

ISSN 1028-8554

НЕЗАВИСИМАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ АССОЦИАЦИЯ РОССИИ
INDEPENDENT PSYCHIATRIC ASSOCIATION OF RUSSIA

**НЕЗАВИСИМЫЙ
ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ**

**INDEPENDENT
PSYCHIATRIC
JOURNAL**

**ВЕСТНИК НПА
IPA HERALD**

IV

2019

МОСКВА

Издание НПА

Регистрационный номер журнала 0110764

В соответствии с требованиями Минюста РФ, читать всюду “Независимая психиатрическая ассоциация России” как «Общероссийская общественная организация “Независимая психиатрическая ассоциация России”»

МЕЖДУНАРОДНЫЙ
РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ
ПО ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКОЙ
ПСИХИАТРИИ

Альфред Краус (Гейдельберг)
К. В. М. Фулфорд (Варвик)
Майкл Шварц (Бостон)

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Ю. С. Савенко (гл. редактор)
Ю. Н. Аргунова
И. М. Беккер
М. Е. Бурно
Л. Н. Виноградова (зам. гл. ред.)
Б. А. Воскресенский
П. Ю. Завитаев
С. А. Игумнов
В. Е. Каган
В. А. Кажин
В. В. Мотов
Б. Н. Пивень
П. А. Понизовский
В. Д. Тополянский
А. А. Шмилович

INTERNATIONAL
EDITORIAL COUNCIL
ON PHENOMENOLOGICAL
PSYCHIATRY

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

EDITORIAL BOARD

Yuri Savenko (Editor-in-Chief)
Yulia Argunova
Isaak Bekker
Mark Burno
Liubov Vinogradova
Boris Voskresensky
Peter Zavitaev
Sergey Igumnov
Victor Kagan
Vitaly Kazin
Vladimir Motov
Boris Piven
Pavel Ponizovsky
Victor Topolyansky
Andrey Shmilovich

Сдано в набор 3.12.2019. Подписано в печать 18.12.2019. Формат 60×84¹/₈.
Бумага типографская офсет № 1. Гарнитура “Таймс”. Печать офсетная.
Заказ № 2019-4-ИРА.

Цена свободная

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

СОДЕРЖАНИЕ

190 ЛЕТ. ИВАН МИХАЙЛОВИЧ СЕЧЕНОВ	5
140 ЛЕТ. ГУСТАВ ГУСТАВОВИЧ ШПЕТ.	6
130 ЛЕТ ПЕДОЛОГИИ	8
130 ЛЕТ. СЕРГЕЙ ЛЕОНИДОВИЧ РУБИНШТЕЙН	9
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ	
К теории психиатрии. Идя вперед, нужно постоянно оглядываться назад. Часть 2 — Ю. С. Савенко	12
Вавилонская башня: что препятствует интеграции психиатрии в первичную медицинскую помощь — А. Е. Бобров, Т. В. Довженко, Е. Г. Старостина, О. А. Субботникова	20
Суицидология в учебе и практике отечественных медицинских работников — Е. Б. Любов, П. Б. Зотов, В. А. Розанов	27
КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ	
Психопатологическая загадка БОМЖа — А. А. Шмилович, П. С. Свечникова	32
ПСИХИАТРИЯ И ПРАВО	
Оспаривание диагноза психического расстройства в судебном порядке — Ю. Н. Аргунова	51
ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА	
Кого и как должны защищать психиатры?	60
Чьи интересы важнее: пациента или государства?	64
ДОКУМЕНТЫ ВРЕМЕНИ	
Доклад Европейского комитета по предупреждению пыток, часть 1	65
Обращение к Президенту по поводу реформирования ПНИ	82
ИСТОРИЯ	
180 лет. Теодюль Арман Рибо	86
160 лет. Анри Бергсон.	87
160 лет. Пьер Мари Жанэ	88
СТУДЕНЧЕСКИЕ РАБОТЫ	
Правовое регулирование обязательств по кредитным договорам с участием недееспособных и частично дееспособных граждан, а также их опекунов и попечителей — Я. А. Корбут	89
ХРОНИКА	
Грандиозный резонанс акции якутского шамана	92
“Психическая слепота”.	93
Позорная акция унижения науки	93
Кошунство в двухстах шагах от Кремля.	94
Выборы в Российскую академию наук.	94
Круглый стол в Совете Федерации	94
ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ТВОРЧЕСТВО	
Франсиско Гойя — Сальвадор Дали	96
Психиатрия в литературе: “Дом сумасшедших” А. Ф. Воейкова — С. В. Мотов, В. В. Мотов.	98
НЕКРОЛОГ	
Владимир Константинович Буковский	104
РЕКОМЕНДАЦИИ	106
АННОТАЦИИ	107

