з алкогольними депреями // Архів психіатрії. — 2001. — № 1 – 2. — С. 49 – 52.
24. Гольдрин С. Э. Аффективные нарушения у больных опийной наркоманией в структуре опийного абстинентного синдрома и во время ремиссии // Наркология № 9 — М., — 2003. — С. 44 – 50.
25. Сиволап Ю. П., Савченков В. А. Злоупотребление опиоидами и опиоидная зависимость. — М.: Медицина, — 2005. — 301 с.
26. Сиволап Ю. П. К проблеме изменения личности у больных опийной наркоманией // Рос. психиатр, журн. — 2003. — № 2. — С. 51 – 58.
27. Колищанская Е. П., Четвериков Д. В. Аффективные расстройства при опийной наркомании. // Опийная наркомания в молодом возрасте. — 1998. — С. 16 – 20.
28. Рохлина М. Л., Киткина Т. А., Губанов Г. А. Применение паксила (пароксетина) при героиновой наркомании // Наркология. — 2004. — № 6 — с. 57 – 62.
29. Польшакова И. Н., Владимирова К. В. Исследование эмоционально-личностной сферы наркозависимых больных. Международный журнал экспериментального образования. — 2014. — № 6-1. — С. 16 – 18.
30. Балашов П. С. Аффективные нарушения в абстинентный и постабстинентный периоды и их терапевтическая коррекция у больных опийной зависимостью. Дисс. к. м. н. — М., — 2003. — 139 с.
31. Glantz S. Biomedical statistics. M.:Praktika, 1998.

XXI ежегодная конференция Международного общества медицины зависимостей

ПРОБЛЕМА ЗАВИСИМОСТЕЙ В БЫСТРО МЕНЯЮЩЕМСЯ МИРЕ

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

www.isam2019delhi.com

КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ

Уход в болезнь: шизоаффективное расстройство, ассоциированное со стрессом

Разбор ведет проф. А. А. Шмилович¹, врач-докладчик М. Я. Багирова²
(ПКБ № 4 им. П. Б. Ганнушкина, 21.02.2019 г.)

Врач-докладчик: Уважаемые коллеги! Вашему вниманию представляется пациентка Марина Олеговна, 1989 г.р., 29 лет, жительница Москвы

Цели клинического разбора:

1. Дифференциальная диагностика.
2. Выделение и квалификация основного психопатологического синдрома (синдромов) в клинической картине текущего состояния пациентки.
3. Выбор стратегий и тактик психофармакотерапии и биopsихоциональной реабилитации пациентки.
4. Определение социально-трудового прогноза.

Анамнез. Наследственность отягощена алкоголизмом по линии отца и матери. Пациентка родилась в Москве, третьим ребенком в полной семье. Со слов пациентки, мать по характеру общительная, эмоциональная, "боевая", работала бухгалтером в различных организациях, с работой справлялась, впоследствии без видимых внешних причин стала злоупотреблять алкоголем. Несмотря на алкоголизацию матери, пациентка описывает отношения с ней как теплые, доверительные. Мать умерла, когда больной было три года от последствий алкоголизма. Отца характеризует как мягкого, доброго, отзывчивого. Всю жизнь проработал разнорабочим, в последние годы — охранником на складе. Также злоупотреблял алкоголем, после смерти жены злоупотребление приняло более массивный характер. Умер от последствий алкоголизма. Старший брат образования не имел. После смерти матери, будучи подростком, связался с плохой компанией, стал употреблять наркотики, преимущественно героин, болел СПИДом и открытой формой туберкулеза. Умер в возрасте 29 лет от осложнений туберкулеза. Старшая сестра, 38 лет. Характеризует её как "своенравную и заносчивую". Имеет незаконченное высшее образование, работает в "РосНефти", проживает с мужем и несовершеннолетними детьми. Последние десять лет отношения практически не поддерживают, т.к. по мнению больной, сестра перестала

с ней общаться с момента возникновения у нее психического заболевания.

Беременность и роды у матери протекали без патологии. Роды естественные, в срок. Пациентка росла и развивалась соответственно возрасту, говорить и ходить начала своевременно. В детстве по характеру была спокойной, тихой, мягкой, покладистой. С раннего детского возраста сталкивалась с тяжелыми стрессовыми ситуациями. Когда больной было три года, стала свидетелем смерти матери, у которой в состоянии алкогольного опьянения возник конфликт с соседкой, переросший в драку, мать пациентки ударила головой об угол железной двери, погибла от кровоизлияния в головной мозг. Смерть матери переживала тяжело, замкнулась, около месяца не разговаривала, на вопросы отвечала кивком головы. К врачам не обращались. Через месяц состояние полностью нормализовалось.

После смерти матери отец много работал, в свободное время начал массивно алкоголизироваться, с детьми неправлялся. По настоянию тети по линии матери пациентка в возрасте трех лет была отдана на воспитание в "Дом малютки"; старшие брат и сестра, будучи подростками, остались проживать с отцом. В 3,5 года, бабушка по линии матери забрала пациентку к себе. Отношения с ней были теплые, называет её "самым близким человеком из всей семьи". Смерть бабушки (в 89 лет) перенесла легко, т.к. "была готова к этому".

В возрасте семи лет пациентка стала посещать ДДУ. Адаптировалась хорошо, любила пребывать в компании сверстников, однако в близком общении с другими детьми была избирательна. В том же возрасте стала проживать с тетей, которая оформила над ней опеку. Когда больной было 8 лет, погиб отец, от асфиксии (подавился костью) в состоянии алкогольного опьянения. Сильных эмоциональных переживаний смерть отца не вызвала, поскольку в это время проживала с тетей.

В школу пошла с восьми лет. Адаптировалась хорошо, завела несколько подруг, с которыми до настоящего времени поддерживает отношения. До пятого класса проявляла интерес к учебе, училась

¹ Доктор медицинских наук, заведующий кафедрой психиатрии и медицинской психологии РНИМУ им. Н. И. Пирогова.

² Врач — психиатр отделения № 8.

Уход в болезнь: шизоаффективное расстройство, ассоциированное со стрессом

преимущественно на “отлично”, любимым предметом была математика. С девяти лет пациентка стала проживать со старшей сестрой, которая переоформила опеку на себя.

Менархе с 11 лет, регулярные, безболезненные, аффективных колебаний не отмечалось.

В возрасте 13 лет пациентка изменилась по характеру: пропал интерес к учебе, стала прогуливать школу, снизилась успеваемость, училась на тройки, в компании сверстников впервые начала курить и употреблять алкогольные напитки. В 14 лет вступила в интимную связь с молодым человеком, который впоследствии стал её супругом, далее поддерживала с ним регулярные сексуальные отношения. В 16 лет была изнасилована незнакомым мужчиной. В первый час после совершенного акта насилия у пациентки возникло желание “покончить с собой”, однако попытка совершил суицид не предприняла. Сразу же рассказала об этом своему молодому человеку, в полицию не заявила. Впоследствии никаких эмоциональных переживаний по этому поводу не испытывала, быстро успокоилась. В том же возрасте, в общей компании познакомилась с обеспеченным молодым человеком, с которым параллельно вступила в интимные отношения. Теплых чувств, привязанности к нему не испытывала, любила с ним проводить праздно время, называла его “парадно выходной”. Узнав, что её первый молодой человек также вступил в интимную связь с другой женщиной, разозлилась, конфликтовала, сразу разорвала отношения со вторым мужчиной.

Когда больной было 16 лет, умер ее старший брат от осложнений открытой формы туберкулеза. Смерть брата переживала тяжело, с её слов, гораздо тяжелее, чем смерть матери и отца, “долго не могла отпустить ситуацию”. В это время снизилось настроение, плакала, часто вспоминала брата с грустью. Через несколько месяцев состояние самостоятельно нормализовалось.

После окончания 11 класса переехала жить к своему молодому человеку. Поступила в “Московский государственный открытый университет им. В. С. Черномырдина” на факультет “Управление предприятиями химической продукции”, училась заочно. Учеба в университете нравилась, адаптировалась хорошо, сразу завела новых друзей; одновременно работала администратором, с работойправлялась.

Манифест заболевания острый, в феврале 2009 года (больной 19 лет), когда беспричинно нарушился сон, не спала несколько ночей подряд, фон настроения был приподнятый, стала высказывать идеи о том, что она “хочет сделать открытие- оградить Землю от метеоритов”, стремилась уйти из дома. 16.02.2009 года пациентка была найдена сожителем в детской поликлинике, куда явилась самостоятельно, мотивов своего поведения не объясняла. Была привезена домой, где продолжала высказывать идеи о “переустройстве мира и выходе из мирового кризиса”. По инициативе сестры была осмотрена дежурным психиатром, после

чего госпитализирована в недобровольном порядке в ПБ № 15, где находилась на лечении с 16.02.2009 по 06.03.2009. В приемном отделении дала письменное согласие на госпитализацию и лечение.

Психический статус при поступлении: Сознание ясное. Ориентирована правильно, понимала, что находится в ПБ. С врачом держалась без дистанции, использовала нецензурные выражения, бранилась, делала недвусмысленные намеки на что-то. На стуле сидела в позе “эмбриона”, в процессе беседы пыталась лечь на стол. В поведении была дурашлова, нелепа, инструкции не выполняла. Говорила тихим, монотонным голосом. С ходу сообщала, что врач пытался над ней “колдовать”. Во время осмотра мимика была галлюцинаторная, озиралась по сторонам, отмечалась суеверность. В течение беседы нелепо улыбалась, смеялась. Настроение благодушное, эйфорична. Мысление разорванное, амбивалентное. Высказывала бредовые идеи нелепого содержания, говорила, что “нашла свою любовь с помощью алфавита”, что в голове видела “красивую картинку”. Считала, что должна “превратится в идеальную девочку”. Отмечалось снижение критики. В процессе лечения оставалась нелепой, дурашливой, эйфоричной. Сообщала, что у нее “виртуальный муж”, что она “должна от него рожать”. По палате ходила обнаженной, была сексуально расторможена.

Получала лечение: галоперидол до 15 мг/с в/м, клопиксол-акуфаз 2.0 в/м по схеме, корректоры.

На фоне проводимого лечения психотическая симптоматика редуцировалась, фон настроения выровнялся. Была выписана под динамическое наблюдение ПНД с диагнозом “Острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении” на поддерживающей терапии: клопиксол 30 мг/с, хлорпротиксен 15 мг н/н, корректоры.

После выписки ПНД не посещала, поддерживающее лечение не принимала. Уволилась с работы, т.к. “больше не могла совмещать учебу с работой”, продолжила учиться, с учебой первое времяправлялась. Однако, спустя два месяца психическое состояние вновь ухудшилось: беспричинно нарушился сон, стала подозрительной, конфликтовала с сестрой, пытаясь проявить к ней агрессию, сообщала, что её “гражданский муж как-то изменился, стал похож на русалочку”. По инициативе сестры была осмотрена дежурным психиатром и повторно госпитализирована в ПБ № 15, где находилась на лечении с 04.05.2009 по 25.05.2009.

Психический статус при поступлении: Сознание ясное, ориентирована всесторонне верно. На поставленные вопросы отвечала непоследовательно, временами замолкала, смотрела в сторону, становилась подозрительной, напряженной. Сообщала, что дома видела своего измененного гражданика мужа в виде “русалочки”, рассказала, что конфликтовала с сестрой, которая “укусила её за палец”, обвиняла её в

госпитализации. Дала письменное информированное согласие на госпитализацию и лечение. Получала лечение: галоперидол до 7.5 мг/с в/м + корректоры. Однако, после редукции активной психотической симптоматики у пациентки появился сниженный фон настроения, к лечению был добавлен анафризил до 37.5 мг. После проведенной терапии аффективный фон выровнялся. Была выписана под динамическое наблюдение ПНД на рекомендованной терапии: галоперидол 6 мг/с, анафризил 37,5 мг/с, корректоры. После выписки первое время принимала поддерживающее лечение, на фоне которого, через пять дней возникла нейролепсия в виде скованности, слюнотечения и трепора. Самостоятельно обратилась с данным жалобами в ГКБ № 50 и с диагнозом “Нейролептический синдром” переведена на лечение в ПБ № 15 в добровольном порядке. В отделении первое время была пассивная, вялая, скованная, заторможенная, фон настроения был сниженный, плакала; острой психотической симптоматики не выявлялось. На фоне проводимого лечения- дезинтоксикационная терапия, реланиум, корректоры, этаперазин до 36 мг/с психическое состояние вновь изменилось: повысился фон настроения, стала эйфорична, нелепа в поведении, двигательно и сексуально расторможена. Переведена на азалептин 300 мг/с, циклодол 12 мг/с. Спустя 1,5 месяца (**с 30.05.2009 по 11.07.2009**) лечения состояние стабилизировалось, была выписана под наблюдение ПНД.

После выписки ПНД не посещала, сразу прекратила прием поддерживающей терапии. Продолжила учебу в университете, однако не смогла сдать экзамен по философии и взяла академический отпуск, затем бросила учебу. Устроилась работать продавцом в ювелирный магазин, с работойправлялась. В 2010 году (больной 20 лет) официально зарегистрировала отношения с прежним молодым человеком. От брака родила двоих детей (2010 и 2013 г.р.). Беременность, роды и послеродовой период протекали без осложнений, аффективной и психотической симптоматики не выявлялось. Длительное время психическое состояние оставалось стабильным, вплоть до февраля 2014 года.

С этого времени в течение двух недель психическое состояние вновь беспрчинно стало ухудшаться: нарушился сон, спала с частыми пробуждениями, стала беспокойной, суетливой, многоречивой. Впервые жаловалась на “наплыты мыслей в голове”, при выходе на улицу появилось ощущение, что за ней “ведется наблюдение, слежка”. Часто немотивированно уходила из дома, отсутствовала по несколько дней. В день госпитализации была задержана сотрудниками полиции в кафе, где вела себя нелепо: приставала к посетителям, садилась на раковину, на поставленные вопросы отвечала не в плане заданного, сообщала, что “узнает в чужих людях своих знакомых”. После осмотра дежурным психиатром вновь госпитализирована в ПБ № 15 в добровольном порядке; в отделении

дала письменное согласие на лечение в условиях стационара.

Психический статус при поступлении: Сознание ясное, ориентирована правильно. На беседу пришла самостоятельно. Во время беседы с врачом держалась без дистанции, часто в речи употребляла нецензурные выражения. Была беспокойна, во время разговора часто меняла положение на стуле, вскакивала, ходила по кабинету, рассматривала предметы, лежащие на столе врача. Была дурашлива, в течение беседы нелепо улыбалась, без причины смеялась. Спрашивала мнение врача относительно своей внешности, поправляла волосы, называла себя “Барби”, заявляла, что на нее “обращают внимание все мужчины города”, что она “дочь Михаила Боярского”, а квартиру ей “подарила Алла Пугачева”. С гордостью в голосе сообщала, что она “общается с великими людьми страны”, что у нее “везде большие связи и свои люди”. Во время разговора перескакивала с одной темы на другую, отмечала, что “в голове много чужих мыслей”, ощущала воздействие “каких-то посторонних людей”. Временами оглядывалась, к чему-то прислушивалась. Сообщала, что на улице за ней “шпионит любовник тети из машины Лада, которому я когда-то отказалась в сексуальных отношениях”, замечала эту машину по всему городу. Свои уходы из дома объясняла тем, что “я имею право на личную жизнь, я еще очень молода”. О причине госпитализации говорила уклончиво, якобы “все очень плохо помню”, но добавляла: “, Наверное, кому-то это было очень нужно”.

После проведенного лечения: галоперидол до 9 мг/с, клозапин до 100 мг/с, хлопротиксен 25 мг н/н, корректоры, состояние выровнялось, появилась частичная критика к перенесенным переживаниям. Была консультирована профессором кафедры психиатрии МГМСУ Н. И. Беглянкиным, выставлен диагноз: F25.21 Шизоаффективное расстройство, смешанный тип. Перед выпиской (госпитализация **с 17.02.2014 по 18.03.2014**) была сделана инъекция галоперидола- деканоата 1.0 в/м, с рекомендацией продолжить данную терапию, 1 раз в 2 недели. После выписки посещала дневной стационар, продолжила прежнюю схему лечения. Спустя три недели выписана из дневного стационара (**14.04.2014**) под наблюдение участкового врача-психиатра на указанной терапии с постепенной коррекцией доз таблетированного галоперидола до 4,5 мг/с. После выписки из ДС, ПНД не посещала, поддерживающую терапию не принимала. Несмотря на это, до августа 2015 года психическое состояние оставалось стабильным. Проживала с мужем и детьми, работала продавцом в другом магазине.

В августе 2015 года состояние вновь ухудшилось: стала возбужденной, многоречивой, конфликтной, на высоте состояния отмечались перепады настроения: то плакала, то смеялась. В этом состоянии госпитализирована в ПБ № 15, была многоречива, фон настрое-

Уход в болезнь: шизоаффективное расстройство, ассоциированное со стрессом

ния был приподнятым, держалась без дистанции, речь и мышление были ускорены, легко раздражалась, становилась гневливой, высказывала идеи величия, заявляла, что имеет своё “ювелирное производство”. После купирования состояния галопериодолом до 15 мг/с, аминазином до 150 мг/с, тиапридом до 200 мг/с, корректоры, к лечению был добавлен седалит до 1500 мг/с. Выписана на терапии: трифтазин до 15 мг/с, хлорпротиксен 15 мг н/н, корректоры. Госпитализация с 16.08.2015 по 02.09.2015. Вскоре опять прекратила прием терапии. Через 1,5 месяца вновь поступила в ПБ № 15 в состоянии агрессии в отношении соседей, “голоса” которых стала слышать в голове. Состояние определялось галлюцинаторной симптоматикой и поведением, легко раздражалась, сообщала, что “вышла замуж за миллионера”. Получала терапию галопериодолом до 15 мг/с, элзепамом до 2 мг/с, корректоры. Состояние редуцировалось. Госпитализация с 13.11.2015 по 03.12.2015. Была выписана на прежней терапии, которую вновь не принимала. Через две недели возникло острое состояние: высказывания носили фантастический характер, сообщала, что она видит “восемнадцатилетних вампиров с красными глазами”, высказывала множество бредовых идей колдовства, преследования, воздействия, была возбуждена, крайне нелепа в поведении. Госпитализирована в ПБ № 15. Получала то же лечение, что и в предыдущую госпитализацию. Выписана в стабильном состоянии. Госпитализация с 21.12.2015 по 30.12.2015. После выписки по-прежнему ПНД не посещала, поддерживающую терапию не принимала. Проживала с мужем и детьми, работала администратором в ООО “Агат сервис”, с работойправлялась. Состояние оставалось стабильным около двух лет.

Вновь психическое состояние изменилось остро, за несколько дней. Перестала спать, стала многоречивой, возбужденной, отказывалась от еды. Была госпитализирована в ПКБ № 4 им. П. Б. Ганнушкина. Во время осмотра нецензурно бранилась, не удерживала дистанцию, отмечалось ускоренное мышление с элементами соскальзивания, речь, доходящая до разорванности, была гневлива, сообщала, что её “снимают на камеру”. Состояние купировалось инъекциями клопиксол-акуфаз по схеме, депакин хроно до 1000 мг/с, феназепам до 0,5 мг/с. Далее была переведена на рисполепт до 4 мг/с, азалептин до 50 мг/с, вальпарин до 900 мг/с, корректоры. Выписана в дневной стационар, где психическое состояние оставалось нестабильным, отмечался приподнятый фон настроения, была склонна к аффективным вспышкам, ДС посещала под давлением мужа. Была скорректирована схема терапии: получала клозапин до 75 мг/с, вальпроевая кислота до 1500 мг/с, к лечению добавлен имован 7, 5 мг. Однако через два дня состояние резко ухудшилось, вновь стала возбужденной, уходила из дома. Повторно госпитализирована в ПКБ №4 в состоянии острого обострения маниакально-бредовой

структурой. Состояние купировалось: клопиксол-акуфаз по схеме, азалептин до 50 мг/с, вальпарин до 900 мг/с, корректоры. Выписана в ДС, который регулярно посещала. Далее фон настроения стал вновь приподнятый, уклонялась от приема поддерживающей терапии. Было принято решение об увеличении дозировки клопиксола-депо до 400 мг, в/м, 1 раз в две недели. На фоне терапии состояние выровнялось, была выписана под наблюдение участкового врача-психиатра ПНД № 19. Госпитализация с 11.12.2017 по 11.01.2018 и с 13.01.2018 по 12.02.2018.

Стабильное психическое состояние в этот раз длилось менее года. Последний приступ заболевания текущий. Ухудшение психического состояния в течение недели, обострение с похожей симптоматикой в виде расстройств сна, повышенного фона настроения, многоречивости, нарушений поведения; бредовых переживаний в этот раз не высказывала. Состояние купировалось инъекциями галопериодола до 15 мг/с и феназепама 1 мг на ночь. Далее переведена на таблетированный галопериодол в той же дозировке, вальпарин до 900 мг/с, корректоры. Перед выпиской сделана инъекция галопериодола-деканоата 100 мг, в/м, 1 раз в 2 недели. Была выписана в дневной стационар, который регулярно посещала. 24.01.2019 пожаловалась на нарушения сна и трудности засыпания, к лечению был добавлен вальдоексан 25 мг н/н, после чего в дневной стационар не явилась. Психическое состояние вновь ухудшилось: не спала, была возбуждена, высказывала бредовые идеи в адрес сестры, конфликтовала с ней, пыталась ударить. Бригадой ПОНП доставлена на лечение в ПКБ № 4 им. П. Б. Ганнушкина. Госпитализация с 02.01.2019 по 23.01.2019, до 31.02.2019 дневной стационар.

Психический статус при поступлении: Сознание ясное. Ориентирована в собственной личности, месте и времени верно. Зрительный контакт поддерживает. На беседу с врачом охотно соглашается, самостоятельно инициирует беседу, этическую дистанцию соблюдает не всегда. Голос громкий, речь с напором, на поставленные вопросы отвечает многословно, соскальзывает на побочные малозначимые темы. Темп мышления ускорен. Мысление паралогичное с множественным соскальзыванием и склонностью к резонерству. В ответ на вопрос о причинах госпитализации начинает давать несвязанные между собой анамнестические сведения, что она попала в больницу, потому что “проклята”. Спонтанно начинает высказывать бредовые идеи персекутурного характера в адрес сестры, уверяет, что сестра “умеет контролировать поступки и мысли, преследует”. Фон настроения приподнят, неустойчивый с дисфорическим оттенком, в беседе легко раздражается, аффектируется, перебивает врача. Когнитивно формально сохранна. Агрессивных и аутоагgressивных тенденций в поведении не выявляет. Наличие суицидальных мыслей категорически отрицает. Критика к своему

А. А. Шмилович, М. Я. Багирова

состоянию крайне формальная, однако не возражает против обследования и лечения в стационаре.

В первые дни состояние оставалось крайне неустойчивым: склонялась от приема назначенной терапии, давала аффективные вспышки, в беседе с врачом нецензурно бранилась. Состояние купировалось инъекционным галоперидолом до 15 мг/с, феназепамом 1 мг н/н, депакином хроно до 1000 мг/с, корректоры. По мере улучшения состояния была переведена на таблетированный галоперидол в той же дозировке.

Получает терапию: Haloperidoli 0.005 in tab., по 1 т. 3 р/д; Valperini XR 0.3 in tab., по 2 т. 2 р/д; PR-MERZ 0.1 in tab., по 1 т. 3 р/д.

Проведены клинико-лабораторные исследования: анализы крови, мочи, кала.

12.02.2019 г. Электроэнцефалография: Легкие диффузные изменения БЭА головного мозга, резидуально-органического характера с признаками дисфункции стволово-диэнцефальных структур — легкая дезорганизация основного ритма, диффузное усиление индекса полиморфной низкоамплитудной тета-активности. Ирритативные знаки отрывочные диффузные. Типичной эпилептиформной активности нет. Стойкой региональной пат симптоматики нет.

Заключения специалистов:

05.02.2019 г. Терапевт: Диагнозы: J45 Бронхиальная астма. J30 Вазомоторный и аллергический ринит.

06.02.2019 г. Невролог: Диагноз: Z00.0 Общий медицинский осмотр.

07.02.2019 г. Гинеколог: Диагноз: Без видимой патологии.

15.02.2019 г. Психолог О. В. Сячина:

Все виды ориентировки сохранены. Зрительный контакт поддерживает, мимика обднена, эмоциональные реакции невыразительны, в целом адекватны теме беседы. На вопросы отвечает в плане заданного, развернуто, открыто. Причины госпитализации объясняет следующим образом: "Бытовая ссора с сестрой, подрались и вызвали скорую. Это вспышка эмоций с моей стороны... терпение лопнуло". Критика к своему состоянию не сформирована, тяжесть своего заболевания недооценивает: "Психического заболевания, думаю, нет, мне кажется, это неврозы какие-то. Заболевание бы как-нибудь проявилось, мешало бы мне работать". Установка на прием лекарственных препаратов не сформирована: "Принимаю, а потом бросаю — не получается график приема вести, забываю, не до этого в процессе быта. В этот раз руки не трясутся, может и попью, если не буду забывать". Свой круг общения описывает как узкий, образ жизни активный — занимается детьми, домашними обязанностями, высказывает установку на работу. Жалоб на когнитивные функции не предъявляет, однако упоминает, что бывает тяжело "уловить смысл текста на работе, надо перечитывать". Инструкции воспринимает и удерживает. Мотивация к прохождению обследования

формальна, своими результатами не интересуется. В деятельности организована, способна как самостоятельно замечать и исправлять ошибки, так и корректироваться в ответ на замечания психолога. В конце обследования отмечает "небольшое утомление".

Темп психомоторной деятельности соответствует нормативным показателям, в целом устойчив (таблицы Шульте 44с, 38с, 49с, 45с, 53с). Механическое запоминание соответствует возрастным нормам, как непосредственное, так и долговременное (кривая запоминания 5-7-9-10-10, отсрочено 7 слов). Логическая связь между элементами не улучшает продуктивность запоминания, после первого прочтения короткого сюжетного рассказа не может передать сюжет, теряет детали. Введение процесса опосредования улучшает продуктивность запоминания (точно воспроизводит 13 слов из 15, 1 слово близко по смыслу).

В операциональном компоненте мышления отмечается доступность основных мыслительных операций, таких как анализ, синтез, сравнение, понимание переносного смысла, обобщение на категориальном уровне. Ассоциативная продукция характеризуется наличием преимущественно отдаленных образов, не передающих содержательную наполненность понятия (так, для запоминания слова "разлука" рисует "два острова и реку между ними, потому что река разъединяет острова"), что квалифицируется как искажение процесса обобщений, носящее выраженный характер, но проявляющееся мозаично и в основном в свободной деятельности, продуктивность мышления увеличивается при структурировании умственной задачи. В мотивационном компоненте отмечается тенденция к расплывчатости суждений, что снижает возможности формирования высокоабстрактных обобщений, а также проявляется в виде склонности к сверхобобщениям, что квалифицируется как слабо выраженная нецеленаправленность мышления.

В эмоционально-личностной сфере отмечается склонность к длительному угасанию аффекта, а также легкости его возникновения даже на незначительные внешние стимулы, чувствительность, что может приводить к формированию субъективно-значимых концепций, объясняющих возникновение этих реакций. В межличностных контактах отмечается склонность к погруженности преимущественно во внутренние переживания, скептицизм, обидчивость, снижение спонтанности в социальных контактах, часто склонна занимать внешнеобвиняющую позицию в конфликтных ситуациях. Также необходимо отметить эмоциональную холодность, что проявляется в том числе и в ассоциативной продукции. Это может приводить к таким проявлениям в поведении как недоверчивость, осторожность, упрямство в отстаивании своей позиции вплоть до проявлений враждебности.

Таким образом по результатам патопсихологического обследования на первый план выходят такие особенности личностной сферы как ригидность аф-

Уход в болезнь: шизоаффективное расстройство, ассоциированное со стрессом

фекта, эмоциональная холодность, а также осторожность, недоверчивость в межличностных контактах на фоне таких нарушений мышления как черты нецеленаправленности, мозаичные проявления искажения процесса обобщений. Продуктивность умственной деятельности улучшается при структурировании умственной задачи.

Ведущий: Вопросы, прошу вас, коллеги — к врачу, к психологу.

— С мужем связывались, уточняли у него, были ли у нее депрессивные эпизоды? Как у нее в течение года, ремиссии, с колебаниями настроения? — У мужа критики к заболеванию жены вообще нет. Он считает, что как-то так получается, что она себя плохо ведет и поступает, что это все по ошибке. Он ее больной не считает, он постоянно требует ее выписки. — А сама она что-то рассказывает про эпизоды снижения настроения? — Она описывала эпизод после смерти брата, а эпизод, который был пост психотический, — это мы из списка взяли, сама она про него не рассказывала. — То есть в основном у нее аффективные эпизоды повышения настроения.

— Скажите, пожалуйста, как она себя ведет дома, как складываются отношения с мужем, насколько они искренние, доверительные? — Отношения с мужем она характеризует как хорошие, с детьми тоже. При этом она детьми нормально занимается. В семье у них в принципе все благополучно, кроме обстановки. Потому что у них жилищные условия плохие — их там 11 человек живет. Там еще вся семья мужа. Но отношения у них довольно стабильные.

Ведущий: Вы не говорили про всю семью мужа. Это кто? — Она в последние несколько лет проживает с семьей мужа. — Это кто? — Там проживают три его сестры и еще их семьи. — А сколько комнат в квартире? — Три.

— Вы говорили в процессе изложения истории болезни о ремиссии. То есть с работойправлялась и так далее. Насколько достоверны эти сведения? Насколько полная была ремиссия? В плане трудовой, социальной и семейной адаптации в ряде эпизодов (после 2009 года до 2014 года, и потом два года) было все хорошо? — Пациентка работала, это точно. Она только образование не закончила. После первого психоза она учебу бросила, продолжать не стала. И почти все время она работала продавцом. — Я немножко о другом. Это факты, а Вы уточняли у родственников, насколько она действительноправлялась с работой? — Да, она работает. — Она была как будто бы в хорошей ремиссии. — Как будто бы, да.

Ведущий: У меня пара вопросов. В истории болезни не указано, где она принимала литий, почему так быстро литий отменили и больше никогда его не назначали? Там были проблемы с ним? — Мы сами не знаем. В выписке написано, что литий она принимала в отделении, но при выписке литий не рекомендовали. — И она вообще без нормотимики выписалась? — Да.

В ту госпитализацию — да. — И дальше почему-то вальпроевая кислота все время звучит, без попыток назначения лития. — Да. — Хотя, в общем-то, на маниакальном аффекте всегда поступает. Непонятно, почему? А почему Вы ей литий не назначаете? — Я не знаю, решила вальпроевую назначить. — Хорошо. Еще вопрос: предлагалось ли когда-нибудь проведение МСЭК? — Да. В эту госпитализацию я предложила оформить инвалидность. Она категорически отказалась, сказала, что она работоспособна, выйдет на работу. Она даже с мужем посоветовалась, и они пришли к выводу, что инвалидность им не нужна.

Ведущий: Я так понимаю, что Виталий Николаевич (В. Н. Гладышев, зам.главного врача больницы) чуть не пострадал именно из-за этого: частые больничные, многократные госпитализации.

В. Н. Гладышев: Была проблема, да. Мы созванивались с ее работодателем. Они не говорили о том, что она не справляется с работой, но ее аффект приводил к конфликтности на работе. Профессиональные качества — я тоже на этом делал акцент — не страдали. А вот в общении она была несносной. У них создалась конфликтная ситуация, они ее уволили. Но она быстро устроилась на другую работу. Прошла собеседование и устроилась. Инвалидность, действительно, мы ей предлагали, поскольку по формальным признакам у нее есть основания.

Ведущий: Была ли какая-то психотерапевтическая работа с ней или психообразование? — Она проходила у нас все, что можно было пройти, за все эти госпитализации. — Как она себя ведет? Она была в групповой терапии? — Да, она была в группе в прошлую госпитализацию. — Она же еще в дневном стационаре была? — Да, мы ее на дневной стационар направляли. Есть доктора из дневного стационара?

Ведущий: Она посещала психотерапевтические занятия, как-то проявляла активность? — (врач дневного стационара) Получилось так, что она к нам выписывалась в прошлом году, и тут же госпитализировалась. Буквально через несколько дней, мы даже профессиональную бригаду не сумели провести. Второй раз она выписывалась, и из-за аффекта, не принимала лекарства. Поэтому пришлось увеличивать "Клонексол Депо" и убирать нормотимики. Она их просто не пила, и подъем, эйфория сохранялись. А так участвовала. Но как и всем маниакальным пациенткам, ей все интересно, но какой-то упорядоченности нет.

Ведущий: Если нет вопросов, давайте тогда приглашать пациентку, с ней разговаривать.

БЕСЕДА С БОЛЬНОЙ

Проходите, присаживайтесь здесь. — Спасибо! — Марина Олеговна Вас зовут? — Все верно, да. Здравствуйте! — Марина Олеговна, меня зовут Андрей Аркадьевич. — Очень приятно. — Я сегодня веду

наш консилиум. Все присутствующие здесь — врачи-психиатры и психологи, которые работают в этой больнице и в других медицинских учреждениях. Так что здесь никого постороннего. — Хорошо. — Не волнуйтесь, у нас все конфиденциально. Расскажите, пожалуйста, как Вы себя сейчас чувствуете, что Вас беспокоит, какие жалобы? — Хорошо себя чувствую. Ничего не беспокоит, жалоб нет. По ночам сплю сейчас. — Сейчас спите по ночам — то есть были проблемы? — Были проблемы со сном, да, у меня. — Расскажите про это. — У меня, можно сказать, перегруженность очень большая — и двое детей дома, и... Детей у меня дома вообще очень много — семеро. Мы же с ними не одни дома. — Семеро? — Да, семеро детей дома. — Двое Ваших. — Двое моих, да, и еще посторонние бегают — сестер, племянники. У меня сын пошел сейчас в школу, я работаю. Прихожу, делаю уроки, кушать готовлю, в магазин захожу. — Он делает уроки? — Мы с ним делаем уроки. Мы с ним вместе делаем уроки. Я как-то периодически сдаюсь, бардак в голове, и не спится мне. — Сдаюсь? — Ну да. — Перед кем Вы сдаетесь? — Я держусь-держусь, а потом как-то у меня — я устаю очень, начинаю уставать, и перестаю спать, и бардак в голове. — А что такое “бардак в голове”? Как это Вы чувствуете бардак? — Это когда какое-то маниакальное состояние возникает. — А что это? Такое слово “маниакальное” — оно очень распространенное, каждый по-своему его понимает. Что у Вас? — Какая-то повышенность появляется. Когда не сплю несколько дней, как будто ты знаменитость какая-то. — Вы считаете это состояние болезненным? — Я? Как сказать — я считаю, что это, наверное, немножко ненормально, учитывая то, что это не так. — Тут два варианта: либо это болезненное, либо Вы знаменитость. — Нет, я не знаменитость, это точно. Значит, это болезненное. — Но тоже, знаменитость ведь понятие условное. — Ну да. — А кем Вы себя чувствуете в этот момент? — Какой-то эстрадной звездой такой. — Понятно. То есть это знаменитость из сферы... — Ну да. Смотрю... — ...эстрады. — Да. — Вы любите смотреть выступления эстрадных певцов? — Да. — Бываете на концертах у них? — Бываю. Да, бывала. — Кто Вам нравится больше? — Мне? Мне нравится русский рэп. — Просто как-то... — Дети у меня Тимати слушают. — Тимати, да. — Егор Крид детям тоже нравится. — Но Вы уже человек другого поколения. — Да. Мне нравится Слава. — Понятно, о’кей. А что значит “нравится”? — Люблю слушать. — Именно слушать, или он Вам нравится, как человек? — Слушать больше. — В тот момент, когда у Вас этот маниакальный бардак — извините, я Вашиими словами. — Да, да, есть такое. — В этот момент не бывает ощущения какой-то особой связи с этими знаменитостями? — Нет, связи не бывает. — Как будто Вы чувствуете с ними какую-то ментальную связь. — Нет, такого не бывает. — Нет такого? — Нет, такого не

бывает. — Может быть, не ментальную, а эмоциональную. — Нет. Просто как сказать? Я еще в этом состоянии, мне кажется... Так я — немножко скромная, а так, мне кажется, я становлюсь более развязной. — Слушайте, но субъективно же — это хорошо. — Субъективно — это хорошо, да, то, что я смелее становлюсь. — Нет, и вообще в этом состоянии Вы чувствуете гораздо больше энергии, у Вас настроение хорошее. Что ж плохого-то? — Но в то же время я не могу делать свои прямые обязанности. То есть я... — То есть какие? — ...перестаю готовить, есть, перестаю уроки делать с сыном. То есть все на мужа переваливается. — А муж работает? — Муж тоже работает, да. — Но так и Вы же работаете. — И я работаю, да. — Понятно. Хорошо. Думаете ли Вы, что... — Еще у меня в этот момент здесь спина очень... как сказать, нагрузка на спину идет, и хочется массаж, когда такое состояние. — А потом оно проходит? — Потом, когда приезжаю, помассируете — да. Мне массируют в больнице, к примеру, девочки, и у меня проходит. — Понятно. — И высыпаюсь. Когда укол делают — высыпаюсь. — Понятно. У меня такой вопрос, немножко необычный: думаете ли Вы, что Вы могли бы справляться с этими состояниями без психиатров? — Честно сказать — я думаю. — Каким образом, как? — Просто надо научиться контролировать себя. — Да-да, это легко сказать. — Да. — С теоретической точки зрения — все правильно. А как это сделать? — Вовремя надо обращаться в диспансер. Надо перевестись мне сейчас в диспансер. У меня диспансер просто далеко находился, поэтому мне немножко неудобно было ездить. — Есть у меня ощущение, что Вы уже многократно пробовали это сделать. — Нет, я не пробовала переводиться. — Нет, я не об этом. Именно справиться без врачей. То есть вы отменяли лекарства, и пробовали как-то это своими силами решить. — Это да, пробовала. — Посмотрите, какой неудачный опыт. Сколько уже госпитализаций. — Это сейчас госпитализация, а так-то не было госпитализаций. — Я понял, что их там около десяти уже, а может и побольше. — Возможно. Но это же с какими промежутками времени. — Тем не менее, Вам всего лишь 29 лет. — Иногда бывают такие случаи, когда надо просто отдохнуть. — Так Вы в больницу отдохнать или лечиться?.. — Честно сказать, мне кажется, по большей степени, отдыхать. — Вам комфортно? Больница выполняет санаторные функции? — Мне не комфортно. Нет, мне не комфортно. Но по большей степени, получается как-то отдохнуть. — Слушайте, разве можно отдохнуть, когда Вы находитесь не дома? — От семьи. — Когда вокруг Вас такая непростая обстановка. — Честно сказать, можно. Потому что у меня, я говорила, дома куча детей, и бардак в голове. Они бегают все, кричат, орут. У меня самому старшему 9 лет, остальные все погодки. Как-то дома не высыпаешься, потому что маленькие дети периодически плачут. — То

Уход в болезнь: шизоаффективное расстройство, ассоциированное со стрессом

есть дома тяжелее, чем в психиатрической больнице? — *Дома бывает такое, да, что иногда тяжелее становится.* — Может быть, с этим и связаны Ваши частые госпитализации? — *Возможно, да.* — Может быть, нет никаких маниакальных состояний вообще и всего остального? Или, если они есть, то они вполне могли бы обойтись и без больницы, если бы дома была другая обстановка? — *Да, да, да.* Потому что когда я родила первого сына... Я попала в первый раз, родила первого сына, у меня был первый сын, и потом... В 2007-м я попала, и потом я в 2013-м попала, потому что был только один ребенок в семье, и как-то спокойно это все переносилось. Сейчас, когда их много... — Смотрите, какая формула получается. Вы выписываетесь в хорошем состоянии. Вы уже опытный боец. — *Да.* — Вы знаете, что надо просто один раз не прийти на инъекцию “Клопиксола” в диспансер, для того чтобы отдохнуть в больнице. — *Нет, почему не прийти?* — Вам становится невыносимо и тяжело дома, когда так много на Вас всего, и Вы решаете отдохнуть. Для этого Вам нужно, чтобы ухудшилась болезнь, для этого нужно отменить лекарство. — *Ну, возможно.* — Такая формула. — *Формула, получается, такая, но...* — Но Вы же от этого страдаете. — *Я страдаю, да. Я не хочу в больнице находиться, честно.* — Естественно. Другая формула должна быть. — *Должна быть. Просто формула — нам просто нужно разъехаться на самом деле.* — Разъехаться? — *Да.* — С кем? — *С сестрами. Мы живем с сестрами.* — А муж Ваш такого же мнения? — *Муж такого же мнения, но так как у нас там дети прописаны, не получается это все сделать.* — А как вообще это вышло? Почему так произошло? — У них от мамы осталась многодетная квартира. Они были многодетными, и все... Он один в семье мужчина, и четыре сестры. И все сестры сейчас жененились, и привели мужей. Поэтому сейчас такой бардак в квартире получается. — Как Вы думаете, можете ли Вы и Ваш муж что-то с этим сделать? — *Мы боремся.* Сейчас гостей выгнали. Гости еще были. — Боретесь? — *Да.* — Это как борьба выглядит? — *Ну да.* — Это бывает и физическая борьба? — *Нет, не физическая, а словесная по большей степени.* — Как это все происходит? — *Разборки дома, ругательства.* — Это тоже повод лечь в больницу? — *Нет.* — Здесь-то нет разборок. — *Это не повод.* — Но все-таки. Как Вы себя чувствуете во время таких разборок? Что Вы вообще переживаете? — *Я? Я переживаю, я хочу спокойствия просто.* — Как и каждый человек этого хочет. Я понимаю. Но, знаете, по-разному люди себя ведут в конфликтах и по-разному их переживают. Как у Вас это происходит? Когда вокруг идет разборка, Ваш муж ругается с сестрами, с их мужьями. — *Он не ругается с ними, он спокойно разговаривает. По большей степени, если ругаются, то ругаются женщины у нас.* — Вы же говорите “борьба”. — *Он не лезет в это.* — Хорошо, ругаются женщины. Вы тоже

ругаетесь? — *Я тоже ругаюсь, да. Он не лезет в это.* — То есть все-таки эту борьбу Вы ведете? — *Ну да.* — Именно Вы ведете борьбу с сестрами мужа? — *Как бы в какой-то степени, да, я.* Потому что они и гостей приглашают, у нас гости гостят — братья двоюродные. И так места мало. — *Да, я понимаю.* Кроме этого, они все прекрасно знают, что Вы лечитесь у психиатров? — *Да.* — И что Вы больны? — *Да.* — Они Вам об этом говорят? — *Как таковое — нет...* — Вы не чувствуете какое-то с их стороны презрение, может быть? Или, может быть, то, что они вас попрекают этим. — *Если от младшей иногда... От младшей иногда во взгляде может что-то такое пронестись, когда она в ярости, ни с того, ни с сего. Но она тоже вспыльчивая такая девочка.* — В общем, у Вас очень непростая ситуация дома. — *Ну да.* — Это врагу не пожелаешь. Маленькая квартира, 11 человек, много маленьких детей. — *Да.* — Я представляю себе, что там происходит. — *И все же с мужьями, там не 11.* — Больше 11-ти? — *Да.* — А сколько? — *Сейчас скажу. Семеро, четверо, пять. Сейчас 15.* — 15 человек? — *Да.* — В трехкомнатной квартире? — *Да.* — Я не понимаю, как можно жить. Где все спят? Где какие-то личные пространства? Один туалет на всех. — *Нет, туалета у нас два. У нас достаточно большая квартира.* — Тут нужна очень большая квартира. Расскажите немножко про свою работу. — *Работаю я сейчас в “Лиге красок”.* Это итальянская фирма Renner. Производство для деревянных домов. Работаю офис-менеджером. То есть выставляю счета. — Сколько уже времени Вы в этой компании? — *Я с лета.* — С лета. Вам пришлось как-то узнать про краски что-то? — *Конечно, да.* — То есть это же новая для вас тема. — *Я училась на химико-технологическом факультете, и поэтому...* — То есть Вы можете давать консультации покупателям? — *Стараюсь уже, да, немножко могу.* — Какой там график? — *График 5/2, стандартные выходные, все праздники — все как у людей.* — Ваше руководство знает, что Вы больны? — *Нет, сейчас меня ждут на работе.* Муж рассказал, что у меня проблемы со сном, с настроением проблемы. И меня на работе ждут. — А откуда у вас информация, что вас ждут? — *Муж сказал. Он разговаривал с моим начальником.* — Когда он сказал Вам? — *Он приезжал в воскресенье.* — Недавно? — *Да.* — Понятно. Какие у Вас отношения с начальством, с руководством? — *Хорошие.* — Все ли хорошо? — *Хорошо.* — Не чувствуете ли Вы какого-то предвзятого к себе отношения? — *Нет-нет, не чувствую.* — Может быть, какие-то излишние претензии к Вам? — *Справедливый начальник.* — Все в порядке? — *Да.* — Бывает, что Вам из-за каких-то оплошностей не дают премию? — *Нет, у меня были вопросы с премией.* Я думала, что мне неправильно посчитали за квартал, а оказалось, что у меня был испытательный срок, и все правильно вычисляли. То есть у меня без претензий к начальству.

— Все в порядке сейчас? — Да. — Сейчас, как Вы думаете, Вы готовы к работе? — Я бы, честно сказать, попробовала. Я уже устала. Устала уже лежать, я хочу... — Допускаете ли Вы, что с этой работой тоже может произойти что-то, что Вы уволитесь? Предполагаете такую ситуацию? — Если справки мне дадут, мне просто стыдно будет выходить. Если мне справки дадут из псих... — Какие справки? — Когда больничный дают. — Ну, больничный. — Из психической больницы. — Так, и что же? — То мне просто стыдно будет выходить. Я принесу справки, и заберу документы, и уволюсь. — Я не понимаю. Вам нужно предоставить только больничный лист. — Да. — Никаких справок Вам не нужно там показывать. В больничном листе никаких диагнозов не пишется, Вы же знаете. — Да, вот если не будет писаться, то продолжу работать. Просто в ПНД тоже не будет там ничего писаться? — Зачем? — Ничего не пишется? Хотела уточнить. — Я не знаю, конечно, я не работаю в ПНД, но я не думаю, что врачу специально захочется что-то там писать об этом. Зачем ему это надо? И такой вопрос: почему все-таки Вы периодически после выписки прекращали прием лекарств? Что происходило? — Потому что у меня был трепор, у меня руки тряслись вот так. — Это же рабочая ситуация, можно ее решить со своим врачом — уменьшить дозу одного, увеличить дозу другого, поменять что-то. Но не отменять. — Мне, правда, ничего не меняли. Мне как выписывали, так и выписывают. — Вы жаловались на этот трепор? Говорили, что у вас трепор? — Это было видно, мне кажется. — Не всегда это видно. Лучше на этом акцентировать внимание. — Хорошо. — А дневной стационар когда Вы посещали, Вы помните? Здесь в больнице. — Да. — Я так понимаю, что в диспансере тоже. Вы ходили там в дневной стационар? — Да-да. — Чем Вы там занимались на дневном стационаре? Как это выглядело? — Телевизор смотрела, таблетки получала, врача ждала. — Может быть, что-то еще? У Вас были встречи с психологом? — Нет, у меня там ничего не было. Ни встреч с психологом, ничего такого. — Ничего не было? — Нет. Еще у меня поменялся доктор там, и я своего доктора видела всего один раз. И то я подъехала, она уже уезжала. «Я заканчиваю свой рабочий день», мы так с ней толком и не поговорили. А так меня в 19-м устраивает новый доктор, она такая заботливая женщина. Она мне звонила на днях на работу. Как раз я была на работе, она мне позвонила и уточнила, говорит: «Как у тебя дела? Потому что многие сейчас ложатся в больницу». Может, у меня какое-то на этой почве накрутилось, и я снова сюда попала. — Может быть, это как-то спровоцировало? — Да. — Такое возможно. У меня такой вопрос к Вам. Как Вы себя чувствуете физически сейчас, в данный момент? Ничего Вас не беспокоит? Какие-то, может быть, неприятные ощущения в области сердца, живота, суставов? — Нет. — У Вас нет трепора, ничего? — Да нет,

вроде все нормально. — И такой вопрос, который, наверное, непростой для Вас, но все-таки нам это важно только для уточнения Вашего состояния и диагноза. Что происходит во время обострений? Вы слышите голоса? — Нет, голоса я не слышу. — Однажды Вы видели каких-то вампиров, по-моему. — Нет, не видела. — Такие есть у нас сведения из истории болезни, что Вы рассказывали о том, что Вас там... — А, я поняла. Я вам сейчас расскажу. Это я зашла в магазин купить воды, и зашел мальчик. Он был разукрашен под вампира, а это был в школе концерт детский, как он, Halloween назывался. И я аж испугалась. Его так разукрасили, что я аж испугалась. Да это было, но это был не вампир, это оказался мальчик. А в этом состоянии, когда у меня бардак в голове, я подумала, что вампир. — Казалось однажды, что Ваш муж как-то вдруг преобразился в русалку. Такое необычное, вообще-то, состояние, похоже, Вы переживали. — Это просто сказка у меня любимая — «Русалочка», с детства, и у меня тоже, наверное, очень фантазия разыгрывается. — Я понимаю, что Вы сейчас не очень мотивированы на то, чтобы рассказывать о своей болезни, особенно психиатрам. — Нет, просто... — Потому что, может, Вам хочется уже домой. Но все-таки нам это важно знать, поскольку от этого зависит наше диагностическое суждение. Понимаете? Вы же рассказывали докторам про то, что периодически Вы чувствуете слежку какую-то, окружающие Вас люди вдруг становятся знакомыми. О каких-то таких вещах можете ли Вы нам рассказать сами? — Я говорю, эти состояния, когда я, в принципе, нахожусь в каком-то шоковом состоянии, и я не так сильно помню, на самом деле, когда прихожу в себя. — Не помните? — У меня бардак в голове. Говорю, бардак в голове начинается. То есть у меня и сказки, видите, и все на свете, и телевизор — все вперемешку. — Правильно ли я понимаю, что вся Ваша болезнь, а мы все-таки считаем это болезнью... — Ну да. — ...состоит из этих периодов бардака? — Ну да. — Где все вместе, в кашу. — Да. — И периодов, когда Вы в абсолютно здоровом состоянии. — Да. — Или не в абсолютно здоровом? — Нет, в абсолютно здоровом. — Эти периоды абсолютно здорового состояния между приступами бардака, они на протяжении всей болезни одинаковы? Нет ощущения, что у Вас в этих периодах тоже что-то стало не так? — Нет, нету. — Все хорошо? — Все хорошо, да. — Вы такая же, как и были раньше? — Да. — У Вас все сохраняется — и чувствительность, и эмоции, и мышление ваше? — Да. — Да? Восприятие? — Да, да. — Вы не забываете ничего? У Вас нет проблем с памятью, с вниманием? — Ну, нет. В обычном состоянии, вы говорите? — Да, я говорю сейчас как раз про промежутки между бардаками. — Нет. Да. — То есть, не будь этих бардаков, все было бы отлично? Так? — Да. — Но все-таки, как я вижу, эти бардаки становятся чаще, они появляются чаще, эти приступы. — Я это тоже заметила.

Уход в болезнь: шизоаффективное расстройство, ассоциированное со стрессом

— То у Вас было по несколько лет без этих состояний, потом год, сейчас уже меньше года. О чем это может говорить, как вы думаете? — *O рецидиве?* — Я понимаю. Но все-таки, может быть, это может говорить о том, что каждый последующий такой приступ бардака ухудшает прогноз. Понимаете? С каждым последующим приступом у Вас в душе становится все больше и больше уязвимостей, Вы становитесь более чувствительной к различным травмирующим обстоятельствам, которые Вас окружают. Допустим, дома. — *Возможно. Я просто не думала об этом.* — Ну вот, я Вам даю пищу для размышления. Для этого Вам нужно как следует поразмыслить над тем, насколько важно соблюдение режима терапии. Для Вас это просто жизненно важно. У Вас впереди еще очень много лет жизни. — *Это да.* — И еще очень много лет жизни у Ваших детей, которым нужна мама. — *Я согласна.* — Я попрошу своих коллег задать несколько вопросов, ладно? Вы не против? — *Хорошо, да.*

Ведущий: Прошу вас, коллеги.

В. Б. Яровицкий: Марина Олеговна, меня зовут Владимир Борисович, я тоже врач, и хочу продолжить вопросы по поводу Вашего состояния, поступления в больницу, того самого бардака. Во-первых, я так понял, что Вы считаете, что бардак связан с какими-то внешними событиями — то мальчик появился раскрашенный, то еще что-то. Я правильно понимаю? — *Нет. Вообще, изначально, я перестаю спать.* — То есть все-таки у Вас происходит ... — *Сон, да.* — Нарушение сна? — *Да, сон нарушается.* — А потом? — *А потом уже, на фоне нарушений сна, у меня происходит этот бардак в голове. И чем больше я ночей не сплю, тем хуже у меня все это обостряется.* — Все-таки позвольте уточнить, бардак — это, когда Вы не понимаете, что вокруг происходит, или чувствуете какое-то воздействие на себя? — *Воздействие — я бы не сказала, что я какое-то воздействие чувствую. Я, как сказать... — Как зомбированная?* — Да. *Можно сказать, да.* — А зомби — это значит, как будто бы Вы подчиняйтесь кому-то? — *Возможно.* — Скажите, пожалуйста, а это воздействие или зомби, оно как — на голову, на мысли, на тело? Как Вы чувствуете? — *На голову. — На голову?* — Да. — Позвольте уточнить. Мысли Ваши узнают, или свои добавляют, или как-то Вами управляют? — *Просто управляют, наверное.* — То есть Вы чувствуете, что Вы что-то думаете и делаете не сама, а кто-то это делает за Вас? — *Как сказать-то... — Как Вы чувствуете, есть ощущение, что Вы сама себе не принадлежите, что кто-то?* — *Сама, но как будто кто-то тянет.* — А кто? — *Вот не знаю кто.* — Это человек или какая-то потусторонняя сила? — *Может, какая-то потусторонняя сила.* — Иноземная, то есть инопланетная, или наша, земная? — *Нет, скорее всего, инопланетная.* — У вас были, Андрей Аркадьевич об этом говорил, переживания такого масштабного характера, что какие-то цивилизации, что что-то... — *Это в первый раз, когда у меня ... — Да, но я сейчас говорю обо всем периоде*

таких бардаков. То есть было такое? — Да. — Скажите, пожалуйста, а Вы все понимаете вокруг или кажется, что вокруг мир изменился, какой-то ненастоящий? — *В эти периоды?* — Да. — *Есть такое немножко.* — Что все-таки мир изменился? Там был эпизод, что Вы говорили “свои, как чужие, люди”, что муж как русалка. Было же такое? — *Наверное. Я просто не помню этого, честно.* — Вы извините. Просто это, может быть, не очень Вам приятно. Но мы действительно хотим Вам... — *Нет, честно, я этого не помню, поэтому...* — Не помните этот момент, да. А все-таки было, что Вы слышите посторонний голос? — *Нет, не было.* — А было ощущение, что как будто бы все известно, что все, что Вы делаете, уже кто-то знает, какое-то предопределение? — *Да нет, на самом деле.* — А Вы всегда могли делать то, что хотите, или все-таки была зависимость от этих потусторонних сил? — *Я как бы и делаю, можно сказать, то, что хочу.* — Про бардак если говорить? — Да. *Как бы я перестаю контролировать себя, и делаю то, что хочу.* — То есть роботом становитесь? — *Ну да.* — А роботом становитесь в плане мыслей или всего тела? То есть руки, ноги тоже не подчиняются? — *Нет, подчиняются. В мозгах подчиняются.* — Скажите, а настроение тоже кто-то создает вам? — *Настроение у меня само возвышенное.* — Измененное, когда повышенное или пониженное. — *Оно у меня просто повышенное.* — А есть ощущение, что это кто-то специально Вам делает настроение? — *Нет, такого нет.* — То есть в настроение не вмешивается. — *Это как-то изнутри идет.* — А потом все проходит, да? — Да. — Как Вы считаете, действительно нет никаких больше воздействий на Вас? То есть было и прошло. — *Ну да.* — Это болезнь? — *Скорее всего, да, мне кажется, какая-то.* — Какие у Вас планы на будущее? — *Работать, учиться... — Всё, спасибо.*

Ведущий: Прошу вас, еще вопросы.

О. Г. Кузнецова: Я медицинский психолог, Кузнецова Ольга Геннадьевна. Марина Олеговна, у меня к Вам такой вопрос. Меня всегда интересуют вопросы реабилитации и социальной адаптации. У Вас достаточно сложная бытовая, жилищная ситуация. Может быть, как-то можно ее решить, какие-то есть варианты? Думали ли Вы об этом? Наверное, у Вас есть какая-то собственная жилищная собственность? — *Есть собственная. Там также у меня непростые отношения с сестрой.* — Там также сестра сделала ремонт, и она говорит, что моего там ничего нет. Я хотела переехать в свое время, но она мне тоже выделила с двумя детьми и с мужем маленькую комнату, 9 квадратных метров, и сказала: “Если хочешь, в такую заселяйся”. А куда я с двумя детьми и с мужем в 9 квадратных метров? — А нет возможности снять, как многие люди, проживающие в Москве, снимают? — *Снять — я разговаривала с мужем, когда мы еще начинали встречаться. Я говорила по поводу этого, но он у меня категорически против. “Мы оба москвики, — говорит, — на фига нам снимать?”* — Хотя ма-

териально могли бы себе позволить это, да? — В принципе, еще до детей я хотела, мы могли себе позволить. Сейчас, конечно, большинство средств уходит на обучение детей, на развитие. — Поскольку правильно было замечено, что Ваше состояние очень связано с вашей жилищной ситуацией. — Да. — Спасибо.

— Марина Олеговна, скажите, пожалуйста, все-таки это воздействие, вроде как инопланетное, действительно на Вас воздействовало или Вам казалось так? — Казалось. — То есть на самом деле никто на Вас не воздействовал? — Нет. — Сейчас Вы понимаете, что такого проявления не было? — Понимаю, конечно. — Хорошо. Спасибо. — Это не как именно воздействие, это как будто кажется, как будто кто-то на тебя воздействует. То есть не то что инопланетное, а какое-то просто... — Внешнее, по-стороннее. — Внешнее, да, какое-то, непонятное. — Я понял.

Ведущий: У меня есть еще несколько вопросов. Я забыл спросить про Ваши отношения в семье, с супругом, прежде всего. — С супругом? — Да. Вы с ним знакомы еще с подросткового возраста. — Да. — Насколько я знаю, это Ваша первая любовь. — Да. — Да? — Да. — Первая и единственная? — Не единственная, но первая. — Не единственная, но первая. Все-таки много лет, и какие-то периоды были разные у вас, наверное. — Да. — Всякие ссоры случались, конфликты, расставания. — Да, расставались. — Может быть, были изменения с его стороны? — Был тоже тяжелый случай, когда он от меня уходил к девушке с чужим пузом. — А у Вас уже были дети? — Нет, не было детей. Таким образом, он мне хотел показать, что он хочет от меня детей. — Что он хочет? — Что он хочет детей. И потом я хотела доучиться и построить карьеру, а он меня, можно сказать, сломал этим самым. — Как же Вы его вернули, когда он ушел к девушке с чужим пузом? — Невзначай. — Что значит “невзначай”? Это как? — Через подругу. — Вы какую-то хитрую придумали комбинацию? — Да. — Вы что, подослали к нему подругу? — Ну да. Он приехал с подругой погулять. Они невзначай зашли ко мне, как будто невзначай, мы с ним поговорили и решили сойтись. — Много ли у Вас было таких расставаний? И как часто это происходило? — Нет, расставание такое именно жестокое было один раз. Потому что эта девушка, к которой он уходил, она еще мне писала очень много гадостей в Интернете. Она мне дублировала страницы в Интернете. — Это что значит? — У меня есть страничка “ВКонтакте”, она делала копию моей странички “ВКонтакте”, как будто вроде я какая-то знаменитость, и как будто меня дублируют. — А зачем она это делала, для чего? — Она хотела что-то меня опозорить, что-то такое. Но это было еще до больницы, это было еще до всего. Просто хотела выставить меня девушкой неприличного поведения, еще что-то такое. — Понятно. А у Вас случались потребности уйти из семьи, из ситуации?

— От мужа? — Да. Когда Вы вдруг влюблялись в кого-то другого? — Сейчас у меня бывает, что когда это состояние, я хочу уйти из дома. Но меня муж останавливает. Поэтому он меня и повел в больницу, чтобы я не уходила никуда. — Вы хотите уйти из дома, и я Вас понимаю. Думаю, что каждый в этом зале Вас понимает в этой ситуации. Действительно очень непросто в таком скученном виде жить. Но все-таки я правильно ли Вас понял, Вы уходите не из дома, а уходите от него? — Ну да. Как бы нет, я ухожу больше из дома, а не от него. — Когда Ваш муж разговаривал с Вашим доктором, лечащим, доктор понял однозначно, что он не считает Вас больным человеком. Он говорит о том, что это все Ваши какие-то особенности, но это не болезнь. Тогда почему он инициирует все время госпитализацию, как Вы думаете? — У него здесь мама лежала. Я не знаю. — Ну и что? — Не видит больше никакого выхода, наверное. — Хорошо. А какой у него характер? Он вообще какой — мягкий, покладистый, или строптивый, жесткий и такой безапелляционный? — По-разному бывает. — Но все-таки. — В семье — мягкий, покладистый со мной. А так, на работе, может быть и жесткий. — Ну ладно. А Вы что, с ним работаете вместе? — Мы раньше работали. — Все, теперь понятно. Похоже, что вопросов больше нет. Может быть, у Вас есть какой-то вопрос к нам? Воспользуемся возможностью, Марина Олеговна. Мы попробуем ответить. Какой-то такой самый важный вопрос в Вашей жизни. — Когда меня выпустят? — Прямо самый важный вопрос в Вашей жизни? — Да. На данный момент — да. — Я думаю, что это не будет очень длительной госпитализацией. Скорее всего, Вы близки к тому, чтобы переводиться в дневной стационар опять. Но здесь очень важна, конечно, Ваша активность и Ваше намерение продолжать лечение, и не хулиганить с таблетками и с инъекциями. — Хорошо. С таблетками и инъекциями я особо не хулиганю. Просто у меня, говорю, этот период в жизни, что сейчас еще двое детей родилось. Как-то это тяжело. — Сейчас еще двое грудных детей у Вас, я так понимаю? — Да. — Да, непростая ситуация. — И тогда я тоже узнала, что еще будет, когда лежала зимой. Я уже морально готовилась. — Ладно, набирайтесь сил. Я надеюсь, что у Вас в жизни все-таки все исправится. — Я тоже так надеюсь, честно сказать. — Всего Вам доброго. До свидания! — До свидания!

Врач-докладчик:

Дифференциальную диагностику мы проводили с биполярным аффективным расстройством, текущим эпизодом мании с психотическими симптомами, с диагнозом, который у нее выставлен — шизоаффективное расстройство, смешанный тип, и с недифференцированной шизофренией. Я остановилась на диагнозе шизоаффективное расстройство. Заболевание возникло у личности с отягощенной наследственностью по линии отца и матери болезнями зависимости. В преморбиде — личность со склонностью к невротиза-

Уход в болезнь: шизоаффективное расстройство, ассоциированное со стрессом

ции, с детства воспитывалась в тяжелых жизненных условиях, на которые давала невротические реакции. Доманифестный период был представлен характерологическим сдвигом с 13 лет — психопатоподобные нарушения, аффективные колебания обоих половосов с преимущественно гипоманиакальной сексуальной расторможенностью. В 16 лет перенесла реактивно спровоцированный депрессивный эпизод. Манифест заболевания — с 19 лет, острой полиморфной структуры. В структуре состояния отмечались маниакально-бредовые переживания, достигающие парофренного уровня с кататоническими включениями, бредовым поведением. Выход из психоза в депрессию с развитием нейролептической симптоматики на фоне терапии и выходом в длительную немедикаментозную ремиссию. В дальнейшем перенесла еще четыре маниакально-бредовых приступа, два из которых достигали парофренного уровня с кататоническими включениями. Особенностью является появление в структуре психоза более очерченной параноидной симптоматики, представленной идеями воздействия, бредом преследования, бредовым поведением, вербальным галлюциномозом. В процессе течения болезни последующие приступы становятся менее яркими, менее острыми, но по-прежнему превалирует маниакальный аффект, идеи величия особых способностей, отмечаются параноидные переживания. Также особенностью данного случая являются остро возникающие психотические состояния по типу клише с особенностью выхода больной из психозов — затяжной характер, затухание симптоматики на фоне терапии с возникновением повторного обострения в рамках данного приступа с последующим полным выходом пациентки в немедикаментозную ремиссию. Однако в процессе течения болезни ремиссии становятся короче (последняя — около года), а возникновение приступов учащается. В целом следует отметить, что формально вне приступов сохраняется социально-трудовая адаптация больной — продолжает работать, живет в семье, воспитывает детей. Однако пациентка нестабильна в трудоустройстве — часто меняла места работы, живет в крайне стесненных жилищных условиях, но не тяготится этим. Также пациентка в течение многих лет проживает по месту прописки мужа, в связи с чем испытывает трудности с посещением ПНД и получением терапии, что может явиться одной из причин отсутствия преемственности и наличия поддерживающей терапии.

На основании вышеизложенного, целесообразно остановиться на диагнозе — шизоаффективное расстройство, смешанный тип, маниакально-бредовый синдром.

Ведущий: Спасибо! Коллеги, есть какие-нибудь вопросы по этому заключению? Соответственно, собственные мнения, собственные дополнения какие-то, или иные точки зрения. Прошу.

Участник разбора: Совсем коротко. Хотел поблагодарить врача-докладчика за подробный доклад.

На мой взгляд, этот случай достаточно показателен во многих отношениях. В данном случае отражает, по моему мнению, не только диагностические затруднения, сколько проблемы лечения подобных фазно-протекающих эндогенных психозов. В отношении диагностики я буду солидарен как с профессором, осматривавшим пациентку, так и с врачом-докладчиком. На мой взгляд, это более соответствует критериям шизоаффективного расстройства. Если проводить дифференциальную диагностику, то с биполярным аффективным расстройством I типа. Но ввиду достаточно высокого удельного веса бредовой галлюцинаторной симптоматики, не выведимой из аффекта, это скорее шизоаффективное расстройство. При этом, опять же не из-за желания подвергнуть ревизии или критике проводимое до этого коллегами лечение, но хочу отметить, что лечение пациентки более соответствует терапии непрерывно протекающей параноидной шизофрении, и то в том случае, когда врачи, ввиду, допустим, уже выраженных негативных изменений, отчаялись, так сказать, получить какие-то убедительные результаты, и лечение свелось к достаточно рутинному назначению галоперидола. В принципе, в данном случае эффект достигался, ремиссии наступали и с назначением галоперидола. Тем не менее, на мой взгляд, целесообразно и логично здесь было бы назначение нормотимики. Ввиду значительного удельного веса именно маниакальных фаз, маниакальных состояний, депрессивные даже как-то меньше отражались, наверное, литий был бы препаратом выбора. Он на какое-то непродолжительное время назначался, причем в средней терапевтической дозировке — 1500. По-моему, в течение года. Наверное, с учетом того, что и в анамнезе отмечалась выраженная нейролепсия, и сейчас в жалобах пациентки звучат проблемы с плохой переносимостью галоперидола, — это молодая женщина, работающая, — целесообразно было бы подумать и о назначении иного нейролептика. Может быть, атипика — кветиапина, например, применяющегося при подобных состояниях. И, опять же, учитывая проблемы комплаентности, все-таки продолжать и психосоциальную работу.

Ведущий: Спасибо большое за такой развернутый, очень подробный, интересный разбор. Какие еще есть мнения?