CONTENT

190 YEARS. IVAN MIKHAILOVICH SECHENOV	5
140 YEARS. GUSTAV GUSTAVOVICH SHPET	6
130 YEARS OF PEDOLOGY	8
130 YEARS. SERGEY LEONIDOVICH RUBINSTEIN.	9
URGENT PROBLEMS OF PSYCHIATRY	
To the theory of psychiatry. Going forward, you need to look back constantly. Part 2	
— Yu. S. Savenko	12
Tower of Babel: what prevents the integration of psychiatry into primary health care	
— A. E. Bobrov, T. V. Dovzhenko, E. G. Starostina, O. A. Subbotnikova	20
Suicidology in training and practice of Russian medical workers	
— E. B. Lyubov, P. B. Zotov, V. A. Rozanov	27
DISCUSSION OF A CLINICAL CASE	
The psychopathological mystery of the homeless — A. A. Shmilovich, P. S. Svechnikova	32
PSYCHIATRY AND LAW	
Challenging the diagnosis of mental disorder in a judicial proceeding — Yu. N. Argunova	51
FROM AN EXPERT'S DOSSIER	
Whom and how should psychiatrists protect?	60
Whose interests are more important: the patient or the state?	64
DOCUMENTS OF EPOCH	
Report of the European Committee for the Prevention of Torture, part 1	65
Address to the President on the Reformation of the Social care homes for people with mental disorders	82
HISTORY	
180 years. Theodule Arman Ribot.	86
160 years. Henri Bergson	87
160 years. Pierre Marie Janet	88
STUDENT WORKS	
Legal regulation of obligations under loan agreements with the participation of incompetent and partially incompetent citizens, as well as their guardians and trustees — Ya. A. Korbut	89
CHRONICLE	
The grand resonance of the action of the Yakut shaman	92
“Mental blindness”	93
Shameful humiliation of science	93
Blasphemy 200 steps from the Kremlin	94
Elections at the Russian Academy of Sciences	94
Round table in the Federation Council	94
PSYCHOPATOLOGY AND CREATIVENESS	
Francisco Goya — Salvador Dali	96
Psychiatry in Literature: “The Lunatic Asylum” by A. F. Voeykov — S. V. Motov, V. V. Motov	98
OBITUARY	
Vladimir Konstantinovich Bukovsky	104
RECOMMENDATIONS	106
ABSTRACTS	107

ЮБИЛЕИ

190 лет Иван Михайлович Сеченов 1829 – 1905



Иван Михайлович Сеченов — основоположник отечественной физиологической школы и естественно-научной теории психологии, внесший выдающийся вклад в мировую науку.

“Иван Михайлович Сеченов родился в селе Теплый Стан Симбирской губернии в просвещенной дворянской семье. Его отец был отставным офицером; круг его друзей и близких включал семьи Ляпуновых, Боткиных, Крыловых, Филатовых, чьи имена вошли в историю русской культуры. До 14 лет Сеченов обучался дома. Дальнейшее образование он получил в Главном инженерном училище в Петербурге, где тогда учился Ф. М. Достоевский. После недолгой службы в армии в 1850 г. Сеченов поступил в Московский университет.

После окончания медицинского отделения университета в 1856 г. Сеченов несколько лет работает у крупных физиологов Европы¹. Там же он пишет свою докторскую диссертацию “Материалы к будущей физиологии алкогольного опьянения”, опыты для которой Сеченов ставит на себе!

Атмосфера шестидесятых годов оказала сильное влияние на молодого Сеченова; по-видимому, он сам служил прообразом Кирсанова в романе Чернышевского “Что делать?”, так же, как и будущая жена Сеченова была прообразом Веры Павловны. Диссертацию он защищает в Медико-хирургической академии в Петербурге, куда в 1860 г. был приглашен адъюнктом, а затем назначен профессором кафедры физиологии. Однако через 10 лет Сеченов вынужден был уйти из Академии. Некоторое время Сеченов работал в лаборатории у Д. И. Менделеева. Затем в течение ряда лет он был профессором Новороссийского (в Одессе), Петербургского и, наконец, Московского (с 1891 г.) университетов.

Исключительно одаренный и яркий человек, прогрессивный по своим научным и общественным убеждениям, блестящий лектор, Сеченов был горячо любим среди студентов и едва терпим начальством. Только в 1898 г. Сеченов был избран членом-корреспондентом — иногородним членом Императорской Петербургской Академии наук, а за год до смерти — почетным академиком. В 1901 г. Сеченов вышел в отставку, чтобы, по его выражению, “дать дорогу молодым силам”.

Сеченов занимался многими проблемами физиологии и психологии. Им написана одна из первых монографий по физиологии труда: “Очерки рабочих движений” (1892); ряд его открытий и представлений оказал большое влияние на развитие физиологии. Исключительное значение имели работы Сеченова по газовому анализу крови. Однако наибольшее значение, выходящее далеко за пределы своего предмета, имеют его “Рефлексы головного мозга”, где впервые

¹ Три с половиной года работал в Берлине в лаборатории Иоганна Мюллера и Дюбуа-Реймонда, который, как и Карл Людвиг (Вена) стал его другом, а также у О. Функе (Лейпциг) и Германа фон Гельмгольца (Гейдельберг).