В. Б. Яровицкий (Ставрополь): Я тоже хочу поблагодарить коллег за очень интересное сообщение, очень интересное представление больной, а Андрея Аркадьевича за интересную познавательную клиническую беседу. В плане дифференциальной диагностики я тоже принимаю вашу сторону, но я хотел бы здесь уточнить некоторые моменты. Во-первых, МКБ-10 как классификация не вечная. Во-вторых, она была придумана, как и все остальные, больше для статистической обработки. И эти все клинические единицы, которые мы сейчас дифференцируем и ими оперируем, их в 9-й не было. Были аналоги. Был аналог — маниакально-депрессивный психоз, полярное

течение с психотическими включениями. Была периодическая (рекуррентная) форма течения шизофрении. А что такое недифференцированная шизофрения — я, честно говоря, плохо понимаю. Вы в анализе дифференциального диагноза используете социальные компоненты — работает и так далее. Но все-таки, мне кажется, надо опираться на клиническую психопатологическую картину данного психического статуса. Во-первых, честно говоря, я ожидал, что она будет хуже, чем увидел, учитывая 10 лет болезни, учитывая частые госпитализации, обострения, учитывая недобровольную госпитализацию в один из периодов болезни. И я вижу, что грубых нарушений ни эмоциональных, ни мыслительных (то есть мышления) я не вижу. Я не говорю, что их нет, но мы не видим, если перечислить, ни резонерства, ни разорванности мышления, ни грубой паралогии, бред четко не выявляется, и она действительно пытается уйти от этих острых вопросов, ей неприятно. То есть речь идет о том, что нет грубых нарушений ни эмоций, ни мышления, а речь идет о том, что есть нарушения инсайта, самосознания, относительно тонкие дефицитарные шизофренические расстройства. Это есть. Да, приступы носят острый характер. В общем, речь идет об остром чувственном бреде с ложными узнаваниями, с положительным симптомом Капгра, была дурашливость, какие-то элементы гебефренического синдрома, нелепость, может быть, какие-то кататонические моменты были, которые в анамнезе сейчас четко уловить сложно, и выяснить тем более. То есть были острые приступы болезни. Что касается ремиссии — то, во-первых, мы говорим, что социальные условия крайне неблагоприятные. Есть все условия, для того чтобы обострить ситуацию. Но она как-то все-таки держалась. То есть ремиссия была. Клинически мы сегодня грубых дефицитарных расстройств не видим. То есть, возможно, — я все-таки вырос на 9-й классификации — если по старой классификации, то это периодический (рекуррентный) тип шизофрении. Если по 10-й классификации, то я полностью с вами соглашусь — это шизоаффективное расстройство, смешанный тип, потому что были и депрессивные, и маниакальные состояния. Что касается лечения, здесь можно спорить, потому что лечение — в какой-то момент, это творчество. Я думаю, что нормотимики здесь нужны. Трудно решить, почему “Седалит” отменили. Но сейчас очень много работ о нормотимическом действии валпроевой кислоты, “Депакина”, и что там лучше, что хуже — сложно судить. Поэтому это тоже требует какого-то особого анализа. Но лечение, в принципе, — клопиксол, когда острые фазы — я думаю, было достаточно правильно. И, конечно, в какие-то моменты необходима социальная работа, психотерапия — я думаю, она отвечает на это. Что касается инвалидизации — это очень сложный вопрос. Тут головная боль у заместителя главного врача, потому что частые госпитализации с больничными. Но мы спросили ее планы, и она хочет работать, она хо-

чет как-то улучшить семейную ситуацию. Наверное, если мы пойдем по пути инвалидизации — это будет не лучше. Что касается диагноза. по 10-й классификации — шизоаффективное расстройство смешанного типа. 9-я — это рекуррентный тип шизофрении. Все, спасибо!

Ведущий: Спасибо большое! Есть ли еще мнения?

В. Н. Гладышев: Для меня и для моих коллег, когда мы смотрели пациентку, прежде всего это фазная пациентка. У нее имеется острые симптоматика в рамках приступа. Я тоже уже очень давно работаю психиатром и знаю, что во время острого приступа, аффективного приступа, может быть любая симптоматика. Принято, чтобы она была конгруэнтна аффекту, хотелось бы, конечно. Но если она даже неконгруэнтна аффекту, но она в рамках приступа, и проходит, когда проходит приступ болезни, и мы видим достаточно хороший выход из состояния — то, что мы видели (к сожалению, годы не помню — по-моему, с 2009 по 2014 год), 5 лет, безлекарственный период. То есть она практически не принимала лекарственную терапию, и за эти 5 лет она была в состоянии ремиссии, практически в полноценном существовании, рожала детей, работала, также находилась в тяжелых социально-жилищных условиях. Тем не менее, психотических расстройств у нее не было. Поэтому нами был выставлен диагноз шизоаффективного расстройства. Хотя шизоаффективное расстройство — это приступообразная, шубообразная шизофрения, скажем так, с хорошим выходом из состояния, с хорошей ремиссией. Мы обязаны придерживаться этого критерия, но для меня она, прежде всего, аффективная больная. Диагноз биполярного аффективного расстройства, если честно, мне ближе по моему пониманию течения заболевания данной больной. Все что можем, мы делаем, стараемся, переводим ее в дневной стационар, реабилитируем. Но если не прошел психоз, и мы недостаточно его сконцентрировали (маниакальный аффект), у нее на фоне обрыва терапии или недостаточно подобранный терапии, без нормотимики, ухудшается состояние. Вы видели, мы назначаем ей “Клопиксол”, пытаемся купировать ее возбуждение. Это не получается, и все это приводит к регоспитализации. Когда у нее правильная терапия, и заканчивается фаза, пациентка становится вполне адекватной и работоспособной. В профессиональном плане она остается достаточно состоятельной. Вопрос об инвалидизации был поставлен в другом смысле. Что такое льготы и привилегии? Привилегии — это незаконные приобретения каких-то материальных и социальных ценностей, а льготы — это законные. Она бы имела некоторую социальную защиту в виде определенной денежной компенсации, определенных социальных преференций. И это не помешало бы ей, ни в коем случае работать. Она ведь не в космос улетает, и не с оружием стоит где-то на посту. Для ее должности, в ее работе — она назвала ее “офис-менеджер” — это особо бы не повлияло. Хотя я согласен, что этот статус имеет зна-

Уход в болезнь: шизоаффективное расстройство, ассоциированное со стрессом

чение для нее самой, и поэтому она отказывается. Наше дело — предложить. Это ее выбор в дальнейшем. Таким образом, диагноз такой, как сказал врач-докладчик. И немного о дальнейшей тактике. У нас полгорода живет не там, где прописаны, в том числе и здесь ситуация такая. Безусловно, мы будем ходатайствовать через орготдел о переприкреплении ее к другому дневному стационару и диспансеру там, где она фактически проживает. Потому что очень большие расстояния, и она действительно не может так далеко ездить. Я думаю, здесь мы найдем тот кирпичик, который поможет укрепить фундамент ее ремиссии. Нормотимик, действительно, в схеме лечения обязателен. Психообразование пациентке также необходимо. Решение ее социальных, квартирных условий мы предложить не можем, естественно. Но она смотрит на это полегче, чем многие из нас. Я думал, что там 11 человек, а насчитали уже 15. Но для нее это не трагедия: где 11, там и 15. Я хочу сказать, что если у нее будет хорошее состояние, она способна в этом состоянии удерживаться даже в этой семейной ситуации. Итак, наблюдение, правильная терапия, социальная реабилитация. И я думаю, что прогноз здесь достаточно благоприятный будет.

Ведущий: Спасибо большое!

Врач дневного стационара: по поводу терапии “Седалитом”. Она у меня месяц была с этой болезнью на стационаре и лекарства не хотела пить. Нормотимики были назначены, но она все время говорит, что “я хочу беременности, это все плохо скажется, меняйте мне лечение”. Она даже сейчас не сказала: да, я буду пить препараты. В этом вся сложность. У нее маниакальное состояние начинает разворачиваться в дневном стационаре, потому что она сама определяет себе лечение. Здесь же она сказала: я не могу регулярно пить лекарства, я забываю, то принимаю, то не принимаю. Она это сама говорит, не скрывает. “Седалит” требует регулярного приема, чтобы сохранялась концентрация, как, в общем-то, и кветиапин. У меня не было особых вариантов, кроме “Клопиксол-Депо”, учитывая ее маниакальное состояние, пусть и гипоманиакальное. Не было разорванного мышления, но тем не менее, она очень оппозиционно относилась к лечению, к наблюдению, даже несмотря на то, что она месяц провела в стационаре, выписалась, вернулась, снова месяц пролечилась. Я ничего не имею против этой терапии, но я сомневаюсь, что она ее удержит, если она сейчас выпишется на литии.

Ведущий: Понятно. А у Вас такое же диагностическое суждение? — Да. — Тоже шизоаффективное расстройство? — Да. Мне кажется, просто ей надо было один раз оформить недобровольную госпитализацию и пролечить ее в стационаре для достижения полноценной ремиссии. Потому что она выписывается все время меньше чем через 30 дней. — А я думаю, что у нее недобровольные госпитализации тоже были.

Врач-докладчик: Нет, у нее добровольные госпитализации, поэтому она сейчас находится у нас в отделении. Все госпитализации были добровольные. И они с мужем просят срочной выписки сейчас. Сегодня муж уже несколько раз называл, и просит уйти.

Ведущий: Но у нас же нет оснований для недобровольной госпитализации — *Сейчас нет, а в момент госпитализации — может быть, и стоило бы оформить, тем более, если был повтор такой.* — Стоило или нет — это вопрос, наверное, к судье, который решает, стоит или нет оформлять недобровольную госпитализацию. — *Но вначале врачи решают.* — Комиссия, да, но все равно, окончательное слово... — Я так понимаю, что сначала оформляли, а потом она дала согласие.

В. Н. Гладышев: У нее были и недобровольные госпитализации, были и добровольные. Но я хочу сказать, что наш Преображенский суд (вообще, каждый суд неповторим), который решает вопросы госпитализации, очень любит задавать вопросы: “Вы хотите лечиться?” Их очень устраивает ответ: “Да, я готов лечиться. Только дома”. И зачастую, услышав ответ: “Я буду лечиться”, суд говорит: “Ну видите, она же будет лечиться, только она хочет жить и лечиться дома”. И довольно часто, в рамках нынешней либерализации, судья нам отказывает в госпитализации, если нет железобетонных аргументов, которых в данной ситуации нет.

Ведущий: У меня такой вопрос, для того чтобы немножко зажечь дискуссию. Как вы думаете, есть ли здесь проблема в фармакологической резистентности? — *Nem.* — Нет. Она очень хорошо реагирует на лекарственную терапию, так ведь? Следующий вопрос такой. Если нет проблемы фармакологической резистентности, если у нас не параноидная непрерывно текущая или какая-то иная непрерывно текущая шизофrenia, а мы имеем дело с фазным течением (в данном случае шизоаффективного или биполярного расстройства — неважно) аффективного расстройства с длительными ремиссиями, почему она часто госпитализируется? — *Tакой у нее комплаенс. Она не принимает лечения.* — Почему? Это же шизоаффективное расстройство, которое должно закончиться абсолютной ремиссией с абсолютной критикой, с выходом. И она нам говорит о том, что “конечно, это был психоз”. Сегодня она нам говорила это? — Да. — Она же говорила, вы ей, по-моему, специально задавали вопрос. — *Nem, она сказала: “Да, это мне казалось”.*

— Это казалось. Либо это ее диссимиляция, и на самом деле критики никакой нет, а нам она сейчас просто демонстрирует ее, для того чтобы мы побыстрее ее выписали, либо дело в другом. И нон-комплаенс связан не с критикой. — *Может, она просто плохо переносит терапию — она же описывает: “Тремор у меня”, видимо, седация есть, какие-то другие расстройства.* — Сегодня мы не видим экстрапирамидных нарушений. Она у нас сегодня на “Клопиксоле”

или на галопериодоле? — *На галопериодоле.* — На галопериодоле при достаточно умеренном корректоре она не демонстрирует экстрапирамидных нарушений. У нее пролонг, да? — *Нет, таблетки.* — Таблетки. Но мы видим, что она в статусе, близком к ремиссии. Мой итоговый вопрос в аудиторию. Что сделать, чтобы пациентка с такой доброкачественной эндогенной болезнью не госпитализировалась так часто? — *Держать на пролонге... Она имеет установку на ребенка, хочет третьего, она же говорила об этом. Поэтому она не будет лечиться просто по этой причине. Таких пациентов очень много.* — Вы считаете, это причина? Поэтому мы должны назначить ей пролонг и сказать: “Все, никаких детей”? — *Пока.* — Это поможет достигнуть комплаенса? — С мужем нужно провести беседу. — Я же говорю о комплаенсе, и о том, что сделать по-настоящему — не силовыми методами, а по-настоящему, чтобы установить с ней комплаенс и обеспечить такую же хорошую, длительную ремиссию, как была у нее когда-то. — *Она у нее была во время беременности.* — Я понимаю, во время двух беременностей. — *Во время двух беременностей. Только поэтому у нее была такая длительная ремиссия.* — Это удивительно, потому что как раз у аффективных пациенток послеродовый период обычно характеризуется обострениями. Почему нет? Да, это самое жаркое время для биполярных и для шизоаффективных пациентов. — *По-разному. Очень часто их истощает этот период, и им не хватает ресурсов на психоз.*

Ведущий: Вот такие вопросы я задал в аудиторию. Может быть, есть какие-то идеи относительно того, что сделать, чтобы установить комплаенс, чтобы пациентка больше не госпитализировалась и удерживалась как-то? — Возможно, с мужем провести беседу. У нас есть “Школа родственников”. Потому что он некритично относится к ее заболеванию, и он, собственно, и вызывает ей бригаду “скорой помощи”, и ее госпитализируют. — Направление правильное. Но что значит “провести беседу”? В каком направлении? Что происходит с мужем? Почему муж, который говорит, что она здорова, вызывает “скорую помощь”? Что это? — *Он вызывает, когда она уже совсем неадеквата, это острая приступов.* — Нет-нет, это мы понимаем, что там приступ, там психоз. Но муж-то не понимает. Но при этом он вызывает “скорую”. — *Он считает, что у нее бывают нервные срывы, и в период срывов ей нужна больница. Но это не болезнь.* — Да.

— Возможно, мужа смущают ее конфликты с его сестрами, а ее очень сильно не устраивает в этой ситуации, что в квартире проживает 15 человек. Она действительно аффективная пациентка, и отчасти у меня сложилось впечатление, что госпитализация обусловлена не столько психическим состоянием пациентки, сколько ее желанием избавиться от лишней загруженности, от этих проблем, которые

гнетут ее дома — конфликты с мужем, конфликты с его сестрами. Таким образом, она, в том числе, избегает этих проблем, госпитализируясь в больницу.

— Да. Спасибо!

— Мне кажется, муж, как и сама пациентка — оба эмоционально поверхностные люди, если судить по их отношениям, а они довольно долго в отношениях находятся. Например, пациентку насиживают, она рассказывает об этом своему мужу, и он ничего не делает. И сама она достаточно спокойно переживает это. И сейчас он говорит, что она здорова, и тут же вызывает “скорую”. То есть он не находит никакого другого выхода, кроме как куда-то ее, простите, пристроить на этот период.

Ведущий: Но он и ничего не делает для того, чтобы обеспечить комплаенс. Верно ведь? — Да. — А, может быть, он делает что-то, чтобы комплаенса не было? Говоря, что она здорова, он ей говорит: “Да не пей ты эту гадость, которую тебе дают врачи!” Вы же все сталкивались с такими ситуациями, когда родственники у комплаентных пациентов отнимают таблетки. — Значит, он преследует какую-то цель. Какую в данном случае, если у них два грудных ребенка?

— Можно предположить, что он тоже преследует цель третьего ребенка. Он хочет, чтобы у него были бесплатные парковки в Москве, например. Начиная с третьего ребенка, это уже так. — Ему нравится цифра 16, нравится, что 16 человек будет в квартире. — Все-таки третий ребенок дает ему серьезные социальные преимущества. Это уже считается многодетная семья. Там дополнительные пособия полагаются, возможно, больше возможностей расширения жилплощади. — Землю дают. — Дают землю, да. Там очень много всяких преимуществ. И, конечно, отказ от лекарственной терапии очень часто связан с этим. Я позволю... — Мужьям еще просто нравится, когда в гипомании жена находится. Она, видите, сколько дел делает сразу! За детьми, в школу, все. Может быть, ему нравится такое состояние. Когда она находится на лечении, может быть, она становится более спокойная, ровная. Мужчинам такие женщины не очень нравятся. Им больше нравятся гипоманиакальные. — Я понимаю, но у нее, по-моему, в маниях уже нет сексуальной расторможенности. Насколько я понял, она гневливые мании последнее время дает. — Вообще вся ее деятельность непродуктивная. — Гневливые с бредом, с раздражением, с агрессией. Или нет, или я неправильно понял?

— Есть у нее расторможенность. Мы ее видели, несколько раз, и довольно долго. — Тогда, значит, по другой причине. Да!

— Если бы я с ней вела работу как психолог, я бы углубляла осознанность между тем, что с ней происходит и последствиями... Осознанность болезни — как формируется болезнь, что является триггерами обострения этого состояния. На мой взгляд, что муж, что пациентка живут в каком-то гештальте

Уход в болезнь: шизоаффективное расстройство, ассоциированное со стрессом

— только здесь и сейчас. Вот им сейчас хорошо, а предвосхитить, что будет через пять лет, как обернется болезнь, к чему это может привести, каково будет состояние детей в такой обстановке, в которой они растут, как это все будет разворачиваться, они не могут. То есть нужно рассказать о тех негативных последствиях, которые возможны. И я бы, конечно, постаралась донести до мужа, что, несмотря на то, что они оба имеют московскую прописку, все-таки иметь свое жилье и беречь свой мозг от обицежития — это очень важно. Здесь очень правильное было слово — поверхность. Много поверхности, много “здесь и сейчас”, и нет осознанности, как жить дальше, нет понимания.

Ведущий: Все-таки что же делать, как поступить, помимо пролонга и разговора с мужем? — Если она будет сотрудничать с врачами дневного стационара, и у нее будет постоянное место жительства, то, конечно, возможно прилагать совместные усилия, чтобы она не ложилась в больницу, проводить психотерапевтическую работу.

— А еще она имеет право на жилищные льготы. Если у нее останется диагноз биполярного расстройства, то не имеет права, насчет шизоаффективного могу ошибаться, но шизофrenия точно дала бы ей право на жилищные льготы. Ей бы потом выделили жилплощадь. Это бывает, и даже часто.

Ведущий: Жалко, конечно, что у нас время поджимает, потому что я уверен, что здесь могут быть совершенно разные, очень интересные версии. Я сразу, так сказать, опущу, если вы меня простите, дифференциально диагностическую часть, потому что у меня нет ничего того, что уже не сказали бы сегодня выступающие и обосновывающие диагноз шизоаффективного расстройства. Действительно, по-моему, здесь это совершенно очевидно. Я очень рад, что здесь нет ни одного доктора, кто видит здесь непрерывный шизофренический процесс, с нарастанием какой-то тяжелой, брутальной негативной симптоматики, каких-то грубых когнитивных нарушений и так далее. Да, действительно, мы видим преобладающий маниакальный аффект, мы видим приступы, разворачивающиеся по типу клише. Каждый раз абсолютно одинаково, она сама об этом говорит. Она уже привыкла к этим приступам, она уже знает все досконально, до мелочей, хотя ей всего лишь 29 лет — с чего приступ начинается, как он развивается, и что произойдет, если лечиться, что произойдет, если не лечиться, какой у нее будет пик этого приступа. В этом приступе для пациентки есть какие-то субъективно положительные и отрицательные переживания. Есть и положительные переживания — она о них говорит, когда мы касаемся маниакального аффекта, и когда она говорит: “Я становлюсь раскрепощенной, у меня уходит моя личностная внутренняя зажатость”. Верно ведь? То есть, по сути, пациентка лучше нас всех знает о том, что у нее за болезнь, какое у нее состоя-

ние и каким оно может быть, если она будет поступать так или так. То есть фактически у нее в руках все инструменты для манипуляции болезнью. Она может сама выбирать — в какой-то момент, конечно, не на высоте психоза, но в начале приступа она может сама выбирать, оставаться ей в ремиссии, оставаться ей в гипомании какой-то такой продуктивной или уходить в психоз, предсказуемый, который уже понятен, который известен. Первые три приступа происходили абсолютно классическим образом. Здесь все очень красиво описано. В 19-летнем возрасте — манифестный психоз; до этого — безусловно, эндoreактивный аффект, и депрессивный, и маниакальный, все как положено. Скорее всего, это был атипичный пубертатный шуб, когда у нее началась такая сексуальная расторможенность, беспорядочная половая жизнь и прочее. Между этими первыми тремя приступами все было гладко и хорошо. Она смогла создать семью, все было прекрасно. Промежутки между приступами чистые, длинные, эффективные, продуктивные. Дальше. После того как происходит третий приступ эндогенного заболевания, у нас динамика двух процессов, шизофренического и аффективного, как правило, меняется. Если мы имеем дело все-таки с шизофренией, то после первых трех приступов мы видим уже очень низкого качества ремиссию с быстрым и, как правило, непрерывным нарастанием уже неуходящих продуктивных психотических симптомов и негативной симптоматики. Дальше все переходит в непрерывно-прогредиентное течение и тяжелую инвалидность. Если это не параноидная шизофрения, как у нашей пациентки, — здесь все единодушны — то тогда после первых трех приступов тяжесть начинает угасать. Да, приступы могут быть чаще, но они начинают угасать. Уходят онейроидные переживания — я думаю, что у нее были онейроидные переживания с Русалочкой. Там, похоже, двойная ориентировка была. И с космосом было что-то вначале. Уходят онейроидные переживания, практически до конца может уйти острый чувственный бред на высоте приступов — с двойниками, с инсценировкой, с антагонистическими какими-то моментами и так далее. Остается суб психотический аффект, с которым вполне можно обойтись и без больницы, и без стационарирования. Особенно тогда, когда речь идет о продуктивных гипоманиакальных состояниях, которые позволяют человеку справляться с какими-то минимальными, но все-таки имеющимися волевыми нарушениями, даже при таких вроде благоприятных формах. Но у нас учащение госпитализаций приходится именно на этот период времени. И принимая во внимание такие социальные обстоятельства, я тоже, так же, как и Виталий Николаевич, не увидел на ее лице трагедийности какой-то, когда она говорила о пятнадцати жильцах той квартиры, в которой она живет. Это действительно так. Но у меня создалось ощущение, что ни я, ни кто-то из присутствующих здесь, просто не знает 90% происходя-

щего в квартире. Что происходит у нее в отношениях с мужем? Что происходит в отношениях с сестрами? Что происходит, когда рождаются дети? Она же говорит: “Пока я лежала, я узнала, что там еще двое”. В общем, да. Какие отношения между женщинами? Представляете, сколько хозяек в этой квартире? Представляете звуковое сопровождение — кроме конфликтов, это же еще, сколько там детей среди всех жителей. Семеро детей, из которых большая часть грудные, которые плачут, орут, не спят ночью, требуют к себе повышенного внимания. Я не знаю, по-моему, это катастрофа, просто социальная катастрофа, в которой невозможно находиться ни здоровому, ни больному человеку. И каждый человек, оказывающийся в катастрофе, пытается найти способ адаптации к этой катастрофе, или, как скажут психологи, психологическую защиту — сублимация, избегание, отрицание и так далее. — Уход в болезнь. — Да. Здоровые люди используют один способ, мужчины защищаются, уходя на рыбалку, на охоту, в бани с друзьями, женщины — в шопинг, в путешествия, еще куда-то. А больной человек использует болезнь. Тем более если эта болезнь им контролируется. Этот больной человек ее может контролировать: он хочет — в манию уйдет, хочет — в ремиссии останется, хочет — даже немножко пощекочет нервы себе, и в этой мании даже, может быть, и в космосе окажется. Я думаю, что элемент такой — конечно же, неосознанный, безусловно, здесь нельзя говорить о сознательном симуляционном или преднамеренном (чуть ли не членовредительстве) ухудшении болезни. Нет. Я думаю, что здесь речь идет о феномене, о таком, может быть, даже психоаналитическом понятии ухода в болезнь, ухода в психоз от той непреодолимой ситуации, в которой оказывается пациент. Этот феномен очень хорошо описан Йозефом Берце, когда он описывал так называемую реактивную шизофрению. Но здесь получается, что реактивная не шизофрения, а реактивное шизоаффективное расстройство. У нас есть в МКБ-10, по-моему, даже подпункт “Шизоаффективное расстройство, ассоциированное со стрессом”, кажется. Именно в этой рубрике есть такое значение. И конечно, единственный, с моей точки зрения, действительно реальный, эффективный способ остановки этих постоянно вращающихся дверей — больница, диспансер, больница, диспансер — это попытаться разобраться, то есть войти глубоко в проблемы того, что происходит в этом доме, в этой семье. Предлагалась же версия: “Вы же можете, в принципе, даже финансово себе позволить хотя бы на какое-то время снять квартиру, может, в другом районе, я не знаю. Так или иначе, все равно, даже если это финансово будет затратно, это совсем другое”. Предлагалось же! Нет, этого не происходит по какой-то причине. Почему? Да, мы можем тут же сказать, что это психологизация,

— что это пациентка, что она больна, что у нее нарушено мышление, у нее нет критики, поэтому она рожает третьего ребенка, она с двумя-то не может никак справиться, как может больная женщина еще третьего хотеть и желать и так далее. Но я бы не стал так судить и совсем так переходить в психиатризацию этого клинического случая, как раз с учетом нашей диагностики. Именно с учетом этой диагностики, где вся аудитория солидарна, как я понимаю, с этим диагнозом. Никто не давал альтернативного мнения. А этот диагноз предусматривает абсолютно чистую ремиссию, или почти абсолютно чистую. Соответственно, проблема, на мой взгляд, только в психотерапии, точнее в ее отсутствии. Я понимаю врачей дневного стационара — действительно, заниматься психотерапией с маниакальной и еще и сексуально расторможенной пациенткой просто небезопасно. Конечно же, психотерапия в этой ситуации должна проводиться в холодном периоде болезни, когда больная окончательно вышла из своего психоза, когда у нее так или иначе стабилизировался аффект. Сразу, чтобы не забыть, — лития, конечно, явно не хватает, он необходим. И тогда мы, может быть, можем начинать семейную терапию, групповую терапию. Мы можем сделать акцент на психическом здоровье ее детей, насколько это важно, и этот акцент с мужем тоже и так далее. Я просто не очень хорошо знаю, что происходит дома — по-моему, никто не знает. Поэтому здесь по ситуации. На мой взгляд, это именно так. Лекарственную терапию я бы тоже все-таки ориентировал на атипичный анти-психотик, с учетом сохранности профессиональной адаптации нашей пациентки. Несмотря на увольнение, я абсолютно уверен, что она достаточно легко сможет найти себе работу, — в этом смысле она вполне работоспособна, энергетически во всяком случае, для того чтобы устраиваться. И, конечно, атипик в этой ситуации ей будет гораздо более подходящим препаратом. В этом смысле может быть и палиперидона пальмитат, и, конечно, хотелось бы пролонг, в любом случае.

— Можно маленький вопрос? Если она будет на съемной квартире, по Вашему мнению, у нее психозы будут реже?

Ведущий: Я думаю, что здесь дело не в квартире, то есть не в том, где она будет. Вопрос в отношениях с мужем. Я думаю, что все кроется в этом. Мы не знаем этого момента — это большой пробел для нас, для врачей-психиатров. Мы не знаем, что там. Но там, совершенно очевидно, есть какое-то, мягко говоря, несоответствие или разногласие. Она же сказала, что это первая, но не последняя любовь. Там неизведенное поле. И это очень интересно для психотерапии и для психолога, и для психиатра-психотерапевта. Вот так. Всем спасибо большое за участие! Сегодня у нас очень хороший разбор был. До новых встреч!

ПСИХИАТРИЯ И ПРАВО

Результаты общественной проверки соблюдения прав граждан, проживающих в психоневрологических интернатах

Ю. Н. Аргунова

Статья основана на результатах общественной проверки психоневрологических интернатов г. Москвы, проведенной автором статьи в качестве члена отделения Совета общественных организаций по защите прав пациентов при территориальном органе Росздравнадзора по г. Москве и Московской области. Приводятся факты повсеместного нарушения положений Закона о психиатрической помощи, в особенности норм, касающихся недееспособных граждан.

Ключевые слова: права пациентов; права граждан при оказании психиатрической помощи; права недееспособных граждан; психоневрологические интернаты.

Тема о правах граждан, помещаемых в ПНИ, и их соблюдении многогранна. Она постоянно освещается на страницах нашего журнала. Проверки интернатов различными инстанциями не прекращаются и продолжают выявлять многочисленные нарушения. Однако многие виды нарушений характеризуются высокой латентностью, их не замечают ни руководство ПНИ, ни проверяющие. Именно на них мы и обратили внимание в ходе общественной проверки по линии Совета общественных организаций по защите прав пациентов при территориальном органе Росздравнадзора по г. Москве и Московской области.¹

Невыполнение обязанностей по созданию условий для реализации прав проживающих в ПНИ граждан

Данная обязанность интернатов вытекает из положений ст. 39 Закона о психиатрической помощи.

На практике во всех ПНИ, как в фойе, так и в отделениях на видных местах (информационных стендах) отсутствует текст Закона о психиатрической помощи, а также Правила внутреннего распорядка учреждения² (имеется лишь почасовой распорядок (режим) дня). Не представлены адреса и телефоны государственных

и общественных органов, учреждений, организаций и должностных лиц, к которым можно обратиться в случае нарушения прав граждан, а также адвокатов, оказывающих гражданам, проживающим в ПНИ, бесплатную юридическую помощь в рамках Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 324-ФЗ “О бесплатной юридической помощи в Российской Федерации”.

Доходит до курьезов. На вопрос проверяющего, почему на стенде нет Закона о психиатрической помощи, зав. отделением ПНИ № 34 ответил, что Закон хранится в его кабинете под замком. В другом отделении к стенду был прикреплен лист с перечислением видов социальных услуг без указания источника информации. На вопрос, откуда (из какого акта) распечатан этот перечень и почему нет ссылок на источник, зав. отделением, не владея информацией, стал уверять, что это текст Конституции, а на вопрос, почему не вывешен Закон о психиатрической помощи, ответил, что “зато есть книга отзывов”. В следующем отделении в начале обхода было замечено отсутствие на стенде текста Закона. Однако уже к концу обхода на дне ячейки размером А-4 появилась пожелтевшая брошюра 1992 года издания размером А-5 с надписью “приказ Минздрава ...”. Зав. отделением заявила, что

¹ Проверка проведена в соответствии с Федеральным законом от 21 июля 2014 г. № 212-ФЗ “Об основах общественного контроля в Российской Федерации” с учётом Поручения Росздравнадзора от 5 марта 2019 г. № 01ВП-10/19, в котором отражена необходимость обращения особого внимания при проведении проверок интернатов на соблюдение прав граждан при оказании им психиатрической помощи.

² Правила внутреннего распорядка ПНИ должны содержать: общие положения, правила помещения и выписки, права и обязанности проживающих (в т.ч. правила пользования телефоном, условия приема посетителей, порядок выхода за территорию в течение дня, порядок и сроки временного выбытия), права и обязанности работников, посетителей, правила размещения, перевода в другую комнату, порядок проживания, перечень того, что предоставляет интернат каждому проживающему (одежда, обувь, постельные принадлежности, предметы личной гигиены и т.д.), порядок медобслуживания и трудовой реабилитации, правила хранения личных вещей, ценностей и документов, организация опеки и попечительства, режим дня, распорядок приема пищи, чайных пауз и др.

этот приказ и есть Закон, и его положения за 27 лет не изменились. В итоге было очевидно, что на стенде в срочном порядке был вывешен текст в недействующей редакции, поскольку с момента принятия Закона в 1992 г. в него было внесено около 20 изменений. Причем они касались, в т.ч. порядка помещения в ПНИ недееспособных граждан и их выписки, правил госпитализации недееспособных, содержания понятия “врачебная тайна”, видов амбулаторной психиатрической помощи и т.д. Изменился понятийный аппарат Закона в связи с принятием нового базового Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” (далее — Закон № 323-ФЗ). Кроме того нахождение брошюры на дне ячейки делает невозможным для пациентов достать ее без подручных средств. Им придется снять со стены весь стенд и перевернуть его, чтобы вытряхнуть брошюру из ячейки, что может привести к конфликтной ситуации и ошибке в оценке психического состояния пациентов. врачи не только чинят препятствия пациентам в ознакомлении с законодательством, но и демонстрируют собственную правовую неосведомленность.

В ПНИ № 20 информационных стендов с нормативно-правовой базой, адресами и телефонами органов и организаций нет вообще. На столах перед входами в отделения разложены папки с образцами различных заявлений, файлами с текстами Федерального закона от 28 декабря 2013 г. № 442-ФЗ “Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации” (далее — Закона № 442-ФЗ) и Закона о психиатрической помощи. Однако последний из законов приведен в недействующей редакции, его текст не обновлялся с 2011 г. В папках отсутствуют выдержки из Закона № 323-ФЗ, в частности, положения ст. 19 о правах пациента, ст. 20 об информированном добровольном согласии на медицинское вмешательство. На вопрос, где же Правила внутреннего распорядка (есть лишь почасовой распорядок дня), ст. медсестра, ответственная за формирование папок, ответила, что, вероятно, их украли.

Необходимая нормативно-правовая база, как правило, отсутствует и на сайтах ПНИ.

Несоответствующая требованиям закона практика помещения в ПНИ недееспособных граждан

Граждане, лишенные дееспособности, составляют до 2/3 контингента ПНИ.

Согласно ч. 1 ст. 41 Закона о психиатрической помощи основания для помещения в ПНИ — это личное заявление лица, страдающего психическим расстройством, или лица, признанного судом недееспособным, и заключение ВК с участием врача-психиатра, для лица, признанного недееспособным, если такое лицо по своему состоянию не способно подать личное

заявление, — решение органа опеки и попечительства, принятое на основании заключения ВК с участием врача-психиатра. Заключение должно содержать сведения о наличии у лица психического расстройства, лишающего его возможности находиться в иной организации социального обслуживания, предоставляющей социальные услуги в стационарной форме, а в отношении дееспособного лица — также и об отсутствии оснований для постановки перед судом вопроса о признании его недееспособным.

Из личных дел многих недееспособных граждан, проживающих в ПНИ № 34, следует, что они лично подписали заявления о предоставлении им социальных услуг “в любом ПНИ”, хотя даты заявлений не проставлены.

В то же время, в личных делах других недееспособных можно обнаружить сразу два разных заявления о предоставлении социальных услуг в стационарной форме, написанных от их имени, но без их подписи. В графе подпись вписано: “Недееспособен”. Далее следует подпись зам. главврача, заверившего такую “подпись”. Даты составления документов не проставлены. Заключения ВК отсутствуют. В распоряжении органа опеки и попечительства (например, отдела соцзащиты района Печатники) помещение недееспособного в ПНИ обосновывается лишь наличием ходатайства администрации ПБ № 13 о помещении его в интернат. Нелегитимность поданного от имени гражданина заявления остается без внимания, хотя причиной, по которой отсутствует его личная подпись, служит исключительно его статус лица, признанного недееспособным. Обоснования таких действий не приводятся. Недееспособные помещаются в интернаты фактически в недобровольном порядке, что не согласуется с правовой позицией Конституционного Суда РФ, выраженной им в Определении от 19 января 2011 г. № 114-О-П по жалобе Ибрагимова А. И., а также концепцией Закона № 442-ФЗ, провозгласившего принцип добровольности оказания социальных услуг.

Кроме того во всех личных делах недееспособных граждан имеются договоры о стационарном социальном обслуживании (составлены в период 2018 – 2019 г.), из которых следует, что они были заключены не между ПНИ и получателями услуг, а между ПНИ в лице директора (поставщика услуг), с одной стороны, и Опекунской комиссией ПНИ, “действующей в интересах недееспособной (ого)”, с другой стороны. Налицо конфликт интересов: директор интерната, будучи одновременно и поставщиком услуг и опекуном получателя этих услуг, заключил договор с подчиненной ему опекунской комиссией, состоящей из трех социальных работников того же учреждения. При этом указанная комиссия вне рамок правового поля декларирует себя как действующая в интересах недееспособного. Тот факт, что интересы недееспособных, не имеющих опекунов — физических лиц и еще не помещенных в

ПНИ, согласно нормам ГК РФ призваны осуществлять органы опеки и попечительства, игнорируется. Вопрос о неспособности всех без исключения недееспособных граждан лично подписать указанные договоры, т.е. выразить свою волю в отношении водворения в ПНИ на постоянное место жительство, вопреки закону не исследуется.

Из личных дел ряда недееспособных граждан, находящихся в ПНИ № 22, следует, что в 2017 и 2018 г. они как получатели социальных услуг лично подписали договоры о предоставлении им социальных услуг с ПНИ как поставщиком таких услуг в лице директора. Имеются также их личные заявления о помещении в ПНИ, что соответствует положениям закона.

Однако в личных делах других недееспособных имеются договоры о предоставлении им социальных услуг, заключенные опять-таки между ПНИ в лице директора (поставщика услуг), с одной стороны, и опекунской комиссией ПНИ, именуемой “заказчиком” таких услуг, с другой стороны. При этом указанная комиссия в нарушение требований закона называет себя законным представителем недееспособных, что представляет собой юридический нонсенс, поскольку функции законного представителя исполняет ПНИ в лице директора. В личных делах каждого недееспособного имеются также по два разных по содержанию заявления от них самих. Одно (произвольной формы) с просьбой принять на постоянную форму стационарного социального обслуживания, т.к. он не может самостоятельно проживать и нуждается в постоянном уходе и помощи. Другое заявление написано по форме, но не до конца заполненной. Даты написания заявлений отсутствуют. В обоих случаях имеются решения органа опеки и попечительства (постановление Муниципалитета района Щукино и распоряжение Управления соцзащиты района Ясенево) о помещении недееспособных граждан в ПНИ, в которых, однако, не говорится о неспособности этих граждан выразить свою волю. Не отражен данный вопрос и в заключении ВК с участием врача-психиатра, которое по правилам ст. 41 Закона является обязательным для поступления в ПНИ.

По словам директора ПНИ, если у помещаемого в интернат недееспособного лица есть опекун — физическое лицо, то заявление о помещении в ПНИ подписывает либо сам недееспособный, либо его опекун. При этом, как выяснилось в ходе проверки, рассмотрение вопроса о способности/неспособности подопечного подать личное заявление не обеспечивается и в каких-либо документах не отражается.

Практика подписания заявлений о помещении в ПНИ от лица недееспособных граждан их опекунами распространена и в других интернатах, она противоречит положениям ст. 41 Закона о психиатрической помощи, не предусматривающей учет волеизъявления опекуна (физического лица) недееспособного в

данном вопросе, и может быть охарактеризована как недобровольное помещение в ПНИ.

Так, по признанию специалиста по социальной работе ПНИ № 20, недееспособные лица помещаются в интернат на срок до 6 мес. не по собственному заявлению, а во всех случаях по заявлению опекуна.

В личном деле недееспособной С.Н.Н., помещенной на постоянное проживание, нет ни ее личного заявления о помещении в ПНИ, ни заключения ВК о неспособности С.Н.Н. подать такое заявление. Не приложены эти документы и к ходатайству ПБ № 4 перед ОСЗН района Ярославский с просьбой о принятии пакета документов для оформления С.Н.Н. в ПНИ на постоянной основе. Опекунская комиссия ПНИ № 20 (в составе директора интерната, его зама по медицинской части, главной медсестры, врача отделения и специалиста по социальной работе) приняла решение принять С.Н.Н. в интернат и заключить договор о стационарном социальном обслуживании “от имени недееспособной”. Договор был оформлен между “Исполнителем” в лице директора, с одной стороны, и опекунской комиссией ПНИ в указанном выше составе, действующей как законный представитель недееспособной, с другой стороны. Сама недееспособная С.Н.Н. именуется в договоре “заказчиком”. В разделе “Предмет договора и обязанности сторон” сказано, что “Исполнитель” на основании путевки Департамента СЗН обязуется предоставлять стационарное социальное обслуживание “Заказчику”.

Правовое значение такого договора ничтожно, поскольку: 1) недееспособная была помещена в ПНИ фактически в недобровольном порядке; 2) недееспособная в договоре именуется “заказчиком”, хотя в действительности является “получателем” услуг. Более того, ст. 3 Закона № 442-ФЗ вообще не содержит такого понятия, как “заказчик” услуг; 3) опекунская комиссия не вправе выступать законным представителем недееспособной; 4) директор интерната является одновременно и поставщиком услуг, и председателем опекунской комиссии, и будущим опекуном получателя этих услуг.

Несоответствующее нормам закона оформление актов выполненных работ

В личных делах недееспособных К.Г.А. и Г.А.А. (ПНИ № 20) имелись акты выполненных работ от 1 марта 2019 г. В актах значатся директор ПНИ, с одной стороны, и опекунская комиссия ПНИ, действующая как законный представитель недееспособных, с другой стороны. В актах записано, что стороны подтверждают, что услуги оказаны в полном объеме, в установленные сроки, претензии по результатам оказания услуг получатель услуг не имеет. Отступлений от договора, ухудшающих результат оказания услуг, или иных недостатков оказанных услуг не выявлено. “От

имени получателя услуг" акты подписал зам. директора по общим вопросам.

Налицо нарушение закона:

1) опекунская комиссия не может выступать в качестве законного представителя недееспособной, получавшей социальные услуги. Таковым до выписки подопечной является (и должен был исполнять эти функции все время пребывания подопечной в ПНИ) лично директор интерната;

2) зам. директора интерната не может представлять сторону получателя услуг, оценивать за получателя услуг результаты своей работы и констатировать отсутствие у получателя претензий. Зам. директора: а) как и сам директор, является поставщиком услуг; б) не является законным представителем недееспособной и не вправе представлять ее сторону.

Кроме того было установлено, что в акте выполненных работ в отношении недееспособной К.Г.А. подпись директора интерната тождественна подписи его зама. После получения образца подписи директора стало очевидным, что подпись директора выполнена его замом. То есть зам. директора расписался в акте и за себя и за директора.

Не отвечающее требованиям закона оформление информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство

Согласно п. 1 ч. 2 ст. 20 Закона № 323-ФЗ в отношении недееспособного лица Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (далее — ИДС) дает его законный представитель при условии, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство. Из этой нормы следует, что недееспособные пациенты не лишены права получать от врача информацию и выражать свою волю по поводу медицинского вмешательства. Соответственно положения Закона № 323-ФЗ обязывают врача (интернат) предоставлять недееспособному пациенту сведения и выяснить его личное отношение к предлагаемому лечению, определяя при этом состояние недееспособного лица на предмет выявления его способности (неспособности) выразить свою волю.

Действовавший ранее принцип автоматического и полного замещения согласия недееспособного лица на медицинское вмешательство (равно как и отказа от него), согласием (отказом) его законного представителя и придание такому решению статуса "добровольного" не соответствовал Конституции РФ, общеизвестным принципам международного права, международным обязательствам России в сфере прав человека. Так, согласно Принципу 3 Рекомендации Комитета Министров Совета Европы № R (99) 4 "О принципах, касающихся правовой защиты недееспособных взрослых", меры защиты не должны автоматически лишать лицо права выражать согласие или

отказываться от любого вмешательства в сфере здоровья или принимать иные решения личного характера в любое время, когда лицо способно совершать такие действия. Такое замещение недопустимо в тех случаях, когда само лицо обладает способностью выразить свое отношение к предложенному лечению, независимо от формального статуса недееспособного лица.

Имеющееся в историях болезни недееспособных граждан ИДС не в полной мере соответствует указанным выше требованиям. Так, из истории болезни Ю.Е.А. (ПНИ № 22) следует, что ИДС от 9 января 2019 г. подписал не сам пациент, определенный в интернат на 5-дневное пребывание, а его мать, назначенная опекуном. Заключение о неспособности пациента лично осуществить эти действия в истории болезни отсутствуют.

Как следует из историй болезни недееспособных пациентов П.Е.А., Г.В.А., М.Л.П. и других, ИДС от 9 января 2019 г. на виды вмешательств, включенных в Перечень, утвержденный приказом Минздравсоцразвития России от 23 апреля 2012 г. № 390н, за своих подопечных подписал директор ПНИ как законный представитель. При этом заключения о неспособности данных пациентов к волеизъявлению в историях болезни отсутствуют. Примечательно в этой связи, что пациент П.Е.А. в тот же день сам подписал ИДС на введение антипсихотических препаратов и некоторых других лекарственных средств, в частности ацетилсалициловой к-ты.

В ПНИ № 34 некоторые недееспособные пациенты лично подписывают ИДС, например, пациенты К.В.А. и З.Н.В. За других недееспособных (М.А.И., В.Т.С.) ИДС на виды вмешательств, включенных в указанный Перечень, подписывает директор ПНИ. При этом заключения о неспособности данных пациентов к волеизъявлению в их историях болезни отсутствуют. Зав. отделением, в котором находились указанные пациенты, убежденно заявлял, что недееспособные по своему положению не могут что-либо подписывать, за них это делают родственники. В ответ ему было разъяснено, что, во-первых, интересы недееспособного представляют не родственники, а опекун (в данном случае директор ПНИ), а, во-вторых, проводимая в нашей стране реформа института недееспособности в соответствии с позицией Конституционного Суда РФ и Европейского Суда по правам человека, а также поправки, уже внесенные в законодательство, позволяют недееспособным пациентам выражать свое согласие (мнение).

Аналогичные нарушения были зафиксированы и в ПНИ № 20.

Неоформление выбора пациентом лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья

Данное право пациента, в т.ч. недееспособного, предусмотрено п. 5 ч. 5 ст. 19 Закона № 323-ФЗ. Форма оформления такого выбора содержится в приложении № 2 к приказу Минздрава России от 20 декабря 2012 г. № 1177н.

Несоблюдение данного права отмечено во всех ПНИ. Так, в истории болезни недееспособной С.О.В. (ПНИ № 20) указанная форма осталась не заполненной, т.е. фамилия лица, которому пациент доверяет получать о нем информацию, не указана. Вместо фамилии в графе “Сведения о выбранных мною лицах” стоит росчерк подпись директора ПНИ с расшифровкой. Такой же росчерк стоит и в соответствующей графе в истории болезни дееспособной М.Д.М.

В истории болезни недееспособного З.Н.В. (ПНИ № 34) в конце незаполненной формы имеется подпись медработника, который обязан был контролировать оформление документа. В истории болезни недееспособной пациентки В.Т.С. в графу, в которую должны вписываться ФИО выбранного ею лица, вписаны ФИО самой пациентки. При этом ниже стоят подписи директора ПНИ и медработника.

В ПНИ № 22 и вовсе допускают отсебятину в оформлении, меняют по своему усмотрению формы документов, что лишает правового смысла содержащиеся в историях болезни сведения. В разделе “Разрешение на передачу информации о заболевании” вместо п. 5 ч. 5 ст. 19 Закона № 323-ФЗ дается ссылка на ст. 22 того же закона, регулирующую другие правоотношения. При этом в одних историях болезни этот документ подписывает сам подопечный, в других — вместо подопечного подписывает директор ПНИ, выполняющий опекунские функции. Обоснований недееспособности недееспособного пациента самому выразить свою волю в отношении выбора лица для передачи ему сведений в меддокументах не приводится. Представители администрации ПНИ, включая юристов, допускают невнимание и халатность, не вчитываются в документы, которые подписывают, что ведет к нарушению прав пациентов.

Несоблюдение правил применения мер физического стеснения

В соответствии с ч. 1 и 2 ст. 30 Закона о психиатрической помощи меры физического стеснения могут применяться только в тех случаях, формах и на тот период времени, когда, по мнению врача-психиатра, иными методами невозможно предотвратить действия лица, представляющие непосредственную опас-

ность для него или других лиц, и осуществляются при постоянном контроле медработников. О формах и времени применения мер физического стеснения дается запись в меддокументации.

В ходе проверки установлен факт неотражения в меддокументации пациента времени и способа (формы) фиксации. В истории болезни пациента Т. (ПНИ № 34) есть запись о начале применения мер фиксации (8-30). Время его окончания не указано. Сказано только, что меры фиксации применялись до приезда “скорой”. Время приезда “скорой” не уточнено, указан лишь номер наряда. Зав. отделением допущенных нарушений Закона не признал и пояснил, что всем и так понятно какими способами фиксируют пациентов. Что касается времени приезда “скорой”, то его можно установить, позвонив в “скорую” и назвав номер наряда. Поскольку “скорая” так и забрала пациента в фиксированном состоянии, то сроки фиксации должны интересовать не врачей ПНИ, а врачей скорой, а им известно, что зафиксирован пациент был в 8-30.

Таким образом, по совокупности выявленных в ходе проверки нарушений можно говорить о правовой неосведомленности медперсонала и юридических служб ПНИ по ряду основных положений действующего законодательства, что не соответствует требованиям, предъявляемым, в частности, к врачу-психиатру в разделе “Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения” Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих (утв. приказом Минздравсоцразвития России от 23 июля 2010 г. № 541н). Согласно документу врач-психиатр должен знать Конституцию РФ; *законы и иные нормативные правовые акты Российской Федерации в сфере здравоохранения*; порядок оказания психиатрической помощи; общие вопросы организации психиатрической помощи (в т.ч. скорой психиатрической помощи) и др.

В каждом случае выявленного нарушения нами были даны пояснения руководству ПНИ, юристу, специалисту по социальной работе или медперсоналу, в чем конкретно заключается нарушение, его последствия для граждан. Были рассмотрены возможные риски для учреждения социального обслуживания и их работников в плане наступления дисциплинарной и иной ответственности, даны рекомендации по устранению нарушений и преодолению пробелов и коллизий в законодательстве.

По итогам проверки мы планируем провести для работников интернатов семинар по правовым аспектам оказания психиатрической помощи и социального обслуживания граждан с психическими расстройствами.

ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА

Ответственность судебных психиатров

Как нас всех испортила собственность! Близкие люди готовы признавать своих родственников недееспособными, помещать их в психоневрологические интернаты, сокращать их жизнь своими непродуманными действиями, — и все это для того, чтобы получить право на квартиру, дачу, еще какую-нибудь собственность или долю в ней. Перед нами случай, когда успешный человек, всю жизнь работавший и имевший благополучную семью, оказывается игрушкой в руках родственников: дочь готова признать его недееспособным, лишь бы не допустить перехода части наследства в руки падчерицы, дочери любимой жены, а после смерти отца оспаривает его последнее завеща-

ние, в котором он делит свою собственность между ней и падчерицей.

А что же эксперты-психиатры? Без всяких оснований они отказывают человеку в праве выразить таким образом свою волю, вероятно полагая, что кровные связи важнее, и все должно достаться дочери. Мы привыкли видеть такой подход у судов, но эксперты должны быть объективны и делать свои выводы на основе подтвержденных клинических данных, а не собственных представлений о том, как следует поступить в том или ином случае. Особенно, когда речь идет о посмертной экспертизе, и человек уже не может сам объяснить мотивы своих действий.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ СПЕЦИАЛИСТА ПСИХИАТРА на заключение комиссии экспертов от 30 июня 2016 г. № 1097-5 посмертной судебно-психиатрической экспертизы А.Д., 13.06.1946 г. рожд., умершего 09.11.2015 г.

Настоящее заключение составлено 25 июля 2016 г.

по запросу адвоката Демченко И. В.

на основании предоставленных ксерокопий следующих документов:

- заключение комиссии экспертов от 30 июня 2016 г. № 1097-5 посмертной судебно-психиатрической экспертизы А.Д., 13.06.1946 г. рожд., умершего 09.11.2015 г., проведенной в ГКБ № 1 им. Н. А. Алексеева;

- врачебная комиссия с участием зам. главного врача Сынике А. Б. и Бурма А. А. от 10.12.2013 г.;

- решение Черемушкинского райсуда г. Москвы от 18.03.2014 г.;

- медицинское заключение по результатам освидетельствования А.Д. для получения лицензии на приобретение оружия от 28.03.2013 г.;

- ЭЭГ. Протокол обследования А.Д. от 22.03.2015 г.;

- справка о смерти А. Д. № 2011 от 02.12.2015 г.

для оценки полноты, всесторонности и научной обоснованности ответов экспертов ГКБ № 1 им. Н. А. Алексеева на вопросы, поставленные судом, и ответа на вопрос: мог ли А.Д. понимать значение своих действий и руководить ими в момент подписания завещания 11.01.2014 г.?

Заключение посмертной СПЭ комиссии экспертов от 30.06.2016 г. написано на 21 странице, из которых выводам с их обоснованием уделено всего полстраницы. Таким образом, заключение состоит на 98 % из

констатирующей части, которая изложена достаточно подробно, чтобы иметь возможность оценить обоснованность выводов экспертов.

Заключениедается из психиатрической больницы (ПКБ № 1 им. Н. А. Алексеева), где А.Д. неоднократно лечился, подписано зам.глав.врача по экспертизе в качестве одного из экспертов и подтверждает свой первоначальный диагноз, который тогда был явно искусственным, ничем не обоснованным, разве что являлся оправданием недобровольной госпитализации А.Д., которая судом была признана безосновательной.

Дело в том, что у А.Д. — тяжелого сердечно-сосудистого больного, перенесшего три инфаркта миокарда (1981, 1999, 2002) и шесть сердечных операций (1986, 2002, 2003, 2006), с 2006 года инвалида 2 группы, с постоянным упоминанием в диагнозе диссомнии (бессонницы) и неврастенического синдрома, но не наблюдавшегося у невропатологов и психиатров, — в пожилом 69-летнем возрасте 11.01.2013 г. от онкологического заболевания умерла жена.

В течение нескольких дней “не мог найти себе места” и в силу суицидальных высказываний 13.01.2013 был недобровольно стационарирован в ПКБ № 1 с диагнозом “острая реакция на стресс, суициdalная попытка в состоянии алкогольного опьянения”. На деле имели место суицидальные высказывания, а не попытки. Умолял отпустить на похороны жены, и на второй день 14.01.2013 г. суд отказал в недобровольной госпитализации. Был выписан с диагнозом

“органическое заболевание головного мозга с психопатизацией личности”. Ни органический характер заболевания, ни психопатизация личности не были при этом никак обоснованы и контрастировали как с диагнозом при поступлении, так и с последующими психическими расстройствами. Вышел на свою работу коммерческого директора оружейной компании, с которой справлялся, алкоголь не употреблял, в ПНД не обращался.

21.02.2013 г. перенес очередную (седьмую) сердечную операцию, и в связи с депрессивным состоянием и стойкими нарушениями сна (с 2007 г.) рекомендовано лечение у психотерапевта. 13.04.2013 г., узнав о возбуждении судебного дела о разделе имущества, нанес самопорезы на локтевых сгибах, но сам вызывал скорую помощь. С 13.04 по 19.07.2013 г. лечился в ПКБ № 1 с диагнозом “*депрессивное состояние с суицидальной попыткой у психопатизированной личности. Резаные раны локтевых сгибов*”. Был демонстративен, причитал, агрессией названа утиrovанная диссимуляция. Отказ от выписки значительно углубил депрессию. Выписан с диагнозом “*Органическое заболевание головного мозга сосудистого генеза. Депрессивный эпизод тяжелой степени с конгруэнтным бредом*”, т.е. с депрессивным бредом. Выписан в сопровождении дочери. Осенью 2013 г. в течение более двух месяцев (с 30.08 по 11.12) опять лечился в ПКБ № 1 с развернутым депрессивным бредом виновности, с тревогой за дочь, потерю квартиры, имущества, здоровья. Выписан с диагнозом “*Органическое заболевание головного мозга сосудистого генеза с периодическими психотическими расстройствами и аффективной неустойчивостью*” по заключению врачебной комиссии с участием двух заместителей главного врача ПКБ № 1 (10.12.2013). Эта комиссия автоматически переписала диагноз, хотя в тексте выписки отсутствуют какие-либо признаки не только органического заболевания головного мозга (которых нигде в обширной представленной документации обнаружить невозможно в связи с их отсутствием), но даже признаков клинически значимых психических расстройств. В консультации невропатолога также отсутствуют указания на какие-либо нарушения, но выставлен диагноз дисциркуляторной энцефалопатии III ст. сосудистого генеза. Нет никаких сколько-нибудь значимых неврологических расстройств и в последующие периоды. Так, в ЭЭГ-заключении от 22.03.2015 г. говорится: “патологических изменений биоэлектрической активности головного мозга не обнаружено, противопоказаний для управления транспортным средством нет”. А еще 28.03.2013 г. психиатр и нарколог дали разрешение на приобретение оружия. Но даже наличие диагноза органического заболевания головного мозга не является значимым для нашего рассмотрения, т.к. главным является наличие психических расстройств: степень их выраженности и тяжесть, т.е. психотическая или непсихотическая

глубина психических расстройств в юридически значимый отрезок времени.

Оспариваемое завещание было оформлено 11.01.2014 г. За месяц до этого 10.12.2013 г. А.Д. был освидетельствован перед выпиской из ПКБ № 1 врачебной комиссией с участием двух заместителей главного врача, которые, проговорив наиболее болезненные для Драпкина вопросы, убедились, что он “понимает сложность ситуации, в то же время при ее решении осознает все юридические тонкости, которые могут возникнуть”. А спустя пять дней после оформления завещания, 16.01.2014 г. А.Д. прошел психолого-психиатрическое освидетельствование в консультативно-диагностическом отделении ФГБУ “ФМИЦПН им. В. П. Сербского”, которое на основании клинического и экспериментально-психологического исследования установило что “мышление ... логичное, суждения зрелые, взвешенные..., мнестических нарушений не выявлено. Эмоциональный фон был понижен”. “Выявлены признаки повышенной утомляемости”, но “продуктивная психопатологическая симптоматика не выявлена. Критические и прогностические способности не были нарушены”. Был выставлен диагноз “*пролонгированная депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации (F 43.21)*” с указанием, что это “не препятствует способности к всестороннему и целостному пониманию планируемой сделки...”. Выставленный диагноз в Центре им. Сербского, также как диагноз в ПКБ № 1, поражают своей небрежностью. Конечно, этот диагноз касается только момента обследования. Но для нас важна удостоверенная непсихотическая глубина состояния А.Д.

То, что эксперты, сами излагая эти сведения в констатирующей части, игнорируют все это в своих выводах, вопреки центральному значению для ответа на заданные им вопросы, свидетельствует об их явной тенденциозности.

Адекватным диагнозом в данном случае, причем хрестоматийным по всем наличным характеристикам, является “*рекуррентное депрессивное расстройство тяжелой степени с психотическими симптомами (F 33.3) с хорошей ремиссией на юридически значимый момент*”.

Итак, есть все основания полагать, что в юридически значимый промежуток времени между выпиской из ПКБ № 1 за месяц до подписания оспариваемого завещания и освидетельствованием в Центре им. Сербского А.Д. понимал значение своих действий и мог руководить ими.

Таким образом, все три завещания — от 08.12.1998 в пользу падчерицы С.Т., в январе 2013 г. в пользу дочери В.Т. и от 11.01.2014 г., оспариваемое сейчас и учитывающее обе стороны, — были написаны А.Д. в состоянии, когда он отдавал отчет в своих действиях и мог руководить ими. Это обстоятельство было настолько очевидным, что когда его дочь В.Т.

Ю. С. Савенко

обратилась в суд с заявлением о признании отца не-дееспособным, Черемушкинский райсуд 18.03.2014 г. в согласии с мнением органа опеки и прокурора, отказал в этом без проведения судебно-психиатрической экспертизы (!), имея возможность услышать доводы самого А.Д. Тем не менее, обсуждаемое заключение экспертов продолжает ту же линию, которая несомненно сократила жизнь А.Д. Причиной его смерти была не мозговая органическая патология, а постинфарктный кардиосклероз и гипертоническая болезнь.

Обширная констатирующая часть должна была, согласно правилам, утвержденным Инструкцией Минздрава “Заключение судебно-психиатрического эксперта (комиссии экспертов)” 12.08.2003 г., завершиться обобщением приведенных данных, задача которого дать емкое четкое ясное для всех описание развития психического и сомато-неврологического состояния с критическим анализом и квалификацией отдельных этапов этого процесса, причем наиболее детально — состояния на юридически значимый момент оформления завещания, и окончательный обоснованный ответ на вопрос суда.

Вместо этого из неполных 21 страницы текста заключения 20 страниц занимает констатирующая часть и всего полстраницы — выводы с обоснованием. Обобщение и анализ полностью отсутствуют. На этой половине страницы дается искаженная картина подробных описаний констатирующей части, вступающая с ними в грубое противоречие. Половина текста этой половины страницы занимают подробности сердечно-сосудистых и невротических расстройств А.Д.. О нарушениях мозгового кровообращения нигде не говорилось. Другая же половина текста — всего 10 строчек — является нагромождением собственных квалификаций экспертов, которые никем из психиатров, непосредственно общавшихся в А.Д., никогда не делались. Вывод экспертов является прямым следствием подмены психического состояния, кото-

рое отмечалось на момент подписания завещания 11.01.2014 г., психическими расстройствами, которые отмечались до и после него. Спустя 10 месяцев он скончался. Впервые появляется диагноз “*хроническое бредовое (шизофреноидное) расстройство в связи с сосудистым заболеванием головного мозга*” вместо синдромологически более адекватного диагноза *хронического депрессивного расстройства*. Это не просто резкое утяжеление диагноза, а его качественное изменение, перевод в разряд особенно тяжелых хронических психических расстройств. Этот собственный вывод подается экспертами как естественным образом вытекающий из представленных данных, хотя он явственным образом противоречит им.

В грубейшем противоречии с констатирующей частью находится заключительный вывод экспертов: “имевшиеся у А.Д. изменения психики возникли задолго до юридически значимого периода и на момент оформления им завещания от 11.01.2014 г. были выражены столь значительно, что лишали его способности понимать значение своих действий и руководить ими”. Создается впечатление, что эксперты не прочитали собственную констатирующую часть, где отмечено, что психические нарушения у А.Д. возникли всего за год до подписания завещания и достигали психотического уровня только в отдельные непролongительные периоды, перемежаясь хорошими ремиссиями. Полноценную ремиссию в юридически значимый момент эксперты игнорируют.

Все сказанное лишает выводы экспертов всякой доказательной силы. Заключение экспертов не является ни полным, ни всесторонним, ни научно обоснованным. А.Д. в период подписания завещания 11.01.2014 г. понимал значение своих действий и мог руководить ими.

Ю. С. Савенко

ДОКУМЕНТЫ ВРЕМЕНИ

75 лет Научному центру психического здоровья РАН Приветствие НПА России

Независимая психиатрическая ассоциация России, отметившая в этом году свое 30-летие, приветствует и поздравляет прославленный академический институт психиатрии, ныне Научный центр психического здоровья РАН, с 75-летним юбилеем.

Есть нечто символически значимое в том, что Центр был создан в год освобождения территории нашей страны от нацистских захватчиков, как и в том, что первым директором стал выдающийся клиницист и нейропатоморфолог Василий Алексеевич Гиляровский.

Я говорю об этом не как посторонний. Мне посчастливилось быть аспирантом второго директора Центра Дмитрия Дмитриевича Федотова. Оппонентом моих кандидатской и докторской диссертации был Эрих Яковлевич Штернберг. В 1975 г. отзыв на мое методическое письмо о скрытых депрессиях написал Анатолий Болиславович Смулевич. Первые двухдневные чтения Николая Павловича Бруханского мы провели вместе с Александром Сергеевичем Тигано-

вым в 1997 г. Нас объединяло критическое отношение к МКБ. Мы тесно сотрудничали с А. К. Ануфриевым и Н. Г. Шумским, И. П. Шахматовой-Павловой, Г. Н. Соцевич, М. Л. Рохлиной, В. А. Файвишевским, А. И. Ойфой и В. М. Гиндилисом и многими другими, вступившими в нашу Ассоциацию, — достойный пример сотрудничества с организацией, которая считает психическое здоровье и права человека нераздельным целым.

Мы высоко ценим историю нашего предмета и его институтов, — то, чему посвящена ваша юбилейная конференция. Введенная в конкретный исторический контекст, она значительно умножает заслуги Центра, главной из которых является пронесенный через все препятствия и новомодные веяния высокий клинический. Мы желаем вам оставаться хранителями этой традиции.

Ю. С. Савенко

РЕКОМЕНДУЕМ:
АЛЬМАНАХ ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ. Вып. 2.
Ред. В. И. Бородулин, Б. С. Каганов
М., 2019

**В этом выпуске опубликована работа Ю. С. Савенко
“Психиатрия и психиатры в советскую эпоху”**

**Региональный конгресс ВПА в России
МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЕ ПОНИМАНИЕ
КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ В ПСИХИАТРИИ:
ОТ НАУКИ К КОМПЛЕКСНОЙ ПОМОЩИ**

5 – 7 мая 2020 г., Санкт-Петербург

Здесь смерть наступает раньше, чем заканчивается жизнь¹.

Почему доклад главы московского Центра паллиативной помощи Нюты Федермессер на Совете по правам человека 24 июня 2019 г. должны прочитать все! — пишет обозреватель Новой газеты Наталья Чернова и отвечает: “Это уникальный и исчерпывающий документ о состоянии прав человека в современной России. Точнее — о попрании прав. И не только инвалидов, а всех граждан без исключения. Потому что никто не застрахован в этой жизни от болезни, немощи и одиночества. Этот документ, прежде всего, о том, что происходит с человеческой жизнью, если обесценить ее. Если ее практически обнулить.

Сегодня в России 157 тысяч граждан фактически обречены на медленное и мучительное уничтожение в психоневрологических интернатах (ПНИ). Они все — в “слепой зоне” общества. В защиту этих взрослых и детей пока не было ни одного пикета, они не были и вряд ли будут символами гражданского протеста. Психоневрологические интернаты в стране всегда были традиционно закрыты для внешнего мира. Ровно так, как закрыты тюрьмы. Нюта Федермессер прорвала эту блокаду, проехав по десяткам ПНИ с проектом Общероссийского народного фронта “Регион заботы”. Ей были вынуждены открыть двери и показать, как живут здесь люди. Без ответа остался вопрос: по какому праву государство десятилетиями поступает так со своими гражданами? За всех этих больных, немощных, беспамятных и беззащитных спросить теперь обязаны мы все”.

В России насчитывается более 500 ПНИ. Большинство из них переполнены. Подавляющая часть пациентов лишена дееспособности, причем единственным опекуном, решающим все вопросы жизни таких людей, является директор интерната. Фактически они попадают в полную и абсолютную зависимость от него. 75 % их пенсии по закону отчисляются на счет ПНИ. Официальная проверка Роструда показала, что только пятая часть живущих в ПНИ нуждается в постоянном уходе и наблюдении. Остальные вполне могли бы жить в домах сопровождаемого проживания — в них небольшие группы людей с инвалидностью могут жить самостоятельно под присмотром и с помощью специалиста.

“Это только кажется, что это про других. Это про нас с вами”

Нюта Федермессер

— Я совсем недавно вошла в психоневрологические интернаты и в детские дома-интернаты. С проектом ОНФ “Регион заботы” я задалась задачей найти всех, кто нуждается в паллиативной помощи. И на сегодняшний день я посетила очень много этих учреждений — в 20 регионах страны из 25 pilotных.

При этом я хотела бы подчеркнуть, что фотографии есть и московские, и Дальний Восток, и граница с Финляндией, — то есть вот абсолютно от края до края. И да, когда я несколько раз написала в социальных сетях про хорошие ПНИ, подверглась критике своих же коллег.

Хороший ПНИ — это ПНИ, в котором хороший директор нарушает все мыслимые нормы ради блага своих подопечных.

Такие есть. Это Буйнакск и Рыбинск — из тех, которые видела”.

Про отделения милосердия

Слово “милосердие” здесь полностью утратило смысл, и сердечность уступает место равнодушию, непрофессионализму и расчеловечиванию. Расчеловечивание — это термин, который родился в ГУЛАГе и который сопровождает меня ежедневно на протяжении последних трех месяцев путешествий по стране.

Медицинская помощь в отделениях милосердия — это лечение Альцгеймера и деменции. Абсолютно типичный вариант — помещение человека в изолятор и фиксация его на кровати. Фиксация в позе Христа, распятым. Чулками — очень удобно, они немножко тянутся и не оставляют следов, в случае если приезжает проверка. Отвязать можно быстро.

Про боль

Лечение болевого синдрома в ПНИ... Вы удивитесь, но 157 тысяч, о которых сказал Роструд, — все они больны, все инвалидизированные, большинство это пожилые — у них ни у кого “не болит”?!. Москва

¹ “Новая газета” № 70 от 01.07.2019 поместила вместе с докладом 14 страшных фотографий.

— единственный город, в котором применяются наркотические обезболивающие средства. А смертность довольно высокая: умирают от рака, умирают от хронической сердечной недостаточности, умирают от гепатита, ВИЧ и туберкулеза. Эта пациентка (показывает фотографию лежащей женщины) с онкологическим заболеванием и с грыжей, с тяжелейшим болевым синдромом и с асцитом. У нее было одно-единственное назначение, назначение сделано психиатром этого учреждения: четыре разных вида мочегонных для уменьшения асцита. Все. А у всех тех, кто в отделениях милосердия маловесен, скрючен в результате не прекращающихся многократных эпилептических приступов, — у них ни у кого “не болит”. Попробуйте не переворачиваться одну ночь, пролежать в одной позе и посмотрите, как у нас с вами будет “не болеть” все тело к утру. Люди лежат в скрюченном состоянии годами. Смерть вот у таких людей крайне тяжелая. Они выкручиваются назад, у них запрокинута голова, которая часто лежит фактически на пояснице, вывернуты ноги.

Они живут с постоянным болевым синдромом, всегда, 24/7. И вот в этой скрюченности появляются пролежни. Когда я говорю, что у них болит, в ответ я слышу: “Не болит!” А когда подхожу, чтобы посмотреть: “Не трогайте их! Когда их трогаешь, они кричат!” Они кричат, потому что больно. Это значит, что болевой синдром есть у каждого, и вовсе не значит, что нужно лечить сразу опиатами. Банальный парацетамол не применяется вообще.

Про лечение

Лечение аутоагgressии в ПНИ вот такое — связывание. И детей, и взрослых. На фотографии лежит человек под очень тяжелым одеялом, вес которого до 37 килограммов. Это очень дорогое средство лечения аутоагgressии (аутоаггрессия — разновидность агрессивного поведения, направленная на самого себя). Только используется не так. Он под ним находится 24/7 в 36-градусной жаре, у него жуткая потница и пролежни. Я говорю: “Как, почему вы его используете так? Его же нужно просто класть на ногу, на спину, на 10–15 минут в день, чтобы человек начинал осознавать свое тело”. — “Но была предыдущая проверка, нам посоветовали купить, и мы тут же купили”. Им предыдущая проверка посоветовала купить, но не научила использовать. Аминазин. Это очень просто с аминазином. Потому что (после него) все лежат. Ведь это так просто — ухаживать за теми, кто лежит. Когда я в детстве играла в куклы, я всегда их только спать укладывала и переодевала. Вот они — эти куклы, 157 тысяч человек.

И пролежней не бывает. Странно, правда? Хотя все лежат. Как же так? Да потому что никто из прове-ряющих, простите, не заглядывает под одеяло. Кто из

вас, бывавших в ПНИ, заглядывает под одеяло и смотрит под памперсы?

И диетологов, кстати, в ПНИ нет. А пролежни случаются не только тогда, когда не переворачивают, а тогда, когда недокармливают. Посмотрите на этих “недетей” — возраст этих мальчиков 23–24 года. Вот эти фотографии сделаны уже в медицинских организациях, оказывающих паллиативную помощь, где мы вынужденно занимаемся не своим делом, — мы их выхаживаем и отправляем обратно.

“У них навязчивые движения, — говорят мне, — поэтому мы их связываем”. Вытертая стена за головой взрослого мужика. Видите? (Показывает фотографии.) Он все время бьется головой об стену. Это единственное движение, которое ему доступно. На стенах нет ничего интересного, в комнатах нет телевизоров, нет звука.

Навязчивые движения у детей, когда они суют руку в рот и вызывают у себя рвоту, это — единственное ощущение себя и своего тела, которое им доступно.

Это очень легко исправить. Знаете как? Количеством обученного персонала, который будет с ними работать. И ребенка можно посадить на горшок и гордиться, что он у нас не в памперсе. Но чтобы он не двигался, у него под майкой связаны руки (показывает фотографию).

Про реабилитацию

Как отличить, есть реабилитация или нет? Когда все (оборудование) новехонькое, когда обувь не истертая, когда вертикализаторы и инвалидные кресла без признака малейшей пылинки, без остатков пищи. Вспомните коляски своих детей, когда они у нас с вами росли, вспомните наши детские игрушки в слоне! А здесь все такое прекрасное и новое. Оно все есть, оно все закуплено, деньги бюджетные тратятся по назначению.

А зачем в ПНИ медицинские изоляторы, вот эта прекрасная норма? Туда люди попадают в основном из медицинских организаций, в основном обследованные, но (по правилам) нужен обязательный карантин. Это не так. Почти никто и никогда не использует их как карантин. Используют их как меру наказания. Изоляторы — это система наказания для больных и невиновных людей в учреждениях социальной защиты по всей стране.

А на вопрос про развивающую среду [отвечают]: “А зачем она? Они же лежачие”. И вот они лежат в этих белых стенах. “Обязательные, — говорят мне с гордостью в этом учреждении, — прогулки, обязательные, каждый день!” На веранде. За решеткой.

Про гигиену

Для лежачих больных мало что есть важнее гигиены. “Чистота — залог здоровья”? Вот она, ванна для мытья “лежачих обеспечиваемых” (показывает фото-

графии). Помыть в такой ванне никого невозможно. А это те самые банно-прачечные комплексы. В банно-прачечном комплексе нет тазиков, нет кувшинчиков, нет шампуньчиков. Посмотрите, что в них есть. В них есть душ Шарко. И один раз в неделю банный день — когда людей выставляют вот так в шеренгу и моют из этого душа, поливают.

Памперсы или туалеты? Все жалуются в ПНИ, что выписывают очень мало памперсов — лежачему больному всего два в день.

Лежачих больных почти нет. Есть сидячие, их просто (персоналу) лень сажать.

Но персонала мало. И туалеты пустуют. Даже на горшок никого не сажают — с памперсами проще.

Про самостоятельность

В кастрюлях [на фото] слева — еда. А кастрюля справа — там, видите, этикетка? Вот такая этикетка, женщины знают, бывает только на кастрюлях, которые никогда ни разу не мыли даже, тем более уж точно в них не готовили. Эта кастрюля в кухне для тренировки самостоятельного проживания. И железные мисочки тоже для тренировки самостоятельного проживания. Это с гордостью показанная комната в ответ на осуществляющуюся реформу. И да, “у нас условия, приближенные к домашним”. Слева — комната для встреч с родственниками, справа (показывает снимок веранды с решеткой) — та самая веранда для прогулок.

Про детей

ПНИ — взрослое учреждение. Есть ли там дети? Есть, очень много, в каждом отделении милосердия. Это конвейер: из дома ребенка, подведомственного департаментам здравоохранения, дети-инвалиды переводятся в ДДИ, из ДДИ в 18 лет в ПНИ в основном. Хотя там, где директора [ДДИ] разумные, они меняют устав и оставляют в отделениях милосердия тех, кому 18+. Потому что маловесные, 15 – 17 [килограммов], с интеллектом ребенка, привязанные к своим медсестрам как к родной маме, дети не могут быть перемещены в учреждение взрослое. Они там сразу погибают, в течение первого года.

Но оказывается, что если с ними заниматься, они могут и сидеть, и даже ходить. И я огромные слова благодарности говорю Анне Львовне Битовой (директор центра лечебной педагогики), Маше Островской (президент благотворительной организации “Перспективы”), потому что в самый удаленный конец страны приезжаешь, где видишь учреждения, в которые не стыдно зайти, там все с гордостью говорят: “А у нас была Битова” или “У нас была Островская”. Это невероятно.

Система ПНИ и ДДИ (да, я это утверждаю!) — это современный ГУЛАГ для престарелых и инвалидов.

Противиться реформе социальных учреждений — означает быть сторонником геноцида собственного народа. Справка [на фото] — это справка с самовольно написанным отказом от всяческого лечения (вплоть до летального исхода) в одном из отделений милосердия. 32 человека — и 32 такие справки, у каждого, кто там находится.

В учреждениях социальной защиты, в отделениях милосердия в ПНИ и ДДИ смерть сегодня наступает раньше, чем заканчивается жизнь. А может быть по-другому. Это пациентка тоже одного из учреждений соцзащиты, которая, гуляя с медсестрой, сорвала сирень-пятилистник и ей предложила: “Съешь, мне-то уже что, это тебе на счастье!”

Мои предложения:

- Переподчинить медицину [социальных учреждений] системе здравоохранения.
- Запретить перевод во взрослые учреждения маловесных детей из отделений милосердия [детских домов-интернатов].
- Провести сплошное освидетельствование всех пациентов отделений милосердия с привлечением специалистов по паллиативной помощи на предмет выявления их медицинских и паллиативных потребностей.
- Пересмотреть штатное расписание отделений милосердия с упором на персонал по уходу.
- Разработать стандарт оснащения отделений милосердия.
- Разработать критерии, показания для перевода, для направления детей и взрослых, проживающих в ПНИ и ДДИ, в отделения милосердия. Там не должны оказываться пациенты с синдромом Дауна просто потому, что там за ними проще ухаживать.
- Провести сплошное обучение сотрудников МСЭ с целью ознакомления с современными средствами реабилитации и ухода.
- Закон о распределенной опеке (инвалиду назначается не один опекун — как правило, директор интерната, — а еще опекун из членов НКО или родственников). Принятие этого закона тормозится. Это первый шаг к открытым дверям, а значит, к изменению качества жизни сотен тысяч людей, проживающих в ПНИ по всей стране. И это про каждого из нас, как и паллиативная помощь. Это только кажется, что это про каких-то других. Это про нас с вами.

Я очень надеюсь быть услышанной. Большое спасибо.

ОТКЛИКИ, ДИСКУССИИ

В чем существо кризиса психиатрии?

“Кризис науки является кризисом людей, которые ее постигают, если они не искушены в своем желании знания”.

Карл Ясперс

Статья нового главного редактора Бехтеревского обозрения Н. Г. Незнанова в соавторстве с А. П. Коцюбинским и Д. А. Коцюбинским естественным образом воспринимается как программная, задающая определённую установку, уже своим названием “Кризис естественно-научного и гуманитарного подходов в психиатрии”¹.

Тем важнее проанализировать, какой смысл вкладывают авторы в понятие “кризис”, что такое в их представлении “кризис”, и в чем они его усматривают: в разъединенности естественно-научного и гуманитарного подходов в психиатрии или в кризисе внутри естественно-научного и гуманитарного знания. Все это небесполезное занятие, если понимать кризис как естественное и положительное явление в духе Карла Поппера — как перманентную революцию в науке.

А может быть кризис в отрицательном смысле слова лежит вообще за пределами выбранной ими дилеммы, — в отрыве от нашей общественно-политической действительности? Сознательное или подсознательное вытеснение этой колючей проблематики, словно не хочет замечать, что наука, как и образование, и здравоохранение, существует в условиях конкретного общественно-политического устройства, которое определяет не только государственные и общественные институты, но и саму нашу жизнь.

Текст состоит из трех примерно равных частей: “Концептуальный застой современного гуманитарного знания”, “Биopsихосоциальная концепция психических расстройств как путь преодоления концептуальной стагнации в психиатрии” и “Коллизия гуманитарного и биологического подходов в современной психиатрии”. Масштабность этих проблем, привлекательное притязание на их решение не могут не привлечь внимание.

Наибольшее недоумение вызывает первый раздел: откуда авторы взяли представление о “концептуальном застое” современного гуманитарного знания? На самом деле, и у нас, и во всем мире отмечается су-

щее фонтанирование многочисленных новых оригинальных идей и творческое развитие прежних выдающихся достижений гуманитарных наук. Будучи приверженцем критического направления, я, тем не менее, испытываю восхищение перед богатством и разнообразием этих идей. Видимо, авторы не ходят в Санкт-Петербургский “Фаланстер”, не страдают книжными запоями, не опустошают свои карманы до дна, не читают рекомендации книг по гуманитарному знанию в каждом выпуске Независимого психиатрического журнала. Можно взглянуть на это утверждение авторов, как на раздражение на многообразие, отсутствие улавливаемой генеральной линии или, наоборот, как на задаваемый курс другим — подальше от гуманитарного знания, там манипуляция. После серии знаменитых антологий В. Сахакьяна (William S. Sahakian), его опыт неоднократно повторялся в разных форматах по разной проблематике, в частности, выходом очень содержательных антологий по этическим и религиозным проблемам психиатрии.

В этом многообразии Карл Поппер увидел перманентную революцию в науке. Это не значит, что майнстрим идет всегда в прогрессивную сторону, что мода в науке всегда права, за ней часто, вопреки ей, всегда существует в непрестанном движении множество различных других течений, как во всей природе — в атмосфере, в толще океана. Самонадеянно выносить вердикт о “застое”, “стагнации”, “затухании”, “концептуальной прострации” гуманитарных наук. Такое определение оптом бросает тень и на другие положения авторов. Мусора, руды всегда больше, но это мы выбираем, что читать, и что как называть: историей или пропагандой, глупостью или карьеризмом, заблуждением или тактикой. Достаточно в качестве примера взять историческую науку, как наиболее упрекаемую за “неизбежный субъективизм”, но именно поэтому служащую лучшим примером, является ли она наукой или обречена быть мифологией, как заявляет министр культуры со своей скандальной докторской диссертацией по истории, утвержденной только волевым решением министра науки и образования. Историческая наука в намного больших масштабах, чем психиатрия, использовалась в политических целях. Тем ценнее ее опыт и пример для

¹ “Обозрение психиатрии и медицинской психологи”, 2019, 1, 8 – 15.

понимания того, как пишется история отечественной психиатрии. Словно не было достойнейшего примера В. И. Вернадского и Т. И. Юдина, словно не было выдающихся методологических вкладов французской школы Анналов, А. В. Койре, Мишеля Фуко, Д. Холтона, М. Геллера и М. Гефтера, Натана Эйдельмана или Льва Клейна, который выделил 22 барьера, которые должны преодолевать сведения, прежде чем их можно было бы называть фактами. Между тем, врачи в историях болезни часто придают субъективным сведениям объективный статус, не указывая источник информации, хотя бы: “со слов больного”.

Но авторы упорно пишут: “В целом гуманитарное знание на Западе (по сей день остающееся законодателем научных “мод”) превратилось в вялый и многословный “шумовой фон”. Три последних постмодернистских десятилетия привели к тому, что по умолчанию — стало не вполне ясно, а зачем вообще нужны гуманитарные науки и гуманистии, которые только и делают, что уходят от “доказательно непогрешимых” ответов на актуальные вызовы и от поиска новых теоретических парадигм, повторяя в тысячный раз, что все условно, относительно, вербально, конвенционально и т.д.”. Но этот релятивизм характерен для массового “шумового фона”, который таков уже более столетия, но никогда не определял передовых идей и направлений. Релятивизм удобен, и таковы наши нынешние министры науки и культуры, для которых все — мифология, и поэтому предпочтительна пропаганда.

Чудовищный контраст отношения российской власти к науке, особенно фундаментальной и гуманитарной, по сравнению с развитыми странами (В. И. Якунин, С. С. Сулакшин // Наука и власть: проблемы коммуникации. М., 2009.) за последние десятилетия еще более увеличился. Гуманитарному знанию не в меньшей мере, чем релятивизм угрожает фундаменталистская идеология, для которой “разработка проблемы человека, как **основной задачи** гуманитарных наук... необходима для оптимизации (преодоления) либеральных идей, бездуховности еврообразца, ... импортированных в Россию перед 1917 и перед 1991 г.”.

Реакцией на многообразие позиций в 26-ти томной “Энциклопедии социальных и поведенческих наук” (“International Encyclopaedia of the Social and Behavioral Science”) под редакцией Н. Смелзера и П. Балта (2001 г.) стало, например, только название работы Эндрю Эббота (A. Abbotta) “Хаос дисциплин” (“Chaos of Disciplines”, Chicago, 2001), но не обескураживающий вывод о “стагнации”, “концептуальной прострации”. Для него это послужило основанием для конструктивного предложения отказаться от резкой альтернативы социологии и саморазвития научной проблематики, целостного восприятия “жизненного мира” и дисциплинарных границ. Много других перспективных направлений указывает у нас

А. Н. Дмитриев (ВШЭ), в частности важность разностороннего исторического подхода.

Одной строкой авторы декларируют позицию, солидарную с нашей: “нужны структурированные дискуссии и столкновения разных школ. Но их по сути нет”. Но на практике почти все журналы избегают дискуссий по острым темам, откровенно боятся их. Знаю это по собственному опыту. Например, проф. А. Б. Шмуклер в этом году долго убеждал меня, что не только статьи, но и критические отклики на них требуют, якобы согласно общемировой практике, двух закрытых рецензий! — хорошо известный эвфемизм отказа. Ведь, наверное, неловко, что явно слабая работа наверняка была напечатана без таких рецензий. Насколько достойнее было бы честно объясняться. Исключение составляет журнал “Психическое здоровье”, в котором продолжительная дискуссия о предмете судебной психиатрии и судебно-психиатрической экспертизы продемонстрировала многостороннюю информативность.

Многообещающее заглавие второй части “Биопсихосоциальная концепция психических расстройств как путь преодоления концептуальной стагнации психиатрии” предлагает нам в качестве чего-то нового, что выведет психиатрию из ее якобы “концептуальной стагнации”, давно известное представление, которое еще недавно называлось личностным подходом. Оно имплицитно содержало в себе не только биопсихосоциальный подход, но еще целостность и индивидуальность, и проторялось с 2005 года президентом ВПА Хуаном Мессичем с глубоким пониманием проблемы личности, этики и прав человека. Рецепция понятия “личность” в нашей стране происходила на моих глазах на рубеже 1960 – 1970-х годов усилиями проф. Леона Лазаревича Рохлина, и в отечественной психиатрии была его выдающейся заслугой, так как вопреки своему опыту репрессированного в бытность президентом Украинской психоневрологической академии он воскресил то, что до этого советская идеология отвергала и отсутствие чего было центральным антисоветским доводом. Неловко вспоминать, с каким трудом осмыслилось тогда это понятие после внешне унылого двадцатилетия официального господства догматического учения о высшей нервной деятельности. Это не помешало проф. С. Н. Мосолову во время визита Хуана Мессича в нашу страну после его выступления в Московском НИИ психиатрии допустить грубую бесактность в отношении высокого гостя: “Что Вы нам рассказываете? Мы это давно знаем”. Мой отпор не мог сгладить этой выходки, особенно странной в устах проамерикански ориентированного психиатра.

Нельзя не вспомнить выдающуюся роль для нашего предмета перевода в 1969 г. второго тома “Psychiatrie der Gegenwart” — “Клиническая психиатрия” под ред. Г. Груле, Р. Юнга, В. Майер-Гросса и М. Мюллера. Первая из трех книг первого тома (1/1A)

содержала теорию предмета, изложенную, в частности, Рихардом Юнгом и опиравшуюся, как и “Клиническая психиатрия” Курта Шнейдера, на критическую онтологию Николая Гартмана. Это по-прежнему несоизмеримо по уровню с нашими и американскими руководствами по этой теме. Персонализированная психиатрия, в самом деле, основа необходимого подхода нашего предмета. Все дело в том, как он понимается и раскрывается на практике. Даже простое знакомство с 16 законами взаимоотношений 4-х онтологических слоев Николая Гартмана снимает упрощенные дихотомические представления и постановку вопросов авторов статьи, оперирующих чрезвычайно ограниченным кругом авторов и игнорирующих значительные прорывы в этой сфере. Показательно, что в качестве предтеч такого подхода они называют В. М. Бехтерева и G. Engel (1982) — далеко не центральные фигуры в системе этих представлений. Но все это не “стагнация”, не “застой”, а общемировая тенденция оправдания в силу приоритета экономии средств и других прагматических соображений.

Авторы игнорируют элементарный исторический факт: идея приоритета целостного подхода существовала всегда. Медицина изначально рассматривалась как раздел антропологии, но процесс нарастающей со временем дифференциации отдалал ее от этого понимания. Целостный подход сохранялся как естественный, гиппократический, противостоящий и восполняющий нозографическое разделение отдельных заболеваний, а затем отдельных медицинских дисциплин. Психиатрия все более внятно обнаруживала себя как интегрирующая дисциплина, по крайней мере, располагающая к этому. Наиболее ясно это выступило в неспецифическом характере методов ее лечения и, например, в типологии Евгения Кана: по-слойной квалификации первоначально темперамента, затем характера и только потом личности, т.е. в соответствии со стадиями развития от наиболее простого и общего к сложному и конкретному. Не стоит забывать, что переименование “психопатий” в “расстройства личности”, сделанные в антистигматизационных целях, не изменило их природы, как “характеропатий”.

Личностный подход всегда подразумевал целостность, которая всегда конкретна и индивидуальна. Замена его биopsихосоциальной моделью вместо понимания ее как его синонима, расшифровки, располагает к очередному разветвлению. Поэтому самое выигрышное в подходе авторов — выход за пределы разграничения биологического, психологического и социального в терминах конкретных процессов, не разъединяющих, а объединяющих эти разграничения. Следовало бы энергичнее подчеркнуть, что динамическая модель диатеза и адаптационно-компенсаторная модель не только по-своему разыгрываются на биологическом и психологическом уровнях, но решительно перейти на конкретный диатез и конкрет-

ный компенсаторный механизм и показать, как они переплетаются друг с другом, что неизбежно естественным образом объединило бы биологическое и психологическое рассмотрение (тогда как социальное представлено на каждом уровне). Но вместо этого авторы искусственно разделяют функции механизмов диатеза и компенсации вопреки полифункциональности обоих.

Еще в 1974 г. мы обосновали неосновательность универсальности представления о “психологических защитных механизмах”, о не менее важном и даже более адекватном представлении о “личностных компенсаторных механизмах”². Все эти механизмы по-разному осуществляются на биологическом, психологическом и социальном уровнях, а их взаимодействие на макроуровне индивидуальной личности не ограничивается интеграцией, а — в свою очередь — представляет сложную динамическую систему отношений, неотрывно вписанную в микросоциальную среду.

Но не очевидна ли в наше время недостаточность механизмов диатеза и компенсации? Общая теория предполагает и даже требует более объемлющего и многомерного подхода, тем более, если говорить о новой парадигме в психиатрии и новых возможностях математического аппарата.

Справедливо подчеркивая необходимость всеобъемлющей теории мультиаксиальных разработок, они видят ее в целостном подходе в не лучшей редакции, уязвимость которой мы неоднократно показывали. Это доказывает и завершение этого раздела статьи. Авторы пишут, что *целостное представление о пациенте “делает необходимым дифференцированное рассмотрение разных сторон существования и функционирования пациентов, отражающееся в категориях феноменологического (связанного, прежде всего, с биологической компонентой психического расстройства), психологического, социального и функционального диагнозов”*.

Мы видим, что их чисто аналитическая идея раздельных биологического, психологического, социального и функционального диагнозов не считает психопатологический (феноменологический) диагноз целостным, не находит для него места, а втискивает его в биологический. Это настолько противоречит антропологическому характеру психиатрии как таковой, что инициировало нашу статью “К теории психиатрии” в этом выпуске журнала.

Заключительный третий раздел “Коллизии гуманистического и биологического подходов в современной психиатрии” начинается с глубоко верного высказывания Ю. И. Полищук: “*Взгляд многих психиатров на больного не проникает дальше психопатологических симптомов и синдромов. Они не видят страдающую*

² Проблемы клиники и патогенеза психических заболеваний. Ред. С. Ф. Семенов. М., 1974, 95 – 112.

личность больного, рассчитывающего на сострадание, понимание и эмоциональную поддержку”, а также что “в сознании большинства российских психиатров и наркологов, а также медицинских чиновников до последнего времени доминирующей остается медико-биологическая модель”, и что в последние годы под флагом “оптимизации” и необходимости использования лишь “доказательных” методов терапевтических вмешательств вновь актуализируются и заявляют о себе все громче редукционистские представления о возможности свести психические процессы исключительно к биологическим коррелятам”, и что в терапии нарастает “психофармакологический диктат”, шаблонизированное назначение препаратов, что угрожает интересам больных, что “под флагом “оптимизации” и “доказательности” происходит не только уменьшение доступности специализированной медицинской помощи и ухудшения ее качества, но фактически и дегуманизация психиатрии”, приоритет интересов психофармакологических компаний и удобства чиновников. “Такая ситуа-

ция представляется нетерпимой” и требующей синтеза биологической и психо-социальной психиатрии. Мы бы только не писали, что “прежде всего требуется скорейшая разработка теории эволюционной психиатрии” (так как такая теория существует).

Лежащая на поверхности очевидная для всех рядовых врачей и окружающих причина — сокращение финансирования в силу большего приоритета военных расходов и заодно большего удобства для циничного расхищения средств, стыдливо обходится стороной, словно не существующая, а вина возводится на “крайнего”, которым оказывается “кризис, вызванный фактическим конфликтом двух подходов к проблеме лечения психически больных”, на основании “несостоятельности доказывать эффективность гуманитарной составляющей психиатрии по биологизаторским “лекалам” доказательной медицины, а не научно обоснованным “гуманитарным лекалам”. Выходит, что гуманитарные лекала существуют, и все дело в их игнорировании. Причем же тогда “стагнация гуманитарного знания”?

**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

ИСТОРИЯ

Понятие психического расстройства “до” и “после” (к 100-летию Октябрьской революции)¹

Б. А. Воскресенский

Психиатрические критерии нормы и душевной болезни общественно значимы, так как могут быть использованы как инструменты социального манипулирования. С привлечением культурно-исторических сведений показывается преобладание фаталистически-биологического и противоположного ему субъективно-волонтаристического подхода к решению вопроса о душевной норме и патологии в дореволюционный период. Для советской эпохи характерен обезличенный коллективизм, прямолинейная идеиняя направленность. Во всех этих случаях при диагностике душевных расстройстввольно или невольно решающее значение придается нравственным (равно — идеологическим) или чисто биологическим оценкам. Наиболее взвешено психиатрическая норма психического здоровья может быть определена как отсутствие болезни. Такое “негативное” определение подразумевает, что человек — существо прежде всего духовное, безграничное в своих творческих возможностях. Как он воспользуется ими, зависит от его мироощущения, веры, любви.

Ключевые слова: вырождение, волонтаризм, субъективизм, перевоспитание, трихотомия, апофатичность.

Понятие психического расстройства (как и психической нормы) не есть изначальная данность. Оно менялось в зависимости от взглядов на сущность человека (с акцентом на его биологии — материализм, или же на психической составляющей — идеализм в самом широком смысле слова) и в связи с потребностями общественной жизни, при оценке различного рода противоправных актов, разрешении гражданских коллизий и проч. В более общей форме оно рассматривалось в дискуссиях о личностной, мировоззренческой, политической, творческой, религиозной свободе. В работах М. Фуко формируется концепция “психиатрической власти”, согласно которой психиатрический диагноз — это, прежде всего, инструмент, которым гражданский социум расправляетя со всем, ему противостоящим: “каждая культура создает из болезни образ, характер которого очерчивается всеми вытесняемыми или подавляемыми ею антропологическими возможностями” [Фуко, 166]. В “Фабрике безумия” Т. Саса [Sac] прослеживается, как деятельность инквизиции переросла в “психиатрические ре-

прессии” (термин наш — *B. B.*). Такое взаимодействие неслучайно, поскольку социальная жизнь есть часть психической активности, которую под определенным углом зрения и рассматривают психиатры.

В настоящей статье речь пойдет о профессиональных оценках, которые давали отечественные психиатры социокультурным процессам, происходившим в до- и постреволюционной России. При изложении фактических данных мы в определенной мере будем следовать за сравнительно недавно опубликованной монографией И. Е. Сироткиной “Классики и психиатры”, наиболее полно представляющей интересующие нас процессы [*Сироткина*].

Отечественные психиатры рубежа XIX – XX вв., полагали как само собой разумеющееся, что попечение об общественной нравственности является частью их профессиональной деятельности. И в глазах общества в целом это попечение было не компонентом, а самой главной задачей врачей этой специальности, делом, оправдывающим само существование психиатрии². Поэтому естественным представляется,

¹ Настоящая статья представляет собой частично переработанный вариант одноименного доклада и публикации (под названием “Влияние революции 1917 года на эволюцию понятия психического расстройства”) в альманахе Свято-Филаретовского православно-христианского института. “Свет Христов просвещает всех”. Вып. 28. Осень 2018. М. 2018 С. 141 – 158.

Высказываемые суждения — лишь научные размышления, но никак не оценочные заключения.

² То же происходит (вспомним упоминавшегося выше М. Фуко) и в наши дни. “Психиатрических приговоров” ждут при борьбе с “сектами”, игроманией, терроризмом, наиболее устрашающими преступлениями, различного рода аномалиями половой жизни, инакомыслием и т.д. Собственно душевнобольные (те, у которых проявления болезни не имеют нравственно-идеологического акцента) внимание общества не привлекают.

Б. А. Воскресенский

что дискуссии о психической норме и патологии разворачивались не только и не столько в академических профессиональных аудиториях, сколько на аренах общественно-политической и художественной жизни.

Во второй половине XIX в. в психиатрии господствовала концепция дегенерации, которая понималась как биологически, “природно” обусловленный континuum нарастающих по тяжести в ныходящих поколениях нервно-психических расстройств. Диапазон начальных звеньев этой последовательности — “нравственного помешательства” — был широк: от аморальности-антисоциальности до тяжелейшей криминальности. В соответствии с этим и революционеры, и алкоголики³, и по-особому яркие творческие личности, и душевнобольные оказывались в одной группе — расценивались как вырождающиеся. Медицинские (психиатрические) и нравственные оценки сближались, практически отождествлялись. Нормой было отсутствие признаков вырождения — определенных социально-поведенческих отклонений, обусловленных более или менее ярко выраженным своеобразием психического склада, (границы этого “более” или “менее” не были и, наверное, никогда не будут жесткими). Дисгармоничных, неэстетичных телесных знаков также не допускалось.

XX в., который в популярной психиатрически-психогигиенической литературе часто характеризовали как “нервный век”, или век “психологический”, сместил фокус внимания психиатров (и других заинтересованных слоев общества). В поле зрения оказались не просто чем-то необычные поступки, обусловленные дурной наследственностью и/или никудышной нравственностью, но внутренние переживания человека.

Наиболее популярными теориями, объяснявшими “устройство” человека, в начале XX в. стали волонтаризм, интуитивизм, психоанализ. Самопознание, самовыражение, ни чем не ограниченное творчество были признаны сущностью человека. По мнению Каннибаха, “этически нормален” (равно — и психически) не среднестатистический человек, а тот, кто достиг “наибольшей полноты и амплитуды жизни” [Каннибах, 7]. Разумность, рациональность, полное законопослушание, традиционализм как безусловные признаки человеческого-“природного” здоровья остались в прошлом. Формируется новый, более широкий, более многогранный взгляд на душевнобольного — он может быть нравственным человеком, любить справедливость, ненавидеть зло. Понимание вырождения усложняется. Творческие личности оцениваются теперь не как воплощение дегенерации, а как феномен прогенерации, как “высшие вырождающиеся” (термин В. Маньяна).

Однако концепция дегенерации не предается полному забвению, но в ней смещаются акценты. Она все

чаще понимается как следствие неблагоприятных, бесчеловечных социально-экономических условий существования человека. Это изменение научных взглядов отчасти оказывается следствием борьбы политических идеалов. Так, В. М. Бехтерев — и его мнение не было единственным — оценивал капитализм как уклад, разрушающий человеческое сообщество, губительно воздействующий на психику [Бехтерев].

Слова подтверждались делами. В. П. Сербский и Н. Н. Баженов не допускали обысков в клиниках, которые они возглавляли, прятали в них не только революционную литературу, но и самих революционеров, предоставляли работу оппозиционно настроенным психиатрам.

Но видение ситуации могло быть иным. Демократически настроенная пресса нередко упрекала монархическую власть (как впоследствии и советскую) в том, что в психиатрические больницы она помещала людей душевно здоровых, но неблагонадежных, противостоящих установленному порядку вещей. Специалисты и, в частности, упомянутый выше Н. Н. Баженов, активно включались в публичные дискуссии по этому вопросу. В них психиатры, естественно, не могли удержаться и от попыток соотнести личностные (характерологические) особенности с политической ориентацией участников различных, прежде всего, противоположно направленных общественно-политических движений. Так, видный деятель земской психиатрии В. И. Яковенко отмечал, что в революционно-демократическое движение стремились “интеллигенты-невротики”, а консервативные позиции были созвучнее людям с тяжелыми симптомами дегенерации и алкоголикам. Причем, если у первых участие в политической деятельности давало выход напряжению и приносило облегчение, то у вторых оно только усиливало болезненные проявления [Яковенко].

Конечно, провозглашать параллелизм душевного склада (характера) и духовного мира (здесь: мировоззрения) — дело рискованное. Сопоставим эти заключения с упомянутой в начале настоящей работы оценкой революционеров как вырождающихся. В итоге неизбежно возникает предположение о том, что диагноз выстраивается “по меркам политических симптомов” (формула, чуть по-разному звучащая, но достаточно часто встречающаяся у психиатров разных стран и эпох).

Подобный “психиатрический субъективизм” прослеживался и в оценке художественно-литературных явлений. (Необходимо подчеркнуть, что для дореволюционной России они являлись по-особому значимой сферой духовной жизни.) Так читательская аудитория, согласная с общественно-нравственными взглядами Ф. М. Достоевского, находила у его героев лишь силу страстей; идеиные же противники считали персонажей, выведенных писателем, сумасшедшими. Подобная полярность имела место и в отношении душевного облика самого писателя. Жизненный путь

³ Слово “алкоголик” очевидно использовалось в то время вне современного строго клинического понимания.

Понятие психического расстройства “до” и “после” (к 100-летию Октябрьской революции)

Н. В. Гоголя, рассмотренный сквозь призму “Выбранных мест из переписки с друзьями”, также порождал противоречивые психиатрические суждения.

Критически мыслящие психиатры избегали однополярности оценок, констатировали, что разрушительной может оказаться активность любого из лагерей. Проявления агрессивно-преобразовательной активности масс и ее влияния на психику в научном мире получили определение “революционный невроз”. Так, в книге с одноименным названием цитируется высказывание Ж. Жореса: “Революция есть варварская форма прогресса. Как ни была бы она благородна, плодотворна и необходима, всякая революция будет всегда принадлежать к низшей, полуживотной эпохе человечества”⁴.

Революционный невроз признавался далеко не всеми. Вопрос о том, всегда ли глубокие, стрессовые переживания влекут за собою психическое расстройство (психогенное, невротическое, говоря профессиональным, хотя и чуть упрощенным языком), и ныне остается открытым. Социальные феномены (здесь — агрессия, нищета и т.п.), взятые “сами по себе”, не идентичны клиническим-психопатологическим.

Разграничение категорий ценностного-духовного и душевного-психического в узком смысле (к чему мы еще вернемся) становится еще более затруднительным, почти невозможным, когда мы вступаем в область психотерапии. Упоминание о ней представляется уместным, так как именно в этот период, на рубеже XIX–XX вв., произошло ее обособление и утверждение как особого пути оздоровительного воздействия на человеческую психику.

Комплексно, в определенных условиях применялась она в России начала XX в. Этими условиями стали специальные санатории для нервнобольных. Комфортабельный отдых, прогулки, развлечения — все это благоприятствовало формированию здорового (именно здорового, а не расчетливого, порой почти циничного, характерного для нашего времени) взгляда на жизнь. Вышеперечисленные частные методы психотерапии, антропософия Штайнера, артотерапия (“лечение доблестью”, лечение идеалами) А. И. Яроцкого [Яроцкий], обсуждение вопросов мироусердания и веры — вот некоторые из применявшихся способов исцеления личности. При этом подходе здоровьем, нормой оказывается некое особое внутреннее спокойствие, согласие с собой и окружающим миром. Очевидно, что такое понимание нормы, здоровья выходит за рамки медицинских (психиатрических) оценок, а понятие психического расстройства чрезвычайно расширяется, даже размывается.

Подведя итог дореволюционному этапу в развитии понятий “психическая норма” и “психическое

расстройство”, отметим, что в эту эпоху в своих размышлениях о норме и патологии психиатры шли от безликой природы, от концепции вырождения человека, к личности, к ее внутреннему миру. Но разграничение духовного (в первую очередь, нравственного) и душевного (собственно психической дисгармонии, болезненности) не рассматривалось ими как первоочередная, принципиально важная задача. Полагаем, что именно поэтому вопрос о норме психического здоровья остался открытym.

Революция изменила понимание человека, его предназначения, а значит его психического здоровья и его патологии. Новое, совершенное (пусть и в будущем), по мнению его устроителей, общество подразумевало по-особому устойчивую, целостную психику. Причем предполагалось, что эта целостность не будет замыкаться в отдельной личности, но распространится, объединит всех граждан социалистического государства, каждый из которых станет лишь “винтиком” идеально отлаженного механизма. Воспитание и перевоспитание (“перековка”), поголовное психиатрическое обследование различных категорий населения, диспансеры, санатории, “уголки психогигиены”, психопрофилактическая работа, — вот применявшиеся с некритической увлеченностью методы этого строительства.

Исследования, проведенные в 20-х — начале 30-х годов XX в., дали ошеломляющие результаты. Среди рабочих и служащих различных предприятий и учреждений лишь 25–50 % сотрудников не обнаруживали отклонений от нормы. Делался вывод о том, что патогенной может быть не только революция, но и мирный быт. Неврозы оказались не только “революционными”. Социальные и повседневные факторы — продолжительность работы, материально-бытовые условия, мелкие бытовые конфликты — все это рассматривалось как слагаемые психического здоровья-нездоровья.

Соответственно этим оценкам психиатрами-психогигиенистами разрабатывалась и внедрялась обширнейшая система социально-экономических оздоровительных мероприятий, в которой наряду с социально-экономическими мероприятиями должно было осуществляться “индивидуальное и массовое перевоспитание самого больного и окружающих его здоровых”, прежде всего психоневротиков, “среди которых преобладают люди со слабой волей, нуждающиеся в автоматизации определенного порядка их жизни”, — писал, очевидно, увлеченный духом эпохи, замечательный отечественный психиатр, тонкий клиницист профессор П. М. Зиновьев [Зиновьев, 4]⁵.

Столь же бескомпромиссен был еще один выдающийся психиатр-психотерапевт С. И. Консторум: “Психастеник — это нытик-интеллигент, разъединенный рефлексиями и анализом, столь излюбленный дореволюционной нашей литературой. Но не надо думать,

⁴ Высказывание принадлежит не психиатру, а политическому деятелю, но помещено в “психиатрической” книге. См.: J. Jaurès. Histoire socialiste: la Convention (цит. по: [Кабанес, Насс, 1906, 373].

⁵ Цит. по: [Сироткина, 209].

Б. А. Воскресенский

что психастеничность — удел только интеллигента. К сожалению, этот тип очень добродородочного, часто очень тонкого и чуткого, но недостаточно действенного человека, неборца, нередко встречается и среди других общественных классов” [Консторум, 167]⁶.

В противоположность этому пренебрежению и даже неприятию “невротиков”, предполагалось создание специальных диспансеров для учета и культивирования особо одаренных и гениальных людей⁷.

Недостаточно продуманными были не только масштабы и критерии этой деятельности, но и намеченные (также революционные по темпу) сроки этих преобразований. О результатах такого аврала — “прыжка” — предупреждал еще Ф. М. Достоевский⁸.

Лишь послесталинская оттепель проявила милосердие, реабилитировала не только безвинно осужденных, но и всех “психоневротиков”. В разнообразных научных исследованиях, в частности в работах психологов Б. М. Теплова [Теплов] и В. Д. Небылицына [Небылицын] было показано, что “слабый” тип нервной системы, психического склада ничуть не хуже сильного. Каждый из них имеет свое предназначение в жизни, строит ее по-своему и может достигать успехов, обусловленных, в частности, именно своим душевным своеобразием. М. Е. Бурно конкретизирует эту вариабельность в психиатрически-психотерапевтических терминах: “Все необходимо единому организму человечества, социальному обществу — и аутистическое мышление шизотимического математика, и практическая смекалка сангвинического мастера, и пунктуальность эпитетного бухгалтера, и сомневаю-

щаяся аналитическая въедливость психастенического психопата”. [Бурно 1976, 63].

В ценностном, гуманистическом смысле нет характеров “сильных” и “слабых”. В той же работе раньше автор подчеркивает: “Важно сто и еще тысячу раз понимать, что все мы разные характеры с разными отношениями к одному и тому же предмету. И если мне не нравится то, что нравится другому, то это еще не значит, что прав я”. [Бурно 1976, 61].

Советской же идеологии была в значительной мере присуща однополярность, категоричность, бескомпромиссность суждений и оценок, проявлением которых стали подозрительность, озлобление, агрессия⁹.

Эти феномены можно относить как к явлениям социального (духовного), так и личностно-психологического (душевного)¹⁰.

В психопатологическом плане “зло” — ригидность, прямолинейность, бескомпромиссность как личностно-характерологические качества всегда сцеплены со склонностью к вспышкам озлобления, взрывам ярости. Интеллект (способность понимать, устанавливать внутренние взаимосвязи и выделять главное) и мышление (“интеллект в действии”, его динамичность, гибкость, выразительность) таких личностей (нормальных!) тяжеловесны, медлительны, чрезмерно обстоятельны, конкретны, буквальны. Деятельность таких лиц всегда разрушительна, деструктивна по своим механизмам и эффектам, даже если направлена на благородные, гуманистические, созидающие цели¹¹. Эстетическое переживание, эстетическое развитие — одно из мощных средств,

⁶ М. Е. Бурно, рассматривая этот период советской психиатрии и психотерапии, подчеркивает, что в поздних своих работах (1962) С. И. Консторум относится к психастеникам мягче, психотерапевтически сочувственнее. Но неврологи, нейрофизиологи (С. Н. Давиденков, И. П. Павлов, А. Г. Иванов-Смоленский) — там же пишет М. Е. Бурно — на протяжении многих десятилетий расценивали невротиков, психастеников и других им подобных лиц как “слабый” тип, как патологию [Бурно, 28].

⁷ Справедливое “Талантам нужно помогать, бездарности пробоятся сами...” (Озеров Л.) через слово “пробоятся” подразумевает прежде всего творчески (и административно) конкурентные коллизии, а не психическое здоровье.

⁸ В черновиках к роману Ф. М. Достоевского “Бесы” есть беседа Ставрогина с еп. Тихоном, в которой епископ “доказывает, что прыжка не надо делать, а восстановить человека в себе надо (долгой работой и тогда делайте прыжок). — А вдруг нельзя? — Нельзя. Из ангельского дела будет бесовское” [Записные тетради, 203].

⁹ В наши дни, особенно с начала двухтысячных годов эти свойства, увы, возродились и набирают все большую интенсивность “Мочить в сортире”, пусть все противники “сдохнут” (не можем не сопоставить с христианским “Прости им, Господи, не ведают, что творят”), милитаризация общественного сознания, апология “глубинного” народа, высмеивание, моральное (и не только) уничтожение интеллигенции, демократии, свертывание, почти полное уничтожение горбачевских гуманистических преобразований, воспевание сталинизма и эпохи Николая II (в связи с последней установкой рекомендую перечитать рассказ А. П. Чехова “Кошмар”) — все это, по нашему мнению, одна из причин того, что столетие революции никак отмечено не было. Не напоминают ли эти воздействия “прямое культивирование патологических черт характера”, — как говорят о некоторых ситуациях психиатры и психологи?. В целом, при сопоставляя “до” и “после”, кто-то может воскликнуть; “Стало не лучше, но по-другому”, — как иногда говорят больные о результатах психофармакотерапии.

¹⁰ Одно из возможных сопряжений этих подходов формулирует И. Бродский в Нобелевской лекции. Размышая по поводу ставшего хрестоматийно-глянцевым пророчества Ф. М. Достоевского “Красота спасет мир”, Бродский говорит, что его следует понимать скорее в прикладном, чем в платоническом смысле, и поясняет: “человек со вкусом, в частности литературным, менее воспримчив к повторам и ритмическим заклинаниям, свойственным любой форме политической демагогии. Дело не столько в том, что добродетель не является гарантом создания шедевра, сколько в том, что зло, особенно политическое, всегда плохой стилист. Чем богаче эстетический опыт индивидуума, чем тверже его вкус, тем четче его нравственный выбор, тем он свободнее — хотя, возможно, и не счастливее” [Бродский, 48].

¹¹ “Как подзол раздирает/ борзою соха,/ правота разделяет/ беспощадней греха” (Бродский И. Стrophы)

разрушающих эту косность, формирующих духовно, нравственно свободную мудрую, высокую, сострадательную личность. Так взаимодействуют, не будучи связаны напрямую, характерологическое (душевное) и нравственное (духовное) в человеке и в социуме. Авторитарная (равно “злая”) власть создает “стилистически плохую обстановку” (особенно если учесть, что, согласно Н. А. Бердяеву, “власть меняет человека в сторону полузвериную”), способствует, выражаясь психиатрически-педагогическим языком, прямому культивированию соответствующих (здесь — авторитарно-агрессивных) черт характера.

Подчеркнем еще раз: разграничение ценностно-го-идеологического и личностно-психологического — дело, требующее глубоких размышлений и деликатных практических действий. Упрощенный, классово (пролетарски) детерминированный подход психиатров-энтузиастов первых советских десятилетий расширял рамки патологии, смешивал медицинские и социальные критерии. Тем самым размывались клинические (профессиональные диагностические) границы между нормой и болезнью, а сама психиатрия-психогигиена-психопрофилактика претендовала на то, чтобы стать одним из инструментов социальных преобразований. Если против первого выступили психиатры традиционных академических воззрений, то против второго — официальные структуры, надзирающие не только за медициной, но и за всеми другими сторонами жизни государства. По всем этим соображениям и уже развернувшаяся деятельность, и подготовленные к реализации планы были свернуты, а их активные проводники подверглись жесткой критике.

Сегодня можно констатировать, что диспансерная система как практика наблюдения, учета, всесторонней помощи психически больным — была положительным завоеванием советского здравоохранения¹². Что касается поголовной диспансеризации — профилактического обследования здоровых (здесь мы имеем ввиду не только психические расстройства, но и всю соматическую, “внутреннюю” патологию), то, думается, это не только и не столько вопрос оздоровления общества в целом, сколько один из аспектов проблемы свободы личности. Постоянная, чрезмерная забота о здоровье тоже “стесняет жизнь”. Психиатрии известна своеобразная форма пограничных с нормой нарушений, обозначаемая как ипохондрия здоровья. Динамические наблюдения показывают, что постепенно, с годами она преобразуется в ипохондрию истинную.

Итак, после революции 1917 г., в кардинально новых условиях, в ходе теоретических и практических поисков также не удалось содержательно разграни-

чить социальное и личностное, ценностное и психологическое в становлении нервно-психических расстройств. Как следствие этой неопределенности, этой вариабельности понятие нормы психического здоровья так и не было определено¹³.

Проблема эта — не чисто российская, не только временнаЯ. Такое же соединение, смешение разнородных понятий обнаруживается и при знакомстве с современными официальными международными документами. Так по определению Всемирной Организации Здравоохранения психическое здоровье — это состояние благополучия, в котором человек реализует свои способности, может противостоять обычным жизненным стрессам, продуктивно работать и вносить вклад в свое сообщество. В этом позитивном смысле психическое здоровье является основой благополучия человека и эффективного функционирования общества [*Психическое здоровье*].

Оно обеспечивается, в частности, осознанием цельности и постоянства своего “Я”, критичностью к результатам своей деятельности, адекватностью реагирования на жизненные ситуации, подразумевающей как однотипность переживаний (в повторяющихся обстоятельствах), так и их оптимальные изменения в новых обстоятельствах и прочее.

Наполнить этот перечень конкретным содержанием невозможно. Критичность — это норма, а абсолютная убежденность в своей правоте, беззаветное служение делу? Адекватность реагирования на ситуацию — это их принятие или преодоление, мудрость или беспринципность? Вопрошание бесконечно, вновь обнаруживаются столкновение социального и индивидуального, ценностного (прежде всего — нравственного) и психологически-физиологического.

Как один из путей решения проблемы во второй половине XX в. были предложены раздельные психологическая и медицинская модели психического здоровья. Психолог в ней оценивает функционирование личности, ее самореализацию, наполненность смыслом и т.п. Для психиатра психическое здоровье — это отсутствие болезни, отклонений от нормы. Эту квалификацию определяют как негативную — отталкивающуюся от понятия болезни. Мы в принципе согласны с этим подходом и, пользуясь богословской терминоло-

¹² Проблему злоупотреблений психиатрией в политических целях, не менее сложную и деликатную, чем обсуждаемые, мы не затрагиваем. Лишь подчеркнем определение *политические* (а не *клинические*) цели.

¹³ Мы сознательно воздерживаемся от количественного сопоставления нервно-психических расстройств, возникавших “до” и “после” революции 1917 г. потому что, как было показано, диагностические подходы в разные периоды существенно различались, но главное — причины психических расстройств многообразны, а точнее будет сказать — разнородны. Роль социальных условий для возникновения заболеваний в каждой из групп своя. Специфическая. Сравнивать массивность природных катастроф, социальных потрясений, разрушительности войн — вне компетенции психиатров. Самоочевидно, что минимизация всякого рода катаклизмов должна быть целью любой власти, лЛюбого строя. Психиатры также вправе участвовать в этой деятельности как граждане своего государства.

Б. А. Воскресенский

гией, определяем его как апофатический (“норма не есть болезнь, не есть психическое расстройство¹⁴”).

Однако более содержательно ответить на все поставленные вопросы, преодолеть смешения и очертить пределы компетенции психиатра позволяет трихотомическая концепция личности (дух-душа-тело). В отечественную психиатрию она была введена профессором Д. Е. Мелеховым (*Мелехов*). Мы неоднократно излагали ее в рамках проводимого нами исследования “религиозность и психические расстройства” и поэтому не будем на ней останавливаться (*Воскресенский*). Лишь отметим, что для обоснования реальности-самостоятельности душевных процессов мы использовали концепцию “естественного семантического метаязыка” А. Вежбицкой (*Вежбицкая*).

Подчеркнем, что основная арена, на которой разыгрывается психическое заболевание — это душевые процессы. Но внешне их болезненное преобразование нередко обнаруживает себя как изменение духовного облика. Вдруг (или постепенно) меняются интересы, увлечения, привязанности, идеалы, образ жизни, моральные критерии, новые, необычные свойства приобретает религиозно-мистический опыт. Однако, необычность, непонятность поведения, круга общения, ритма жизни, взятые сами по себе, не могут расцениваться как безусловный признак психического расстройства. В ходе диагностического обследования врач-психиатр стремится увидеть за всеми этими переживаниями и поступками галлюцинации, бред, депрессию, расстройства влечений, нарушения сознания и другие симптомы психического заболевания, то есть нарушения в круге душевых процессов. Если такая “перекодировка” не удается, то предположение о душевном расстройстве следует отвергнуть, как бы непонятны, вызывающи или устрашающи не были переживания и поступки обследуемого. Оценить (и в необходимых случаях их корректировать) вправе, как упоминалось выше, люди духовного (в самом широком смысле) призыва, служения, образования — священнослужители, деятели искусства, педагоги, юристы, политики. Критерии у каждого из них будут свои. Говоря другими словами, понятия нормы — религиозной, художественной, общепринятой, правовой, национальной, статистической — не совпадают.

При таком подходе психиатрическое понятие нормы оказывается еще более широким, даже безбрежным. Психиатрическая норма психического здоровья — это отсутствие болезни. Такое “негативное” или — повторимся — апофатическое определение не есть апология незнания, оно подразумевает, что человек — существо, прежде всего, духовное, безграничное в своих творческих возможностях. Как он воспользуется ими, зависит от его мироощущения, веры, любви.

¹⁴ Здесь и далее мы будем употреблять слова “болезнь” и “расстройство” как синонимы, хотя современное клиническое мышление их разграничивает, что требует отдельного историко-культурного рассмотрения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бехтерев В. М. Вопросы вырождения и борьба с ним // Обозрение психиатрии. 1908. № 9. С. 518 – 521.
2. Бродский И. Лица необщим выраженьем. Нобелевская лекция // Сочинения Иосифа Бродского : В 7 т. Т. 6. СПб. : Пушкинский фонд, 2003. С. 44 – 54.
3. Бурно М. Е. Психопатии. М. : Знание, 1976. 64 с.
4. Бурно М. Е. Безвольная личность : Выход из тупика. М. : Знание, 1989. 64 с.
5. Вежбицкая А. Язык. Культура. Познание / Пер. с англ., отв. ред. М. А. Кронгауз, вступ. ст. Е. В. Падучевой. М. : Русские словари, 1996. 416 с.
6. Вежбицкая А. Сопоставление культур через посредство лексики и прагматики. М. : Языки славянской культуры. 2001. 272 с. С. 161 – 162.
7. Воскресенский Б. А. Об одном из подходов к оценке ненормативной лексики // Образование в контексте современного развития мирового общества : Материалы Международной научной конференции. Электросталь : Новый гуманитарный институт, 2008. С. 38 – 41.
8. Воскресенский Б. А. Основы психиатрии : Учебник для студентов теологического, религиоведческого и других гуманитарных направлений и специальностей высших учебных заведений. Ч. 1 : Понятие психического расстройства. Расстройства ощущений и восприятий. Расстройства мышления. М. : Свято-Филаретовский православно-христианский институт, 2016. 224 с.
9. Записные тетради Ф. М. Достоевского / Подготовка к печати Е. Н. Коншиной. М.; Л. : Academia, 1935. 473 с., 1935, стр. 203.
10. Зиновьев П. М. К вопросу об организации невро-психиатрических диспансеров. (Развитие мыслей второй части доклада на Втором Всероссийском совещании по вопросам психиатрии и невропатологии, 12 – 17 ноября 1923 г.) [б.г., б.м.]. С. 4.
11. Кабанес О., Насс Л. Революционный невроз / Пер. с фр. Под ред. Д. Ф. Коморского. СПб. : Д. Ф. Коморский, 1906. 396 с.
12. Каннабих Ю. В. Заметка о “нормальном” и “ненормальном”. [М.] : Тип. Штаба Моск. воен. окр., [1913]. 8 с.
13. Консторум С. И. Учебник психиатрии. М.; Л. : Гос. изд-во биол. и мед. литературы, 1935. 182 с., 4 л. ил.
14. Мелехов Д. С. Психиатрия и проблемы духовной жизни. // Психиатрия и актуальные проблемы духовной жизни Сборник памяти проф. Д. С. Мелехова. М.: Свято-Филаретовский православно-христианский институт, 200. С. 12 – 61.
15. Небылицын В. Д. Психофизиологические исследования индивидуальных различий. М. : Наука, 1976. 336 с.
16. Кабанес О., Насс Л. “Революционный невроз”, издательство Д. Ф. Коморского, СПб., 1906 г.
17. Психическое здоровье. Информационный бюллетень ВОЗ. Март 2018 г. URL: <http://www.whogis.com/mediacentre/factsheets/fs220/ru/> (дата обращения: 28.09.2018).
18. Сас Т. Фабрика безумия. Екатеринбург: Ультра. Культура, 2008. 506, 3 с.
19. Сироткина И. Классики и психиатры : Психиатрия в российской культуре конца XIX — начала XX века / Пер. с англ. автора. М. : Новое литературное обозрение, 2008 272 с.
20. Теплов Б. М. Проблемы индивидуальных различий. М. : Изд-во Акад. пед. наук РСФСР, 1961. 536 с.
21. Фуко М. Психическая болезнь и личность. 2-е изд. / Пер. с фр., предисл. и коммент. О. А. Власовой. СПб. : Гуманитарная Академия, 2010. 320 с.
22. Шманна-Великанова А. И. Книга魯菲 как символическая повесть. М. : Институт философии, теологии и истории св. Фомы, 2010. 256 с. (Bibliotheca Ignatiana).
23. Яковенко В. И. Здоровые и болезненные проявления в психике современного русского общества // Журнал Общества русских врачей в память Н. И. Пирогова. 1907. № 13. С. 269 – 276.
24. Яроцкий А. И. Идеализм как физиологический фактор. Юрьев : Тип. К. Маттисен, 1908. VIII, 302, [1] с.
25. Ясперс К. Общая психопатология. М. : Практика, 1997. 1053 с.

Опасная профессия

В. Д. Тополянский

Звёздные часы или хотя бы звёздные мгновения бывают, наверное, в жизни почти каждого, но в суматохе будней пролетают незамеченными. Звёздный час профессора Саратовского института народного хозяйства Рыбникова наступил 18 июня 1921 года, когда на VII Всероссийском съезде по сельскохозяйственному опытному делу он прочитал доклад “Организация хозяйства в засушливом крае”. Через три дня на обединённом заседании делегатов съезда и членов Московского общества сельского хозяйства саратовский агроном Куховаренко выступил с докладом “Неурожай Юго-Востока и необходимость государственной и общественной помощи его сельскохозяйственному населению”.

По воспоминаниям журналистки Екатерины Кусковой, в конце июня 1921 года приехавшие из Саратова профессор Рыбников и кооператор Куховаренко первыми сообщили о повальном голоде в Поволжье: “Ещё не пришло время жатвы, а голод уже развернулся во всей своей потрясающей беспощадности. Жатвы ждать нечего: всё выжжено. Запасов — никаких. Голодные люди уже сейчас, в июне, разбегаются из деревень. Привозят в Саратов детей и бросают их у порога детских домов. Кормить нечем. Но и Саратову кормить их также нечем. Катастрофа — миллионов. То же самое в Самарской, Казанской, Симбирской губерниях. Пожар голода загорелся сразу во всём обширном восточном районе. Бедствие имеет тенденцию распространиться на юго-восток и на юг. И оттуда — страшные вести...”.

Власти объясняли голод значительным недородом в 1920 году и послевоенной разрухой, тогда как экономисты, социологи и агрономы связывали его с продразвёрсткой (изъятием “излишков” сельскохозяйственной продукции у всех, даже у голодающих крестьян) и национализацией земли, преследованием так называемых кулаков и прекращением денежного обращения в деревне, а в итоге — с уничтожением каких-либо стимулов не только к развитию сельского хозяйства, но даже к поддержанию его на прежнем уровне.

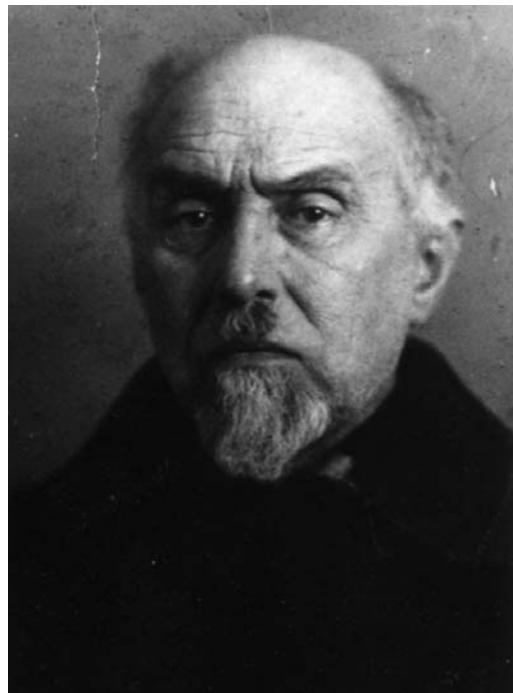
Безыскусное повествование о небывалой засухе в Поволжье и уже наступившем там массовом голоде вызвало необычайный общественный резонанс. У присутствовавших на совместном заседании делегатов съезда по сельскохозяйственному опытному делу и членов Московского общества сельского хозяйства тут же возникла потребность в организации общественного Комитета помощи голодающим. Так совершенно неожиданно для себя Рыбников и Куховаренко оказались по сути зачинщиками создания Всероссийского Комитета помощи голодающим.

Ординарный экономист Александр Александрович Рыбников (1878 – 1938) был человеком неуёмно-

го научного любопытства и невероятной энергии. Окончив юридический факультет Московского университета, он служил сначала статистиком в Костромском, Смоленском и Московском земствах, а затем преподавал на Саратовских высших сельскохозяйственных курсах (1914 – 1917), пока его не пригласили на профессорскую должность в Саратовском институте народного хозяйства. Во время Первой мировой войны он вместе со своим закадычным другом Чаяновым основал Центральное товарищество льноводов.

Рядовой агроном и кооператор Михаил Иванович Куховаренко (1887–после 1957) окончил Московский сельскохозяйственный институт (1914) и работал в Петроградском уездном земстве и в областном Сельскохозяйственном союзе (1914 – 1921). Он обладал обширными познаниями относительно сортовых семян ржи, пшеницы и овса и общественная деятельность его вовсе не привлекала. Тем не менее, его, как и Рыбникова, избрали членом Всероссийского Комитета помощи голодающим.

С первых же дней своего существования Комитет проявил необыкновенную активность. Он не только принимал добровольные пожертвования от сограждан и любых ведомств — он связался с ещё уцелевшими сельскохозяйственными кооперативами и приступил к заготовительным операциям и поставкам продовольствия на территории, охваченные бед-



Профessor A. A. Рыбников (1930-е годы)



Агроном М. И. Куховаренко (тюремная фотография)

ствием. Он обратился к патриарху Тихону и представителям различных конфессий с просьбой склонить верующих к благотворительности. Не облечённый формально какой-либо властью, опиравшийся лишь на собственный моральный авторитет, Комитет отправлял в провинцию своих уполномоченных и рассыпал распоряжения, исполнявшиеся охотно и незамедлительно. Он пытался получить строго засекреченные статистические материалы, чтобы оценить подлинные масштабы катастрофы, и настойчиво напоминал советскому правительству о необходимости снять налоги с голодающих губерний. Он готовил передвижную выставку русского искусства за границей, сулившую значительные валютные поступления.

Неожиданная предприимчивость и непрестанно возраставшая популярность Комитета крайне обеспокоили вождя мирового пролетариата. Быстро уговорив самого себя в злокозненности Комитета, Ленин распорядился о срочном аресте всех его беспартийных участников, и 27 августа 1921 года чекисты взяли под стражу свыше 80 человек — членов и служащих комитета, а также часть делегатов недавно прошедшего Съезда уполномоченных сельскохозяйственных кооперативных союзов и членов Московского общества сельского хозяйства. При разгоне комитета Рыбникова только обыскали, но не арестовали; Куховаренко избежал ареста и обыска, поскольку находился в те дни в Поволжье и трудился в Саратовском сельскохозяйственном союзе.

Ровно через год, когда в советском государстве развернулась инициированная Лениным уникальная полицеистская операция, получившая неофициальное название “Философский пароход”, Рыбникова включили в список “антисоветской интеллигенции”, подлежащей изгнанию за границу. По ходатайству Коллегии Наркомата земледелия и Президиума Госплана

высылку Рыбникова отменили, оставив его под негласным надзором тайной полиции. В последующие годы, вплоть до “Великого перелома”, профессор работал в Тимирязевской сельскохозяйственной академии и, одновременно, заведовал кабинетом истории и эволюции сельского хозяйства, а также кабинетом сельскохозяйственной географии и районирования в Научно-исследовательском институте сельскохозяйственной экономии, директором которого был Чаянов. Кроме того, он читал лекции по экономической географии в Московском университете.

Куховаренко назначили старшим специалистом по семеноводству в секторе зерновых культур Семеноводческого центра при Наркомате земледелия. Издательство “Крестьянская газета” даже напечатало две его брошюры: “Возделывание яровой пшеницы” и “Озимая рожь”. В 1930 году, через год после первой публикации, эти брошюры переиздали в Москве на немецком языке. К тому времени заниматься агрономией в СССР стало рисковано.

Летом 1930 года по стране покатилась волна арестов различных специалистов в области сельского хозяйства. Чаянова взяли под стражу 21 июля, Рыбникова — 28 июля; оба проходили по делу “Трудовой крестьянской партии”, выдуманной самым крупным фальсификатором ВЧК-ОГПУ Аграновым. Арестованные свою вину отрицали до тех пор, пока за допросы не взялся сам Агранов, исполнявший в то время обязанности начальника Секретного отдела ОГПУ.

По воспоминаниям жены Чаянова, искушенный чекист спросил однажды у профессора: есть ли среди его окружения человек, не способный солгать? Чаянов без колебаний назвал профессора Рыбникова. В ответ Агранов вынул из ящика письменного стола показания Рыбникова и предложил Чаянову с ними оз-

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

1931, апреля "9" дня, уполномоченный 2-го отделения СНО ОГНУ , рассмотрев следственный материал по делу № 10435, находит:

Рыбников Аксаков Александр Александрович
что гр-н изобличается как участник контр-революционной нелегальной организации, именовавшейся "Трудовая Крестьянская Партия" и ставившей своей целью свержение Советской власти и замену ее буржуазной республикой.

В соответствии с общими установками ТКП
принимал участие во вредительской деятельности ТКП и в ее деятельности, направленной к подготовке интервенции.

По собственному признанию Рыбникова он являлся членом Центрального Комитета ТКП и осуществлял руководство деятельностью всей организации.

Из вышеизложенного устанавливается, что гр-н
. достаточно изобличается в преступлениях, предусмотренных ст.ст. 58/11, 58/7 и 58/4 У.К., а потому на основании 128 ст. У.П.К. ПОСТАНОВЛЯЮ:

Гр-на Рыбникова привлечь в качестве освиняемого по 58/11, 58/4 и 58/7 ст.ст. У.К.

Уполномоченный 2 отд. СНО ОГНУ

СОГЛАСЕН: Н/НАЧ. 2 ОТД. СНО ОГНУ
(СЛАВАТИЧЕСКИЙ)

УТВЕРЖДАЮ: ЗАМ. НАЧ. СНО ОГНУ:
(САМОРОВСКИЙ)

Следующее постановление мне об'явлено:

Подпись: Рыбников.

Р-33480

накомиться. Вот тут Чаянов сломался и начал давать показания, продиктованные Аграновым.

Тем временем у Рыбникова возникло в камере остroe психическое расстройство. После того, как он

предпринял суициальную попытку, его перевели в Институт судебно-психиатрической экспертизы.

На основании акта судебно-психиатрической экспертизы Рыбникова освободили 18 июля 1931 года.

А К Т № 243.

13

Копия.

Мы, нынеподписавшиеся, 15-го июля 1931 года в Институте Судебно-Психиатрической Экспертизы свидетельствовали заключенного РЫБНИКОВА Александра Александровича, 53-х лет, при чем оказалось, что свидетельствуемый психического склада раним поседением. Зрачки узковаты, реагируют достаточно. Носогубные складки неравномерно выражены. Неустойчивость при столкновении с закрытыми глазами. Коленные рефлексы живые. Дрожание языка и пальцев рук. Тонны сердца глуховаты. Размеры сердца увеличены. На левом предплечье и левой голени следы нанесенных самим себе поражений. Со стороны психической в настоящее время отмечается некоторая тревожность, снижение памяти. Свидетельствуемый критически относится к тем галлюцинационно-бредовым переживаниям, которые с наибольшей яркостью выражены были перед поступлением в Институт и которые привели его к попытке на самоубийство (голоса жены, сына, идеи преследования, картины устрашающего характера и др.). Галлюцинации в связи с тревожностью и подозрительностью наблюдались и в первое время пребывания в Институте. На основании изложенного нужно прийти к заключению, что РЫБНИКОВ перенес психотическое состояние реактивно-торпидного характера, от которого в настоящее время поправился. В дальнейшем пребывании в психиатрическом учреждении не нуждается, но ввиду неустойчивости в связи с недавно перенесенным психическим расстройством, он нуждается в ближайшее время в соответствующем врачебном наблюдении и в соответствующих условиях содержания (противопоказано одиночное содержание).

Подлинный подписали:

Врач Ин-та: АМЕНИКИЙ, ординатор Ин-та: БУНЕЕВ, Уполномоченный СНО ОГПУ: СОЛОВЬЕВ, врач-псих. Моск. мест заключения: КРАСНЫЙ.



С подлинным верно:
делопроизводитель: *Монфер*

Ему позволили даже работать во Всесоюзном научно-исследовательском институте льна в Торжке (1932 – 1937). Как-то раз жена Чаянова неожиданно встретила его в Третьяковской галерее. По его словам, он давно хотел покаяться в своём предательстве, но не хватало гражданского мужества. Тем не менее, он написал на имя следователя опровержение своим обличительным показаниям, но его объяснение не приобщили, по-видимому, к делу.

Рыбникова снова арестовали 26 декабря 1937 года. На этот раз его обвинили в подготовке террористического акта против руководителей коммунистической партии и советского правительства. По приговору Военной коллегии Верховного суда СССР его расстреляли 16 сентября 1938 года.

Куховаренко арестовали 15 января 1931 года как "сына помещика" и участника "контрреволюционной

вредительской организации специалистов-семеноводов". Его осудили на 10 лет исправительно-трудовых лагерей с отбыванием наказания на строительстве Беломорско-Балтийского канала и канала Москва-Волга. Через пять лет его досрочно освободили, но остались агрономом в системе НКВД. Позднее он работал по специальности в Башкирии, в Киргизии и в подмосковном колхозе, а в ноябре 1956 года вышел на пенсию.

Постановлением Военной коллегии Верховного суда СССР в 1963 году Рыбникова и Куховаренко реабилитировали: первого в мае, а второго — в сентябре. Абстрактная справедливость как будто восторжествовала. Остался только один неразрешимый вопрос: всё ли хорошо, что хорошо кончается?

ХРОНИКА

Совет по правам человека при Президенте РФ — за права людей с психическими расстройствами

24 июня 2019 г. состоялось специальное заседание Совета по развитию гражданского общества и правам человека при Президенте РФ на тему: “Соблюдение прав человека в стационарных организациях психоневрологического профиля и создание альтернативных форм жизнеустройства граждан с психофизическими и ментальными нарушениями”. Заседание было инициировано членом Совета Екатериной Шульман в связи с тем, что подготовленный еще в 2015 г. закон “О распределенной опеке” (№ 879343-6 “О внесении изменений в отдельные законодательные акты РФ в целях повышения гарантий реализации прав и свобод недееспособных и не полностью дееспособных граждан”) до сих пор не принят и зависит где-то в недрах думских комитетов. Законопроект, разработанный, в первую очередь, юристами Центра лечебной педагогики, под руководством сенатора Добрынина, направлен на повышение гарантий соблюдения прав недееспособных и ограниченно дееспособных граждан. Он устраняет ситуацию жесткого конфликта интересов, которая складывается для граждан, признанных недееспособными, при помещении их в психоневрологический интернат. Сегодня их опекун — это директор учреждения, в котором они проживают, который таким образом становится одновременно и поставщиком услуг и законным представителем получателя услуг. Законопроект предлагает разрешить человеку иметь также “внешнего” опекуна, причем им может быть не только физическое, но и юридическое лицо, т.е. некоммерческая организация, работающая в сфере социальной опеки. Как отметила в своем выступлении Екатерина Шульман, смысл закона в демонополизации и открытости ПНИ, он необходим для предотвращения тех нарушений, о которых давно сообщают правозащитные организации и которые подтвердили только что проведенные проверки Росздрава, Роструда и Роспотребнадзора. Для того, чтобы обосновать необходимость принятия закона, первые две темы заседания были посвящены “соблюдению прав человека в стационарных социальных организациях психоневрологического профиля” и “созданию условий для функционирования механизма сопровождаемого проживания” — возможной альтернативе ПНИ. В результате, к моменту обсуждения ситуации с законопроектом, большая часть приглашенных представителей государственных органов уже разошлась, и обсуждение преврати-

лось в обычную правозащитную тусовку, где члены неправительственных организаций объясняли друг другу, зачем нужен закон и что сделать, чтобы ускорить его принятие. Надо сказать, что большого оптимизма никто не высказывал.

В настоящее время, в значительной мере благодаря давлению общественности, вопрос о положении проживающих в психоневрологических интернатах стал настолько актуальным, что по особому распоряжению вице-премьера Татьяны Голиковой были проведены массовые проверки этих учреждений. Как следует из результатов проверок, проживающие там люди находятся порой в невыносимых условиях. В некоторых интернатах люди живут по 10 – 20 человек в комнате, зачастую отсутствуют элементарные удобства: в отдельных интернатах нет водопровода, и проживающие вынуждены ходить в туалет на улице, в туалетах нет кабинок, а душ общий, не менее чем в 25 % интернатов зафиксировано нарушение санитарно-гигиенических требований, отмечается плохой запах в помещениях, отсутствие у проживающих личных вещей, собственных денег и возможности их иметь, нет даже личных средств гигиены. В интернатах, расположенных в местах, удаленных от крупных городов, невозможно обеспечить проживающих качественной медицинской помощью: диспансеризация и консультации специалистов не проводятся, скопия медицинская помощь не приезжает. Поскольку там проживают в основном инвалиды 1 и 2 группы, часто преклонного возраста, то в таких учреждениях отмечается высокая смертность. Как сказала Нюта Федермессер, которая проинспектировала отделения милосердия в ПНИ 20 регионов страны, практически все пациенты там нуждаются в паллиативной помощи, они страдают хроническим болевым синдромом, а персонал не умеет оказывать им помочь, да и не располагает соответствующими лекарственными средствами (см. ее доклад в рубрике “Документы времени”).

Проверяющие эксперты констатировали, что во многих интернатах не хватает стульев, тумбочек и полок в шкафах. Условия жизни в интернатах не позволяют человеку реализовать право на частную жизнь и человеческое достоинство, для многих интернатов характерна скученность людей, отсутствие личного пространства и индивидуализации одежды и личных вещей, отсутствие доступной среды и возможности

перемещаться, возможности осуществлять минимальные бытовые процедуры и самообслуживание. Результаты общественного мониторинга зафиксировали такие вопиющие нарушения гражданских и социальных прав проживающих в ПНИ людей, как неправомерное ограничение свободы, нарушения права граждан на личную неприкосновенность, нарушение конституционного права граждан владеть и распоряжаться личным имуществом, лишение права на труд, умаление человеческого достоинства, нарушение права на лечение только на основе добровольного и информированного согласия, нарушение права получателей социальных услуг на получение социальных и реабилитационных услуг в соответствии с установленными законодательством требованиями.

Закрытость психоневрологических учреждений, похожая на тюремный режим, куда ограничен доступ даже близким родственникам, дает почву для огромного количества мошеннических схем, связанных, например, с присвоением квартир, наследства, денег и т.д. Что касается людей, попавших в психоневрологический интернат, то для большинства из них обратной дороги назад, в нормальную, обычную жизнь нет, у них отсутствует возможность выписки.

Тем не менее, Правительство пока не готово отказаться от системы психоневрологических интернатов и продолжает строить новые и укрупнять старые, причем на основе прежних правил их обустройства. Оно выделил на это 50 млрд. рублей, и первый транш уже поступил в регионы. Представители НКО говорили о необходимости прекратить или по крайней мере приостановить строительство интернатов, и заместитель министра труда и социальной защиты Российской Федерации С. В. Петрова, казалось бы, согласилась с этим, во всяком случае, заявила, что вопрос детально изучается. Исполнительный директор НПА России Л. Н. Виноградова сказала, что это расходится с практикой массового помещения граждан в психоневрологические интернаты в Москве и смыслом подготовленного Минздравом и Минтруда проекта приказа о взаимодействии медицинских организаций, оказывающих психиатрическую помощь и организаций социального обеспечения для лиц с психическими расстройствами, предписывающего выявлять людей с

психическими расстройствами, имеющих показания для помещения в ПНИ, составлять их поименные списки и передавать их в органы государственной власти для последующего направления в ПНИ¹. С. В. Петрова ответила, что они внимательно изучили присланые в Правительство возражения НПА, и учат их при подготовке нового варианта проекта приказа. Между тем, присутствовавший на заседании главный психиатр Москвы Г. П. Костюк, который попросил слова вне программы, заявил, что всплеск судебных дел о признании граждан недееспособными в прошлом году был связан с тем, что психиатрическая больница № 15 перепрофилирована в психоневрологический интернат на 900 мест, и его нужно было заполнить. Он также добавил, что в настоящее время все места заняты, и в Москве уже образовалась очередь в 400 человек, ожидающих места в ПНИ, так что открытие новых интернатов необходимо. Похоже, что с его точки зрения, все граждане с психическими расстройствами, которые чаще 2 раз в год попадают в психиатрические больницы и не могут удерживаться на амбулаторной помощи после кратковременного, не более 30 дней, курса стационарного лечения, должны находиться в закрытых стационарных организациях социального обеспечения, где никто не спрашивает их согласия на лечение и не считается с их желаниями и предпочтениями. С другой стороны, по мнению правозащитников, представителей социально-ориентированных некоммерческих организаций (НКО) и родителей инвалидов с детства с ментальными нарушениями существующую систему надо срочно реформировать, а сами переполненные интернаты постепенно закрывать, переходя на систему сопровождаемого проживания и сопровождаемой социальной занятости и перевода людей в учреждения семейного типа или домой, под присмотр родственников, опекунов и социальных работников. Такой подход в полной мере соответствует ратифицированной Россией Конвенции о правах инвалидов и отвечает интересам самой уязвимой части населения и их родственников. Это отражено в принятой резолюции, которая будет направлена в Правительство РФ и другие органы государственной власти.

¹ См. ст. Л. Н. Виноградовой и С. А. Колоскова в НПЖ, 2019-2.

Хорошие инициативы

Нельзя не приветствовать идею руководства ФСИН о передаче медицинской службы ФСИН — Минздраву, хотя мотивом были озвучены чисто финансовые соображения — необходимость оплачивать ее. Такое переподчинение противоположно тому, которое претерпевал за время советской власти Институт судебной психиатрии им. В. П. Сербского, который был передан в 1932 г. из органов здравоохранения в ведение исправительно-трудовых органов и официально назывался “исправительно-трудовым учреждением медицинского характера”, затем передан в ведение Наркомата юстиции (1935 – 1938), а конец советской власти ознаменовался в 1988 году передачей спец. психбольниц из системы МВД — Минздраву. Мы неоднократно безуспешно поднимали вопрос об экстерриториальности медицинских учреждений, как и религиозных, для полиции и силовых структур, о недопустимости держать больных на цепи.

Общепонятно, что само засекречивание и недопущение независимых экспертов и журналистов в закрытые учреждения является косвенным признанием в злоупотреблениях. Только открытость пресекает мгновенное распространение слухов, которые оказываются достовернее дезинформации госпропаганды, как, например, в деле Магнитского, реконструкция гибели которого, заключенного за вскрытие грандиозных злоупотреблений в высших этажах власти, известна, как бурный протест против насилия, вызов не-

отложной психиатрической помощи, не допущенной сразу, так как заключенный был забит дубинками. Европейский суд по правам человека вынес 27 августа 2019 года решение по этому делу, осуждающее Россию за нарушение права на жизнь.

В последние месяцы Российское общество психиатров, перед лицом наглого беспредела “правоохранителей” в отношении врачей, начало делать достойные заявления, в частности о несостоительности возбуждения уголовных дел в отношении врачей, выписывавших незарегистрированные импортные препараты по медицинским показаниям (фризиум и др.).

В соответствии с поручением Т. Голиковой, масштабную проверку психоневрологических интернатов по всей стране проводят сотрудники Центра им. В. П. Сербского, в частности ставший его филиалом бывший Московский НИИ психиатрии, сотрудники которого в постоянных командировках. Опубликованное “Новой газетой” выступление Нюты Федермессер дает возможность каждому представить, как живут или существуют люди в ПНИ. Приветствуя эту деятельность, подчеркнем, что она не отменяет проверок, осуществляемых общественными наблюдательными комиссиями. Они дополнительны, а не дублируют друг друга, в силу фиксации внимания на разных сторонах — общежитийской, юридической, социологической, психологической, этической и др.

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.

ВАК против Диссернета: приличия отброшены

В прошлом выпуске НПЖ мы сообщали о новом составе ВАКа. Его председатель В. М. Филиппов сохранил себя и все прежнее руководство (17 человек) на третий срок, заявив, что записанное в уставе правило, что “члены ВАКа” избираются не более, чем на два срока, распространяется только на членов, а не руководство. Более того, в конце июня он объявил, что ВАК не будет принимать во внимание данные диссертанта о плалии в диссертациях: “Мы не прокуроры, это дело судов”. Но по удачному выражению Евгения Ройзмана “В нашей стране послать в суд это значит просто послать”. Масштабы плалии и фальсификации достигли таких размеров, причем прежде всего у начальствующего состава, что их разоблачения приобрели политический смысл и стали опасными. Заявление Филиппова — очередное, после лишения автономии РАН, “опускание” ученых, отобрание у научного сообщества его исконного права оценивать профессиональный уровень научных работ.

Отныне ВАК — уникальная в мире организация¹ — окончательно обнажилась, признавшись, что экспертная функция не в ее компетенции, что наиболее грубые вопиющие случаи несостоятельности диссертаций — не основание для аннулирования утверждения диссертационных защите и лишения ученых званий.

Сообщество ученых Клуб “1 июля” и ряд известных юристов сделали заявление о нелегитимности нового состава ВАК при Минобрнауки России. Редакция “Троицкий вариант — наука” опубликовала экспертные разъяснения по этому вопросу проф. ВШЭ, доктора юр. наук, судьи Конституционного суда РФ в отставке Т. Г. Морщаковой (№ 13 от 02.07.2019, с. 1 – 2). Мы приводим два отрывка.

“3. Являются ли входящие в руководство Комиссии ее председатель, его заместители, главный ученый секретарь членами Комиссии, или они не имеют статуса ее членов?

Идея, востребовавшая появление и деятельность Комиссии, — создать орган, который будет состоять из представителей научного сообщества, а не из представителей управленческой бюрократии, пусть на самом высоком уровне. Правительство установило порядок для формирования этого органа, чтобы исключалось участие в нем лиц, не представляющих научное сообщество и не отвечающих общим требованиям о членстве в Комиссии. Иное угрожало бы гарантиям независимости при принятии экспертных решений.

Значит, если руководство Комиссии имеет функции, несовместимые с независимой экспертной дея-

тельностью ее членов, позволяющие влиять на экспертов и их решения, то оно представляет собой особый корпус участников Комиссии и не может обладать процессуальным статусом, функциями и возможностями по экспертной оценке рецензируемых в Комиссии работ: осуществляющие это члены Комиссии составляют тогда другой (основной) корпус участников ее деятельности.

Установление, однако, такого разного статуса для членов и руководства Комиссии представляется отступлением от основной идеи независимой экспертной оценки: исходя из обеспечения этой цели, председатель Комиссии, его заместители, главный ученый секретарь не могут быть не только госслужащими, но и “назначенцами” с полномочиями, не соглашающимися с требованиями к другим членам Комиссии, и, в частности, большие свойственными органам, формирующими состав Комиссии, что несовместимо со статусом независимого специалиста-эксперта в определенной отрасли науки.

Поэтому нормативное регулирование не может не исходить из единства статуса членов Комиссии в основных его параметрах, связанных с профессиональностью и независимостью экспертизы, в том числе подтверждая их действие в отношении председателя Комиссии, его заместителей, главного ученого секретаря…”

“5. Можно ли считать законными решения, принятые Комиссией, состав которой утвержден с таким нарушением Положения о ВАК (2016)?

... Исходя из права каждого на законную процедуру и законный состав суда при рассмотрении судом его дела, аналогично не может не признаваться право на законный состав Комиссии и на обеспечение процедурной справедливости при рассмотрении рецензируемых работ.

Когда в определенном составе Комиссии (части состава) не исключается конфликт интересов, этим нарушаются права всех, кто обращается в Комиссию, потому что они имеют право претендовать на справедливую процедуру. Фактически именно нарушение справедливой процедуры независимой экспертизы в Комиссии автор диссертационной работы может обжаловать в суде, и любое решение Комиссии может быть оспорено в связи с тем, что оно принято ее незаконным составом”.

Совет межрегионального Общества научных работников также выразил крайнюю обеспокоенность новым составом ВАК и направил соответствующее открытое письмо Д. А. Медведеву.

¹ Везде в мире с давних пор присуждение ученых степеней дело университетов и соответствия их репутации. Только у нас это надзирающая над всеми научными диссертационными советами инстанция, монополизировавшая право на окончательное утверждение защите диссертаций и присвоения ученых степеней, воплощает централизацию и госконтроль науки руками самих членов научного сообщества, разумеется, выбранных свыше.

Солдафонство погубит всё и всех

Милитаризация нашего общества началось давно и уже захлестывает, проникая в неадекватные для себя сферы и все поры общества от детских игрушек до освящения смертоносного оружия и заполнения речи военной лексикой в гражданском и личном обиходе. Командные посты занимают силовики или люди такого стиля: дисциплина, приход-уход делаются важными критериями научной деятельности, а количественные показатели, начиная с лимита времени на больного до груды бумаг на него — врачебной деятельности.

Август ознаменовался ведомственным приказом № 1 дсп с личной визой министра Минобрнауки относительно порядка контактов наших ученых с иностранными коллегами, превосходящим советскую кэгэбэшно-полицейскую практику, требующего “разрешить встречи с иностранцами только по заранее составленному и отправленному в министерство списку”. При этом зарубежным коллегам приказом запрещено все, что не перечислено в международных договорах РФ. Список требующих разрешения технических устройств при встрече включает любые: от телефонов до биноклей и часов. После встречи необходимо составить и отправить начальству заверенный круглой печатью отчет с копиями паспортов участников. Российские граждане, работающие в иностранных организациях, прививаются к иностранцам. Идти на встречу с иностранцем должны не менее двух российских ученых. Разрешается встреча с иностранцами во внеборчее время при условии получения соответствующего разрешения руководителя на заявку, поданную за 5 дней. Перемещение иностранцев внутри зданий осуществляется в сопровождении работника, ответственно-го за проведение встречи. Впрочем, лет 7 назад, когда я встречался с проф. В. П. Котовым в центре им. В. П. Сербского, он уже тогда вынужден был сопровождать меня до проходной, видимо, чтобы я не зашел еще к кому-то, как я это прежде делал. “Проводить встречи необходимо в специально предназначенных и оборудованных для этих целей помещениях административных зданий территориальных органов, определенных соответствующими приказами”.

В ответ на возмущение научного сообщества, Минобрнауки сослался на “общемировую практику”, явно имея в виду Северную Корею — осколок советского прошлого. Итак, в отношении встреч с иностранцами начала действовать прескриптивная логика, характерная для закрытых учреждений (см. НПЖ 2018, 4, 79). Все методы контроля, описанные в приказе, разработаны в доцифровую эпоху и сегодня полностью устарели. (“Троицкий вариант-наука”, № 16, 13.08.19, с. 2; “Новая газета” № 90, 16.08.19, с. 2). Такой приказ, как ноу хау, стоит перевести на англий-

ский язык... Вспоминается, как в начале 70-х на I Все-союзном социологическом коллоквиуме в Тбилиси В. Б. Ольшанский начал его с дерзкой шутки: вынужден сообщить, что американские шпионы проникли в сейф нашего социологического центра, но обнаружили там только переводы с английского.

Все западные бюрократические излишества, которые сулят экономию средств, охотно переносятся на нашу почву, приобретая в новом контексте уродливый вид. Аналогичный стиль в духе казарменного старшины устанавливается уже и в больницах общесоматического профиля...

Как тут не вспомнить знаменитую высоко успешную доктрину человеческих отношений Элтона Мэйо, Мэри Фоллет и Абрахама Маслоу в 30-х годах, которая диаметрально противоположна всем этим пещерным нововведениям российской власти, препятствующей благу всех сторон.

В сети появилось редкое по выразительности “досье” на Ньюта Федермессер: два разных взгляда на нее и ее деятельность. Оно убеждает в нелепости цензуры и даже иной редакторской правки: стиль, лексика, различные ошибки — лицо автора не менее чем содержание. Каждый взгляд автопортретен, но он не только о говорящих, он обнаруживает, какие нетерпимость и злоба, совершенно чуждые христианскому духу, могут скрываться за православным благочинием: вместо любви и сострадания догматическое соблюдение устава. И не сметь критиковать, упрекать и оскорблять наши чувства.

Аналогичную чувствительность проявили некоторые ВУЗовские преподаватели к заявлению Американской ассоциации славистов в отношении ареста двух студентов за участие в несанкционированном шествии 3 августа и угрозе ректоров РГГУ и МПГУ отчислением за это. Они сочли “шантажом” простое упоминание, что российское академическое общество может оказаться в положении “изгоя в глобальной научной среде”, если не “продемонстрирует приверженность демократическим принципам и гражданским свободам”, так как “в понятие международного рейтинга входят не только количество и качество публикаций в рецензируемых изданиях, но и рейтинг академической свободы, степень обеспечения политического нейтралитета и активной общественной позиции”. “Университет является местом, где учат критически мыслить, свободно говорить и задавать вопросы, а мирное выражение мнений не может быть основанием для уголовного преследования в демократическом обществе, основанном на принципе уважения прав человека”. (Новая газета, № 94, 26.08.2019 г., с. 15).

ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ТВОРЧЕСТВО

Психотерапевтические пьесы и “сопровождаемое проживание” душевнобольных

М. Е. Бурно¹

Эти психотерапевтические пьесы-спектакли рассказывают о жизни вместе (хотя бы по временам) хронических душевнобольных. Пьесы наполнены элементами Терапии творческим самовыражением (М. Е. Бурно). Предполагается, что драматургия такого рода может побуждать душевнобольных, сидящих в зрительном зале, сдруживаться в свои подобные психотерапевтические сообщества. И, благодаря этому, реже попадать в стационар и интернат.

Ключевые слова: терапия творческим самовыражением (М. Е. Бурно), терапевтические сообщества.

“... уже давно высказано положение, что по состоянию психиатрической помощи в стране можно сделать заключение о степени культурности этой страны”.

П. Б. Ганнушкин (из Предисловия к книге Ю. В. Канабиха “История психиатрии” (1929)).

Этот очерк побудили меня написать известные государственные намерения навести порядок в российских психоневрологических интернатах (ПНИ). Условия содержания больных во многих из них называют “невыносимыми” [12]. Исполнительный директор НПА России Любовь Николаевна Виноградова участвовала в проверке соблюдения прав и свобод в Клинической психиатрической больнице № 1 им. Н. А. Алексеева и её филиалах. В Хронике “Независимого психиатрического журнала” трудно читать следующее. “Некоторые сердобольные врачи даже предупреждают своих пациентов: держитесь, не попадайте в стационар чаще 1 раза в год, иначе вас ждёт ПНИ” [10, с. 82].

Ясно, что тяжёлым хроническим (особенно одиночным) душевнобольным остаётся психотерапевтически держаться друг за друга, чтобы выживать без интернатов. Что способно этому помочь?

Краткий обзор работ о “терапевтических сообществах”, имеющих отношение к данному очерку, дан в моей книге “Клинический театр-сообщество в психиатрии” [2, сс. 249 – 264]. Непосредственно в таких сообществах на Западе не пришлось побывать. Но знаю от близких мне врачей, подробно знакомых с мировой психиатрией, психотерапией (прежде всего от профессоров Вольфганга Кречмера, Альфреда Притца, Станислава Кратохвилы), что подобное нашей Терапии творческим самовыражением (М. Е. Бурно) — ТТСБ [3, 7, 8] им в мире не встретилось. Видимо, объясняется это российской особенностью метода. И по-

скольку наши *терапевтические сообщества* вышли из метода (ТТСБ), проникнуты всеми основными его особенностями, предполагаю, что и эти обнаружившиеся как бы сами собою внутри метода *сообщества* дают мне возможность более не искать подобное в мире. А сразу приступить к рассказу о них.

Метод (ТТСБ) сложился в общих чертах к 1970 году [3, 7, 11]. По-настоящему он развернулся плечи (стали защищаться диссертации, разрабатывались варианты метода) в 90-е годы прошлого века. Это происходило особенно на кафедре психотерапии Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования, где развивается и теперь. Метод предназначен, прежде всего, для психиатрических пациентов с тягостным переживанием своей неполноценности (дефензивность). В том числе, для душевно больных инвалидов с разнообразными хроническими депрессивными расстройствами. Чаще всего, это пациенты с шубообразной шизофренией (вне острой психотики) — параноидная шизофрения с эпизодическим (приступообразным) течением со стабильным дефектом и с частичной (неполной) ремиссией (МКБ-10). Существо метода — в неспешном особом поиске своих душевных природных особенностей, силы своей слабости — для смягчения депрессивности, душевной несобранности-разлаженности, для обретения вдохновения и возможных радостей, своей общественной полезности (пусть пока самой скромной). Происходит это в индивидуальной, домашней работе и особенно в группе с чаем, свечами, слайдами — в процессе изучения своих душевных особенностей (в сравнении с особенностями других людей), изучения особенностей ушедших из жизни

¹ Доктор медицинских наук, профессор.

Психотерапевтические пьесы и “сопровождаемое проживание” душевнобольных

писателей, художников, композиторов, учёных. В процессе изучения особенностей творческого отношения людей с разными характерами к искусству, природе, прошлому... В этом содержательном “калейдоскопе” участник группы высвечивается личностью, невольно проникаясь своим отношением к тому или другому. Обретение собственного отношения ко всему в мире сказывается творческим вдохновением с внутренним чувством-пониманием своей неповторимой повторимости, своей светлой, личностной, дороги или тропинки в жизни. Обстановка психотерапевтической гостиной с психотерапевтами и сёстрами без халатов становилась со временем всё более содержательно тёплой, как бы домашне-родственной.

Открылось удивительное для нас явление, ставшее за все эти десятилетия обычным. Даже “дефектные” эндогенно-процессуальные пациенты с некоторыми аффективными расстройствами и с отчётливым изъянном-дефектом (выраженное снижение критики, прежде всего) входили в этой обстановке в сложные тонкости характерологии, вообще культуры так глубоко и по-своему, что стал говорить о *творческом дефекте* [4].

В 1992 году начались репетиции в Московском реалистическом психотерапевтическом театре, организованном при Независимой психиатрической ассоциации России. Это — особая группа творческого самовыражения. В Театре работали в то время психиатр-психотерапевт Любовь Юлиановна Благовещенская, профессиональный режиссёр Евгений Степанович Казаков и я. Через 2 года Театр переехал из Больницы Ганнушкина в Наркологический диспансер № 1 (клиническая база нашей кафедры), Благовещенская и Казаков по уважительной причине покинули нас. Мы вели Театр с сотрудником кафедры психотерапевтической медсестрой Елизаветой Юльевной Будницкой (до её выхода на заслуженный отдых) в течение многих лет. С тех пор Театр считается Театром НПА России, кафедры, НД № 1 (НД № 6 — филиал МНПЦ наркологии) [2, 11]. Пациенты-актёры часто — одновременно и пациенты групп творческого самовыражения. С 2010 г. Театр ведёт (так же в духе ТТСБ (но уже по-своему)) доцент нашей кафедры Инга Юрьевна Калмыкова [9]. Одновременно с тех пор продолжается и одна обычная группа творческого самовыражения (руководитель — доцент кафедры Людмила Васильевна Махновская). Многие сегодняшние пациенты-актёры занимаются и в этой группе.

В Театре, в сравнении с обычными группами творческого самовыражения, развились возможности общения между дефензивными страдальцами. Возможно стало глубоко застенчивым сказать друг другу “по роли” слова нежности, любви. Прикоснуться друг к другу в танцах и не только в танцах, прикоснуться защищёнными ролью, “без всякой ответственности за свои поступки” [2].

Отношения между пациентами-актёрами и психотерапевтами-режиссёрами на репетициях стали ещё раскованнее, теплее, человечнее, ещё более домашни-

ми, нежели в обычных группах творческого самовыражения. Театр стал дружным сообществом для пациентов. Конечно же, и в этих наших с пациентами отношениях таится профессиональная дистанция. Лечение, воспитание, обучение здесь соединяются в одно.

Важным для нас *открытием* стало то, что в Театре (то с живостью, то со скромной застенчивостью, пастельностью) предстал *особый* душевный, духовный мир тех, кому помогаем. Стало очевидно, что это — не обычная наша театральная, художественно-литературная культура, а культура по-своему глубоко страдающих, вытесненных из здорового общества людей. Тут своё отношение к человеческим поступкам, природе, искусству. Стало понятно, что нам серьёзно не поможет классическая и современная драматургия, режиссура, это никак не есть обычная клубная театральная самодеятельность. Жизнь “здравяков” (слово пациентов) не была им интересна. Тут была нужна своя психотерапевтическая драматургия и своя психотерапевтическая режиссура. Пациенты-актёры сами стали писать сцены из своей жизни. Мои коллеги, сам я стали создавать психотерапевтические пьесы [1 – 2, 5 – 6] Эти пьесы, постановки по психотерапевтическим рассказам, сцены естественно, созвучно ложились в души пациентов как *своё*, родное.

Пациентами-актёрами и пациентами зрителями воспринималось, проживалось как *своё*, важное, помогающее лучше понять себя и легче существовать со своими трудностями, прежде всего, следующее. Хорошо быть *вместе* друг с другом, “*со своими*”, понимая друг друга. Сочувствуя нашим особым, не понятным здоровым людям, трудностям-страданиям друг друга: тоскливому безразличию, переживанию несамособойности (деперсонализация), “*нескончаемому*” напряжению-отчаянию в душе по временам, тягостному отсутствию смысла существования, морально-болевым ощущениям в теле, застилающим мир. Своеобразное общение с природой, погружение в *своё*, сообразное душе, искусство может смягчать депрессивность, страхи. Знакомство с гениальными душевнобольными в истории культуры “придаёт силы”. Переживание неполноценности убывает, когда в танце с женщиной “*по роли*” начинаешь чувствовать себя “не набитым лекарствами тюфяком”, а “немного мужчины”. “Приобрёл в душе солнышко робкой любви не скажу к кому, это всегда будет тайной”. “Оказывается, можно разговаривать между собою подтекстом, и при этом мы яснее понимаем друг друга, но не расскажем, что понимаем”. “Кажется, всё лучше понимаю, как по-своему мне жить, делать своё небольшое добро”. “Расскажешь свои переживания сочувствующему человеку на репетиции, а потом просто в жизни — и легче. Только нужно толкнуть себя рассказать”. “Я хочу и в жизни жить так, как мы тут живём в наших группах и в Театре. Жить со своими, чтобы никто не смеялся, не издевался надо мною. Мы здесь согреваем друг друга”.

М. Е. Бурно

Это всё то, о чём слишком часто говорят наши пациенты. Думается мне, что интеграция, вживание наших тяжёлых хронических пациентов в здоровое общество — дело будущего, поскольку серьёзно нуждается в “психотерапии” в этом отношении и само российское общество. Прежде всего, нашим пациентам важно научиться жить своей “группой-семьёй”. А старший в группе или социальный работник осуществляют связь “группы-семьи” со здоровым обществом. С этого, по-моему, надо начинать.

Тут всё не так просто. Встречаются и “истерики”, и грусть (даже у дефензивных), но всё же больше трогательного целомудрия. И, в целом, пребывание пациентов вместе, при умелой, тёплой помощи “помогающего” работника, психотерапевтически — праздничное.

Вот несколько цитат из пьес, чтобы легче было всё это выше перечисленное почувствовать читателю.

“Хасан опускается на стул, закрывает лицо руками. Плечи его вздрагивают, потом трясутся. Хасан начинает зловеще выть. Вбегает Юля, обнимает отца.

Юля: Папочка, не надо милый, хороший, успокойся! (*Гладит его. Хасан сразу успокаивается.*) Спасибо тебе за клубнику. Мы порисуем её красками, да? Ты чудесный. Бабушка и мама тоже хорошие, но они не понимают, что тебе, как и мне, тоже ничего не нужно, кроме каши с чаем и ещё — красками рисовать.

Хасан: Это сейчас так, Юлечка. А завтра захочется ананас и рафаэллу. Я ведь, в самом деле, ужасный. Помнишь, какая ярость на меня накатывала, когда вместе жили? Как бабушку обижал? Как маму удрил? Даже милицию вызывали. Но сегодня сдержался. Правда, вот, заплакал. Я утром побольше таблеток принял, чтобы сдержаться. И ты мне помогла. И ещё лужайка наша под окном вспомнилась — тоже легче, светлее стало. Вспомнились липы, клёны, крапива, лопухи. Там так тихо, хорошо с живой природой, с её внутренним затаённым согласием, с её красочной добротой. Скоро там зацветёт красный клевер, и вдруг затрешил соловей в кустах жёлтой акации, как прошлой весной... Ругаюсь, дерусь, и в то же время такой я растерянный беспомощный в этой жизни. Робею на улице или в салоне лишний рубль за свою картину попросить. Только бы ты была покрепче меня! Я виноват перед тобою, за то, что мало тебя люблю. То есть для себя много, а для тебя мало, без настоящих подарков”.

Юля (*гладит отца, целует в голову, рассматривает картины на стенах*): Папа, а вот как нарисовать майского жука, чтобы слышино было, как он журчит. И как нарисовать крапиву, чтобы чувствовалось, что она сердитая и кусает?

Занавес”

“Поздняя весна” (1996) [2, сс. 563 – 564].

“Светлана: Здоровым, предпримчивым людям мы не нужны, да и нам с ними скучно... Надо бы нам

крепче держаться друг за друга среди нашей чудесной природы.

Ольга: Так хочется, чтобы до самой смерти в душе сквозь проклятые тревоги, страхи, сердцебиения просвечивало это чудное, красочное ощущение поздней весны. Не ранней, воспалённо-хмельной, а поздней — мягкой, нежно-пышной, напоённой торжественной готовностью к любви. Майский жук выбрался из лопухов, Хасан.

Хасан: И уже летит на берёзу.

Сергей: Стрекоза в кустах прищемила хвост.

Пауза

Юля (*Александру*): Дядя Александр, а вы теперь тоже будете писать мне длинные письма?

Александр смотрит на Юлю, улыбается. Лицо его светится.

Занавес”

“Поздняя весна” (1996) [2, сс. 582 – 583].

“Из своей комнаты выходит неловкий, застенчивый Харитон.

Харитон: Мама...

Пауза

Вера Васильевна: Такой виноватый, Харитоша... Принёс себе ко дню рождения ещё одного бездомного котёнка? Или щенка?

Харитон: Мама, я привёл к нам жить девушку Олеся. Из психушки бежала. Спала на вокзале, на каменном полу. Месяц не мылась, но трезвая. Только изголодалась. Пожалуйста, проводи её в ванную и покажи всё там. Потом покорми моим вторым праздничным завтраком — жареной картошкой с курицей.

Вера Васильевна: А может, вы этот завтрак с ней напополам съедите?

Харитон: Нет, Олеся очень голодна”.

“В день рождения Харитона” (1998) [1, сс. 3 – 4].

“Степан: Вот и Надя сегодня спрашивала, в чём польза от нашего тут инвалидного пенсионного существования... Кречмер в книге “Гениальные люди” так и пишет, что может быть, это обидно для здорового человека, но истинно, по-большому творческий человек всегда — больше, меньше — ненормален... Далеко не все ненормальные есть гении и даже таланты, но чем больше ненормальных, тем больше гениев... Вот для чего мы нужны — мы готовим почву для рождения гениев. Поэтому и преступна наука по улучшению человеческого рода стерилизацией душевно-больных... Вот во имя чего мы мучаемся.

Харитон: Гениально! Такого не услышишь в университетах!

Ариша: А я всё равно хочу быть такой, как все — без всякого творческого вдохновения, но и без страдания. Нарожала бы детей и варила бы им обед”.

“В день рождения Харитона” (1998) [1, с. 46].

Психотерапевтические пьесы и “сопровождаемое проживание” душевнобольных

Реалистический психотерапевтический театр-сообщество, повторяю, работает Москве и по сей день. Одновременно работает в Удмуртии в таком же духе Театр профессора В. В. Васильева. Минувшой осенью (2018) этот Театр приезжал на V Московский фестиваль творчества людей с особенностями психического развития “Нить Ариадны” со спектаклем “В день рождения Харитона”. О жизни и выступлениях этого Театра Валерий Витальевич, думается, ещё расскажет в печати.

Я же теперь хочу сказать главное, для чего написал этот очерк.

Удрученному (в своём вынужденном, уже домашнем, покое) бесчеловечным положением больных во многих сегодняшних психоневрологических интернатах, мне открылась следующая картина возможной, пусть скромной, посильной помощи душевнобольным, дабы им реже, по возможности, попадать в ПНИ. Реорганизация ПНИ, по всей видимости, длительное и дорогое для государства дело.

Психотерапевтические спектакли, в духе тех, о которых успел немного здесь рассказать, могли бы помочь сдружиться хроническим тяжёлым пациентам в т.н. группы “сопровождаемого проживания”. Это проживание может быть для успеха дела только психотерапевтико-праздничным. Желательно организовать постановку и просмотры подобных спектаклей в психиатрических учреждениях. Пациенты, по-моему, и сами охотно стали бы актёрами в реабилитационных отделениях с такими театрами. Побольше бы рабочего горения в психиатрической реабилитационной душе.

Поначалу пациентам, решившимся попробовать объединиться в такие сообщества, по-моему, следует посоветовать встречаться где-нибудь лишь по временным. Встречаться в духе психотерапевтических пьес-спектаклей, вспоминая, что там в них на сцене происходило. А уже потом, сдружившись, привыкнув друг к другу, устраиваться как-то вместе надолго.

Когда вспоминаю наших пациентов (примерно за 56 лет своей врачебной жизни в психиатрии), страдающих людей, которым помогал и которые могли бы по сегодняшним показаниям попасть в сегодняшние ПНИ, меня оторопь берёт. Да, остаётся умело способствовать тому, чтобы эти пациенты сдруживались между собою, как-то устраивались жить в подходящих для групп “семейных” квартирах. Душевная болезнь, и сама, как известно, нередко наследственно-семейная. Это даже проглядывает в наших психотерапевтических пьесах.

Нередко стареющему пациенту остаётся предложить переселиться из его отдельной квартиры в общежитие, где его товарищи будут о нём заботиться. Не знаю, кто этим будет заниматься, и как это будет происходить, но происходит это должно очень честно и чрезвычайно ответственно в отношении психиатрических, юридических доказательств и документов.

Работникам этого процесса важно быть способными договариваться с больными, мягко настаивать, не обижая. Это невозможно без бескорыстного уважения и даже любви к душевнобольным. Это, конечно, относится и к социальному работнику, опекающему такую “группу-семью”.

Трезво понимая, что эта работа невозможна без государственной помощи (только силами общественности и фирм), следует требовать от государства, по мере необходимости, квартир для таких групп-содружеств. Для несчастных людей, у которых ничего нет, кроме малой пенсии, непрактичности и часто духовного богатства, спрятанного в душе.

Из сегодняшнего электронного письма о похоронах мамы пациента (Из группы творческого самовыражения и Театра). “Приезжали только наши, восемь человек, родственников никого не было” (12 мая 2019 г.).

ЛИТЕРАТУРА

1. Бурно М. Е. В день рождения Харитона (пьеса в 3-х действиях для Реалистического психотерапевтического театра). Учебно-методическое пособие по психотерапии. — М.: Издательство Российского общества медиков-литераторов, 1998. — 51 с.
2. Бурно М. Е. Клинический театр-сообщество в психиатрии (руководство для психотерапевтов, психиатров, клинических психологов и социальных работников). — М.: Академический Проект; Альма Матер, 2009. — 719 с., ил.
3. Бурно М. Е. Терапия творческим самовыражением (отечественный клинический психотерапевтический метод). — 4-е изд., испр. и доп. — М.: Академический Проект; Альма Матер, 2012. — 487 с., ил.
4. Бурно М. Е. Из опыта амбулаторной реабилитационной психотерапии душевно больных инвалидов // Профессиональная психотерапевтическая газета. — 2018, № 1, январь. — Сс. 8 — 9.
5. Бурно М. Е. Одна из наших психотерапевтических пьес (“Психотерапевтическая гостиная”) // Психотерапия. — 2017, № 3 (171). — Сс. 2 — 14.
6. Бурно М. Е. Бедолаги (психотерапевтическая пьеса в 2-х действиях) // Психотерапия. — 2017, № 9 (177). — Сс. 2 — 13.
7. Бурно М. Е. История происхождения Терапии творческим самовыражением (М. Е. Бурно) — ТТСБ. О глубинной сути метода и некоторых надеждах на его будущую жизнь // Психотерапия. — 2018, № 6 (186). — Сс. 2 — 17.
8. Бурно М. Е. Ещё раз к вопросу о существе Терапии творческим самовыражением (М. Е. Бурно) (ТТСБ): некоторые уточнения // Психотерапия. — 2019, № 3 (195). — Сс. 41 — 45.
9. Калмыкова И. Ю. О сегодняшнем реалистическом психотерапевтическом театре-сообществе // Психотерапия расстройств шизофренического спектра: Сборник матер. конференции / Под ред. Н. Л. Зуйковой. — М.: МАКС-Пресс, 2014. С. 30 — 31.
10. Ноу-хау московской психиатрии (в разделе Хроника) // Независимый психиатрический журнал. 2019, вып I. — С. 81 — 83.
11. О краткосрочной терапии творческим самовыражением и клинико-психотерапевтическом театре в психиатрии. Учебное пособие. Приложение к Независимому психиатрическому журналу. — М.: Изд-во Независимой Психиатрической Ассоциации, 1997. — 32 с.
12. Пичугина Екатерина. Дом за разум (Половину пациентов психоневрологических интернатов предлагается отпустить в сemy) // Московский Комсомолец, 30.03. 2019. — С. 1, 6.

Особенности отношения людей творческих профессий к психически больным

Г. А. Андреева¹

Статья выполнена по материалам научного исследования, посвященного проблеме отношения к психически больным в творческой среде и связанному с ней вопросу о соотношении психопатологии и творчества. В результате было выявлено принимающее отношение к душевнобольным среди современных художников, определены критерии, по которым сближаются психически больные и художники, намечены факторы определяющие данные тенденции в обществе.

Ключевые слова: Психопатология и творчество, стигматизация, творческая болезнь, гениальность и безумие, безезненное творчество.

Вопрос безумия волновал многих философов, и некоторые из них были склонны находить в нем определенную истину, недоступную человеку рациональному, “нормальному” [1]; безумие романтизировалось [2]. У Делеза и Гваттари безумие попадает на знамена, шизофреник объявляется единственным свободным субъектом, способным заявить нечто от себя. Схожие смыслы можно обнаружить в современной психолингвистике: “<...> речь психотика вырвана из контекста интерсубъективности, создаваемого присутствием другого и обращенностью к другим <...> “эффект смысла” любого высказывания задается встроенностю этого высказывания в интердискурс. Субъект, начинающий “говорить сам”, выпадает из этого пространства, порождая бессмыслицу. В “этом смысле” психотик — и есть тот, кто “говорит сам”: он сам свой бог и свой язык” [3].

Кажется, что представления об абсолютной свободе безумных и непостижимой истинности неплохо прижились в среде описанных деятелей искусства, т.к. как раз эта свобода, свобода от стереотипов, условностей, повседневности, обеспечивает выход мысли за пределы господствующих идей.

Обратимся к психологической литературе: какие комментарии можно обнаружить там по данному вопросу? “Деятели искусства, ученые и увлеченные активисты питаются страхом, основанный на остром интуитивном чувстве того рода динамики, которая привела их в данную профессию, что если они лишаются своих невротических особенностей, то потеряют и те, что их вдохновляют” [4]. В психоанализе известны случаи, когда художники или поэты, как например, Рильке, отказывались от прохождения анализа из страха потерять эмоциональную энергию, с которой они связывали свое творчество. Несмотря на это, аналитики отмечают, что творческая деятельность после анализа обычно не просто не увядает, а только обогащается.

Интересно, что 70 % респондентов в России считают, что профессии художника, музыканта, поэта яв-

ляются наиболее подходящими для психически больных людей [5]. Известно, что реабилитация пациентов психиатрических больниц часто проходит по линии художественных мастерских и театров, организации выставок и т.п. (например, фестиваль “Нить Ариадны”, ИЗО студия в ПКБ № 1 им. Алексеева, кружок “Иные” в Ярославле и многое другое).

У Фуко можно встретить интересные комментарии деятельности художников: “Изобретением всех искусств мы обязаны людям с расстроенным воображением; каприз у живописцев, поэтов и музыкантов — это лишь другое, смягченное воспитанностью, название для обозначения их безумия” [6].

Известна крайняя точка зрения Ч. Ломброзо, который заочно поставил диагноз многим деятелям науки и искусства [7]. Современная более корректная позиция выражена, например, в работе А. В. Шувалова “Вечные спутники: Творчество и шизофрения” [8].

Итак, в литературе можно встретить разного рода сближения этих двух социальных групп: психически больных и художников. С одной стороны, творческая сфера приближается к психопатологическому полюсу, с другой стороны, психическая патология романтизируется, обретает положительную исключительность.

Против психопатологической теории гениальности выступала, например, американская исследовательница А. Анасатази, которая утверждала, что психически больных среди выдающихся людей статистически меньше, чем среди населения в целом. Есть и некоторые патографии [9], показывающие увядание творческих способностей с углублением психического заболевания. Такая динамика хорошо видна у Ван Гога и Брубеля. Важно упомянуть и позицию отечественного психотерапевта А. И. Сосланда, сместившего акцент в этом вопросе с художников на самих психиатров и психологов, которые с удовольствием выискивают патологию и диагностируют все подряд, искажая тем самым суть вещей. Этот феномен он называет патографической паранойей [10].

Безусловно, в обсуждении этой темы есть масса нюансов, касающихся, к примеру, помещения научных, художников, политических деятелей в группу

¹ Выпускница факультета психологии РГГУ.

Особенности отношения людей творческих профессий к психически больным

гениальных людей, а также присутствует проблема постановки заочного диагноза. Кроме того, обе изучаемые категории крайне нагружены разными смыслами и мифологизированы в значительной степени. И, тем не менее, дискуссионность вопроса позволяет нам взглянуть на художников как на социальную группу, которая пересекается с группой людей с психическими расстройствами. В данном исследовании хочется проверить, так ли воспринимается образ художника, и если да, то какими именно чертами эти группы близки, а какими различаются? Выше ли толерантность к психически больным в группе художников?

Данные рассуждения стали основой для выдвижения гипотез и подбора методик.

Целью работы стало выявление особенностей отношения к психически больным среди людей творческих и нетворческих профессий.

Были выбраны следующие методики:

1. Специальная анкета, направленная на выявление степени толерантности к психически нездоровым людям [11].

2. Личностный дифференциал, который позволяет сравнить следующие понятия: "Я сам", "художник", "психически больной", "нормальный человек".

3. Психологический тест СМОЛ (Сокращенный многофакторный опросник для исследования личности) позволит определить наличие или отсутствие акцентуаций в структуре личности, выраженность шизоидных черт и значения по шкале F, имеющие отношение к интересующему нас феномену.

Гипотеза 1: В экспериментальной группе (люди творческих профессий) будет выражено положительное отношение к психически больным.

Гипотеза 2: Количество акцентуированных личностей в группах будет примерно одинаковым, и среди них не будет наблюдаться положительного отношения к психически больным, что свидетельствует в пользу культурного генеза толерантности в творческой среде.

Гипотеза 3: В группе творческих личностей будет наблюдаться выраженная показателя по шкале F и шизоидности, занижение по шкале K, что свидетельствует о стремлении к нестандартности и инаковости.

Все испытуемые, принявшие участие в исследовании, имеют высшее образование. Первую группу составили 59 человек (художники, скульпторы, дизайнеры), вторую группу составили 71 человек (бухгалтеры, менеджеры, администраторы компьютерной сети).

Дополнительная группа — 15 человек, имеющих акцентуации характера по результатам СМОЛ. Группа выделена специально для того, чтобы можно было оценить степень влияния дезадаптивных тенденций на отношение к душевно больным, учитывая и то, что наличие акцентуации по результатам теста резко

повышает вероятность диагностики личностного расстройства.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Данные были статистически обработаны. Показатели в группах имели нормальное распределение и статистически значимую разницу (по критерию Т-Стьюдента для независимых выборок). В экспериментальной группе (творческие профессии) наблюдалось более принимающее и доброжелательное отношение к душевнобольным, чем в контрольной и дополнительной. Так, степень терпимости к душевнобольным в группе творческих профессий составила 71 %, в группе нетворческих профессий — 59 % и в подгруппе акцентуантов — 63 %.

Люди творческих профессий значимо чаще выбирают ответы, указывающие на возможность уважения, вступления в брак, работы с психически больными. Приятно отметить, что полученные цифры выше, чем данные этой же анкеты в 2002 году.

По результатам факторного анализа данных семантического дифференциала мы получили 4 фактора, которые описывают 55 % дисперсии данных. Это факторы: безопасность, упорядоченность, реальность и сложность.

Соотношение исследуемых нами концептов представлено на рисунках 1 и 2.

Все испытуемые хорошо идентифицируют себя с нормальным человеком (см. рис.1), как безопасных и упорядоченных. В то же время психически больные оцениваются как хаотичные, беспорядочные и неопределенные по фактору безопасности. Концепт художника близок по определениям к концепту психически больного, но более безопасный.

На втором рисунке представлено соотношение по последним двум факторам. Видно, что художник и психически больной снова рядом как сложные и нереальные. Нормальный человек и Я — одинаково реаль-



Рис. 1. Наглядное соотнесение концептов между собой по факторам безопасность и упорядоченность.

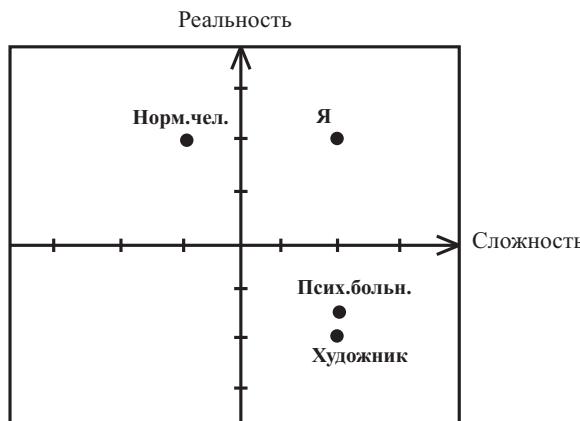


Рис. 2. Наглядное соотнесение концептов между собой по факторам реальность и сложность.

ны, только вот сложность у них разная (нормальный человек представляется несколько упрощенным).

Результаты личностного опросника показали практически одинаковое количество акцентуированных личностей в обеих группах и никакой разницы в выраженности той или иной шкалы опросника. Это значит, что, по крайней мере, среди "простых" художников де-задаптивных личностей не больше, чем среди людей других специальностей. Значит положительное отношение художников к психически больным определяется не их близостью к психопатологическому способу функционирования, а некоторыми другими факторами. Вероятно, этому способствует влияние культурной специфики творческой среды, заключающееся в ассоциации безумия со свободой мысли и творческой фантазией, запечатлением в истории творцов с яркими и трагическими биографиями, что в конечном итоге приводит к романтизации душевной болезни, которая обозначается как божественная болезнь у Платона или творческая болезнь у символистов [12]. Данное предположение, безусловно, нуждается в уточнении и может стать темой отдельной работы.

Итак, мы обнаружили принципиально схожее отношение к психически больным и художникам. А художники, в свою очередь, как представители творческой среды, продемонстрировали более толерантное отношение к психически больным.

В заключении, хочу отметить то, насколько важную роль играет субъективное восприятие себя и самоидентификация в формировании и течении психи-

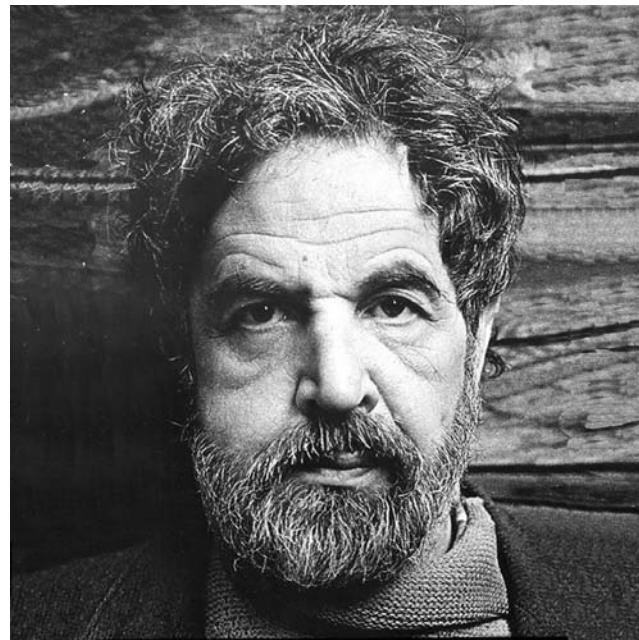
ческого расстройства, ведь именно отношение с другим формирует базис субъективности каждого. Вот почему этому вопросу уделяется большое внимание в современных исследованиях.

Интеграция психически нездоровых людей в творческую деятельность естественным образом уже проходит во многих больницах. Но этот процесс тяготеет то к художественному полюсу (и тогда с больными занимаются художники), то к психотерапевтическому (с больными работают психологи в технике арт-терапии или ТТС) [13]. В свете данной работы более полезным кажется первый вариант, т.к. у больных развиваются непосредственно художественные способности, у них появляется возможность приобрести опыт положительного общения с человеком не из среды помощи, больные могут идентифицировать себя с таким человеком, тогда как идентификация с психологом или психиатром маловероятна.

ЛИТЕРАТУРА

- Фуко М. История безумия в классическую эпоху. — СПб., 1997, 573 с.
- Сас Т. Фабрика безумия: Сравнительное исследование инквизиции и движения за душевное здоровье — Екатеринбург, 2008, 512 с.
- Журавлев И. В. Психолого-лингвистический анализ субъективности // Психологический журнал. 2004. Т. 25, № 4. С. 66 – 74.
- МакВильямс Н. Психоаналитическая психотерапия: Руководство практика — Ижевск, 2016 (с. 106).
- Шевеленкова Т. Д., Твердохлеб Н. А. Отношение к психически больным людям в современном российском обществе // Вестник РГГУ. Сер. "Психология. Педагогика. Образование", 2015, № 2, с. 139.
- Фуко М. Указ. соч. С. 56.
- Ломброзо Ч. Гениальность и помешательство (предисл. проф. Л. П. Григорьева). — М., 1995, 397 с.
- Шувалов А. В., Бузик О. Ж. Вечные спутники: Творчество и шизофрения — М., 2016, 320 с.
- Ясперс К. Стриндберг и Ван Гог: Опыт сравнительного патографического анализа с привлечением случаев Сведенборга и Гельдерлина — СПб., 1999, 238 с.
- Сосланд А. И. Фундаментальная структура психотерапевтического метода, или Как создать свою школу в психотерапии — М., 1999, 368 с.
- Твердохлеб Н. А. Социально-психологические факторы, влияющие на отношение к психически больным людям: дипломная работа. Научн. руководитель Т. Д. Шевеленкова (РГГУ) — М., 2002.
- Сироткина И. Е. Понятие "творческая болезнь" в работах Н. Н. Баженова // Вопросы психологии, 1997, № 4, с. 104 – 116.
- Бурно М. Е. Терапия творческим самовыражением. — М., 1989, 304 с.

Вадим Сидур (1924 – 1986) всегда современен



Выдающийся Мастер, скульптор-авангардист с мировой славой, художник, поэт, изуродованный войной, преследуемый советской властью, сумел создать в предоставленном ему подвале миниатюрные работы такой пронзительной выразительности, что стали монументальными памятниками в немецких городах — Касселе (1974), Западном Берлине (1979), Дюссельдорфе (1985), Вюрцбурге (1993), Констанце — “Памятник современному состоянию”, в Оффенбурге — “Памятник погибшим от любви”, “Портрет Альберта Эйнштейна” (Принстон, США), а в 1992 году и в Москве — памятник “Оставшимся без погребения” и памятник Холокосту в Пушкино.

Созданный им новый лапидарный пластический язык прост, монументален, общепонятен в своей условности, достигает пантеистической мощи и позволяет увидеть всю палитру эмоций и значений в окружающих нас вещах.

Православные активисты (“Божья воля”) в 2015 году повредили ряд его работ¹ подобно активистам эпохи революции, громившим православные храмы, и талибам, уничтожившим бесценные памятники архитектуры в Сирии и Афганистане, — чернь везде одинакова.

¹ Прокуратура отказалась ходатайству МВД о возбуждении уголовного дела по статье о вандализме! Дело сочли мелким хулиганством и ограничились штрафом в 1000 рублей. Но культурная общественность назвала этот погром международным позорищем. Реставрация обошлась в 1,1 миллион рублей.



Памятник “Оставшимся без погребения”

Вадим Сидур (1924 – 1986) всегда современен



Моисей.
Из серии “Барельефы из цикла на библейские темы”. 1972



Треблинка (1966), Берлин

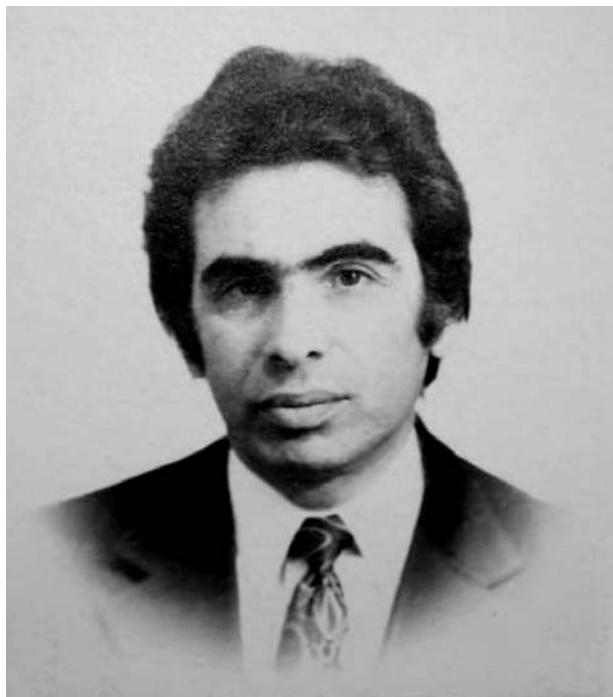


Политбюро

НЕКРОЛОГ

Юлий Иосифович Либерман

(29 февраля 1930 – 14 июля 2019)



14 июля с.г. на 90-м году ушел из жизни известный советский и российский психиатр, доктор медицинских наук, посвятивший научную психиатрическую жизнь работе в академическом Институте психиатрии — с 1981 года Всесоюзном научном центре психического здоровья АМН СССР — под руководством его директора акад. А. В. Снежневского.

Юлий Иосифович Либерман родился в Москве 29 февраля 1930 г. В 1955 окончил лечфак 2-го Московского медицинского института им. Сталина; в 1958 — клиническую ординатуру по психиатрии. И начал работать в оргметодотделе Института психиатрии АМН СССР, еще за 4 г. до директорства Снежневского и затем до последних дней жизни академика.

И уже через год вместе с М. Е. Вартаняном, Э. Ф. Казанцом и В. А. Файвишевским он завоевал главную Премию I молодых ученых (г. Горький, 1959) за эпидемиологическое исследование психической заболеваемости (включая шизофrenию) после ЧМТ у 2000 лиц.

С приходом А. В. Снежневского, Юлий Иосифович поддержал его новейшее направление клинической психиатрической эпидемиологии. После защиты кандидатской диссертации на эту тему (“Роль закрытой черепно-мозговой травмы мирного времени. Эпидемиологическое исследование”, 1964 г.), под руководством проф. чл.-корр. АМН СССР Н. М. Жарикова он стал активным сотрудником в разработке методики стандартизованной идентификации психопатологических синдромов шизофrenии и др. экзогенно-органических и психогенно-реактивных психических заболеваний. Так, один из первых академических Глоссариев был составлен именно ими: Стандартизованные синдромы унификации клинической оценки состояния больных шизофrenией. М., 1970 (сост. Н. М. Жариков, Ю. И. Либерман). И далее при участии Ю. И. Либермана была опубликована последовательная серия Глоссариев и Методических писем МЗ СССР и АМН СССР.

Несмотря на значение этих выпусков Глоссариев как внутренних инструментов Института психиатрии АМН СССР, и в исследовательской работе, и в издании в свет видна строгая научная дисциплина школы акад. Снежневского с персональной ответственностью исполнителей. Так, в “Указаниях по заполнению карты эпидемиологического обследования с Глоссарием клинических терминов (составлено ст. научн. сотр. Отделения эпидемиологии Института психиатрии АМН СССР В. Г. Левитом, Ю. И. Либерманом, Л. М. Шмаоновой), Институт психиатрии АМН СССР, М., 1973, 61 стр.”, доктор мед. наук В. Т. Левит указан и как первый из составителей, и как персонально “Ответственный за выпуск” — на последней странице Указаний, 1973 г.

В 1971 г. Ю. И. Либерман защитил соответствующую докторскую диссертацию: “Материалы клинико-статистического изучения популяции больных шизофrenией (демографические данные и характеристика течения заболевания)”.

В итоге этого направления клинической эпидемиологии школа акад. Снежневского стала мировым лидером психиатрической синдромологии, в которой, например, при шизофrenии (100 синдромов) “процесс достиг своего предела” (Э. Я. Штернберг, 1974).

Юлий Иосифович Либерман

А все наши ученые клиницисты учились и учатся по этим Глоссариям. Ведь и настоящий психический статус, и доказательный психиатрический диагноз невозможны без правильной квалификации психопатологического синдрома, который является краеугольным камнем в построении клинической психиатрии (А. В. Снежневский, 1966, А. С. Тиганов, 2017).

Создавая всю серию академических Глоссариев шизофрении, ограниченной лишь психотическим уровнем, Юлий Иосифович стремился к эпидемиологическому дополнению их пограничными непсихотическими синдромами. Увидев необходимую компетенцию на клинических разборах проф. А. К. Ануфриева, выбрал его. Результатом совместной работы 2-х отделов явился впервые преодолевший нозологическую парадигму общепсихопатологический Глоссарий психопатологических синдромов и состояний (147), (сост. д.м.н. А. К. Ануфриевым, д.м.н. Ю. И. Либерманом, д.м.н. В. Г. Остроглазовым), ВНЦПЗ АМН СССР, 1990 г. Он включал и раздел из 50 пограничных непсихотических синдромов и состояний.

А с достижением синтеза синдромологического и нозологического течений психиатрической мысли стал возможным концептуально новый Глоссарий психопатологических синдромов и состояний. (158), Москва, 2018.

После ухода из ВНЦПЗ АМН СССР Ю. И. Либерман работал профессором кафедры психиатрии ФДПО РНИМУ им. Н. И. Пирогова.

Реконструкция отечественной истории клинической психиатрической эпидемиологии с существенным вкладом проф. Либермана и с её мировыми достижениями еще впереди, поскольку она имеет не только историческое, но и актуальное и перспективное значение для возрождения клинической научной психиатрии XXI века. Об этом до конца заботился Юлий Иосифович. Вечная ему память, пока жива психиатрическая мысль!

Виктор Остроглазов

РЕКОМЕНДАЦИИ

Платон. Софист. СПб., 2019.

Рикёр Поль. Бытие, сущность и субстанция у Платона и Аристотеля. М., 2019.

Бергсон Анри. Мысль и движущееся. М.-СПб., 2019.

Ортега-и-Гассет Хосе. Миссия университета. М., 2019.

Беньямин Вальтер. Судьба и характер. СПб., 2019.

Бодрийяр Жан. Совершенное преступление / Заговор искусства. М., 2019.

Ильинков Эвальд. Абстрактное и конкретное. М., 2019.

Вавилов Антон. Дух и безумие. Диалектика ночи в философии Гегеля. СПб., 2019.

Моисеев Дмитрий. Политическая философия итальянского фашизма. М., 2019.

* * *

Лафатер Иоганн Каспар. Физиognомика. (1772). СПб, 2019.

Мечников Лев Ильич. Культурное значение демонизма. М., 2019.

Бородулин В. И., Каганов Б. С. (ред.). Альманах истории медицины. Вып. 2. М., 2019.

Тополянский В. Д., Тополянский А. В. (сост.). Очерки несовременной медицины. М., 2019.

Тополянский В. Д. Десятая муз. М., 2019. (Это муза провокаций и доносов).

Роорда Анри. Мое самоубийство. М., 2019.

Харари Юваль Ной. 21 урок для XXI века. М., 2019.

Том Николо. Смерть экспертизы. М., 2019.

* * *

Бауман Зигмунт. Ретротопия. М., 2019.

Вдовина Г. В. Интенциональность и жизнь. Философская психология постсредневековой схоластики. М.-СПб., 2019.

* * *

Белла Роберт. Религия в истории культуры от палеолита до осевого времени. М., 2019.

Клейн Лев. Гомеровские штудии (2 томах). СПб., 2019.

Губарев О. Л. Рюрик Сньельдунг. СПб., 2019.

Карл Маркс. Фридрих Энгельс. Манифест коммунистической партии в графической адаптации Мартина Роусона. М., 2018.

Генис В. “Человек политический”. Максималист Добковский и провокаторы. М., 2018.

Рейннер Лариса. Фронт. М., 2018.

Симкин Лев. Собибор/ Послесловие. М., 2019.

Леви Гюнтер. Преступники. Мир убийц времен Холокоста. М., 2019.

Яхнин Э. Д. Штрихи к портрету современника. М., 2018.

* * *

Бабичев Андрей. Прочтение Набокова. СПб., 2019.

Герштейн Эмма. Вблизи поэтов. М., 2019.

Зачевский Е. А. Человек, который лгал, говоря правду. Жизнь и творчество Вольфганга Кёппена. СПб., 2019.

* * *

Сартр Жан-Поль. Венецианский затворник. М., 2019.

Мальгульс Михаил. Мышеловка св. Иосифа. М., 2019.

Эвона Юлиус. Абстрактное искусство. М., 2019.

* * *

Конрад Джозеф. Личное дело. Рассказы. М., 2019.

Кокто Жан. Ужасные дети. Адская машина. М., 2019.

Юродивый Христа ради. Юродивые, блаженные и праведники в русской классике. М., 2019.

ABSTRACTS

On the 30-th anniversary of the Independent Psychiatric Association of Russia membership in the World Psychiatric Association

Yu. S. Savenko

The work answers the question, which was the basis for admission of the IPA of Russia to the World Psychiatric Association 30 years ago.

Keywords: history of IPA of Russia.

On the theory of psychiatry. Going forward, you need to look back constantly.

Yu. S. Savenko

The first step in building the theory of psychiatry is to establish its place among other sciences and professions. In the historical aspect, it is shown that — as one of the sections of anthropology — the subject of psychiatry, its categorical apparatus cover the whole that is more analytically studied by single-layer sciences at all levels, which requires an inter-disciplinary approach. This whole appears over time in an increasingly differentiated form: as an anthropological, personal, biopsychosocial, although it is more correct to talk about a social bio-psychospiritual model of a particular individual.

Keywords: theory of psychiatry, psychiatry as section of anthropology, critic of a socio-biology.

Partnerships for interdisciplinary collaborative global well-being

*Uriel Halbreich, Thomas Schulze, Michel Botbol,
Afzal Javed, Roy Abraham Kallivayalil,
Suhaila Ghuloum, David Baron,
Alexander Moreira Almeida, Michael Musalek,
Wai Lun Alan Fung, Avdesh Sharma,
Allan Tasman, Nikos Christodoulou,
Siegfried Kasper, Gabriel Ivbijaro*

Health is a state of complete physical, mental, and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity. The multifaceted intertwined nature of optimal health, mental health, and well-being requires operational, sustainable interdisciplinary partnerships in order to improve personal and global well-being and happiness. The initial step must be the assessment of the nature and magnitude of local problems in the global context. The WHO annual reports may be an adequate departure point as they can demonstrate the global nature of stressful situations and their association with physical and mental stress-related disorders. Therein, mental health professionals should spearhead change and progress. Attitudes

need to be pro-active and partnerships are essential. Pertinent data should be evaluated by local experts who will determine the needs and how best to face them and achieve solutions. Hopefully, common regional denominators will lead to the formation of Regional Interdisciplinary Collaborative Alliances (RICAs) who will share needed resources and focus particularly on vulnerable populations. The RICAs would be supported by experts and technological facilities located in developed economy centers. The long-term goal is to turn the concept of pursuit of happiness into a well-perceived reality.

Keywords: interdisciplinary, psychiatry, public health, well-being.

Pathokinesis of affective disorders in patients with opioid dependence syndrome

A. A. Shmilovich, V. I. Kon'kov

The study was conducted to determine the clinical correlations between the dynamics of opium addiction and affective disorders. It was possible to trace the dynamics of affective disorders, due to the detection of patients with different lengths of anesthesia of a particular prevailing affect. It is concluded that the abuse of opioids dramatically changes the affective parameters of the psyche, changing the type of affective response from bipolar (euphoria and hypotension) to organic (anxiety and dysphoria). The process of opium transformation of affect ends with its fatal emasculation with the release of the apato-abulic state.

Keywords: opioid addiction syndrome, heroin addiction, pathological addiction to drugs, affective disorders, apato-abulic, dreary, hypotymic, dysphoric, anxiety disorders.

The results of a public inspection of the rights of citizens living in social care homes for people with mental disorders

Yu. N. Argunova

The article is based on the results of a public examination of social care homes for people with mental disorders in Moscow, conducted by the author of the article as a member of the Council of non-governmental organizations for the protection of patients' rights at the territorial body of the Federal Health Service in Moscow and the Moscow Region. The facts of widespread violation of the provisions of the Law on Psychiatric Care, in particular the rules regarding disabled citizens, are given.

Keywords: patient rights; the rights of citizens in the provision of psychiatric care; rights of incompetent citizens; social care homes for people with mental disorders.

**The concept of mental disorder “before” and “after”
(To the 100th anniversary of the October Revolution)****B. A. Voskresensky**

The psychiatric criteria of norm and mental illness are socially significant, as they can be used as tools of social manipulation. With the help of cultural and historical information, the predominance of a fatalistic-biological and the opposite subjective-voluntaristic approach to solving the question of mental norm and pathology in the pre-revolutionary period is shown. The Soviet era is characterized by anonymized collectivism, a straightforward ideological orientation. In all these cases, in the diagnosis of mental disorders, voluntarily or involuntarily decisive importance is attached to moral (equally ideological) or purely biological assessments. The most balanced psychiatric norm of the mental health can be defined as the absence of illness. Such a “negative” definition implies that a person is primarily a spiritual being, unlimited in his creative possibilities. How he uses them depends on his world outlook, faith, love.

Keywords: degeneration, voluntarism, subjectivity, re-education, trichotomy.

**Psychotherapeutic plays and “assisted living”
of mental patients****M. E. Burno**

These psychotherapeutic plays tell about life together (at least for the time being) of chronic mentally ill. The

plays are filled with elements of Therapy by means of creative self-expression (M. E. Burno). It is assumed that this kind of dramaturgy can induce the mentally ill sitting in the auditorium to make friends in their similar psychotherapeutic communities. And, thanks to this, it's less likely to get into a hospital and a social care homes for people with mental disorders.

Keywords: therapy by means of creative self-expression (M. E. Burno), therapeutic communities.

**Peculiarities of attitude of people
of creative professions to mentally sick****G. A. Andreeva**

The article is based on the materials of a scientific study devoted to the problem of attitude to the mentally ill in a creative environment and the related issue of the relationship between psychopathology and creativity. As a result, an accepting attitude to the mentally ill among contemporary artists was revealed, criteria were determined by which the mentally ill and artists draw closer together, factors determining these trends in society are outlined.

Keywords: psychopathology and creativity, stigmatization, creative illness, genius and madness, painful creativity.

НПА России может рекомендовать двух кандидатов на

**Стипендию Японского общества
психиатрии и неврологии (JSPN)**

Крайний срок подачи заявок: 15 октября 2019 года

Японское общество психиатрии и неврологии приглашает молодых психиатров всего мира, в частности из Азии, подать заявку на получение стипендии Японского общества психиатрии и неврологии. Целью этой награды является поддержка молодых талантливых психиатров и поощрение академических дискуссий и установления дружеских отношений с молодыми японскими психиатрами на 116-м ежегодном собрании JSPN 18 – 20 июня 2020 года в Сендае, Япония.

Получатели стипендии будут освобождены от регистрационных взносов, им будет обеспечено проживание и денежная выплата в размере 70 000 иен для получателей из стран категорий А и В Всемирного банка и 140 000 иен для стран категорий С и D. Предполагается, что каждый получатель стипендии выступит с докладом на одной из международных сессий, темами которых являются “Психическое здоровье и баланс между трудовой и семейной жизнью психиатров” и “Описание случая” и будет посещать другие программы для получателей стипендии JSPN. Также ожидается, что впоследствии получатели стипендии примут участие в будущих программах выпускников премии JSPN Fellowship Award.

Кандидат должен:

1. Быть моложе 40 лет и иметь 10-летний или менее опыт работы в психиатрии.
2. Не получать ранее стипендии JSPN.
3. Принадлежать к обществу-члену Всемирной психиатрической ассоциации.

(Чтобы обеспечить широкое участие со всего мира, JSPN принимает кандидатуры от каждого общества максимум двух кандидатов.)

Информация о 116-м Конгрессе Японского общества психиатрии и неврологии:

18 – 20 июня 2020 г., Международный центр Сендей / Университет Тохоку Каваучи, Хаги Холл

Президент конгресса Хирооки Ябе (профессор, Медицинский университет Фукусимы)
Тема: Критика психиатрии сегодня как ориентир на ближайшие 10 лет

Детали подачи заявки можно посмотреть здесь:

https://www.jspn.or.jp/modules/english/index.php?content_id=86

Кандидаты должны подать заявку через систему он-лайн регистрации:

https://reg.c-linkage.co.jp/jspn116_fellowship/mypage/