проблемы психологии решались с позиций физиологии, с естественнонаучных позиций. Первоначально Сеченовым была написана статья для журнала “Современник”, но она была запрещена цензурой. В виде книги “Рефлексы головного мозга” вышли в 1863 г. Однако книга сразу подверглась судебному преследованию. Когда его друзья спросили, какого адвоката он думает привлечь, то, по словам публициста Анненского, Сеченов ответил: “Зачем мне адвокат? Я возьму с собой в суд лягушку и проделаю перед судьями все мои опыты; пускай тогда прокурор опровергает меня...” (С. П. Капица, 1973).

Работая позднее в лаборатории Клода Бернара, открыл центральное торможение, получившее его имя, ввел психологию в качестве фундаментального понятия двигательные реакции, которые, как и центральное торможение стали основой объяснения волевых

актов и становления личности (“Элементы мысли”, 1878, 1903). Но еще в 1863 году опубликовал знаменитую работу “Рефлексы головного мозга”, переведенную на английский язык в 1935 г., в которой обосновал рефлекторную природу сознательной и бессознательной деятельности, где рефлекс трактовался, как гибкое согласование движения в соответствии с окружающей средой. Им были открыты суммация в нервной системе, наличие биоэлектрических процессов мозга, дыхательная функция крови и др. В 1873 г. в работе “Кому и как разрабатывать психологию?” предложил программу построения новой объективной психологии.

Сеченов был противником авторитарного политического режима и находился под надзором полиции. Его труды послужили основой для школ И. П. Павлова и В. М. Бехтерева.

140 лет
Отец русской феноменологии, герменевтики
и психологической антропологии
Густав Густавович Шпет
1879 – 1937

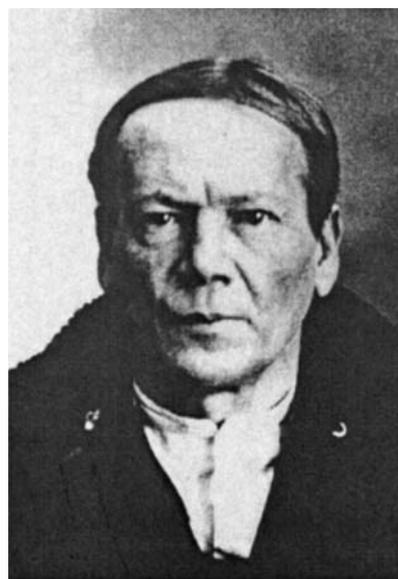
После Владимира Соловьева Густав Густавович Шпет — самый выдающийся отечественный философ-феноменолог, создатель отечественной герменевтики (1914), психологической антропологии (1917), феноменологической эстетики (1922), впервые употребивший в русской литературе термин “семиотика” (1916) и развивший семиотический подход, который

лег в основу работ Московского лингвистического кружка, искусствовед, литературовед, педагог, организатор вместе с Г. И. Челпановым Института психологии и многого многого другого.

Это был необыкновенно всесторонне одаренный человек, владевший 17 языками, остро критический, независимый, ироничный ум, внесший крупный



Г. Г. Шпет. Незадолго до ареста



Г. Г. Шпет. Тюремная фотография

вклад во все сферы своей многообразной деятельности. Это был один из любимых учеников Э. Гуссерля (1910 – 1913), с которым он потом переписывался, впервые приложивший феноменологию к социальной жизни, предвосхитивший поворот европейской философии от феноменологии к герменевтике. Это был первый русский философ, который мог на равных говорить с лидерами европейской философии и который ввел своими трудами отечественную философию в русло мировой философии.

Г. Г. родился в Киеве. Окончив там два курса физико-математического факультета, был исключен и выслан “за хранение и распространение” социал-демократической литературы, через год восстановился на историко-филологический факультет, активно участвуя в психологическом семинаре Г. И. Челпанова, сразу обнаружив незаурядный уровень. Его первые работы “Память в экспериментальной психологии”, “Проблема причинности у Юма и Канта” относятся к 1905 г. Уже в первой из них он с редкой проницательностью показывает несостоятельность всех разнообразных версий “теории следов”, которая — вопреки парадигматической архаичности самого стиля мышления — до сих пор определяет представления наших психиатров. Шпет подробно критически разбирает аргументацию не только психологов вундтовской ориентации, но и столпов психиатрии Пауля Флексига, Теодора Мейнерта, Г. Маудсли, С. С. Корсакова. Он рецензирует, переводит и редактирует множество философских и психологических монографий, в частности “Мозг и душа” Г. Челпанова и А. Фореля (проблема, разделявшая в России Кавелина и Челпанова с Сеченовым), пишет обзоры. В 1907 г. по приглашению Челпанова переезжает в Москву как приват-доцент Московского университета, активный участник Московского психологического общества. Политическое прошлое лишило его права преподавать в государственных учебных заведениях, поэтому он преподает на Высших женских курсах и в Народном университете им. Шанявского. В 1910 – 1913 гг. стажировался в университетах Берлина, Парижа, Эдинбурга и Геттингена, где сближается с Гуссерлем, результатом чего стала выдающаяся работа “Явление и смысл” (1914). Резко критикует с этих позиций книгу В. Зеньковского о психической причинности. Резкость тона легко создавала ему недоброжелателей. В 1916 году защищает монументальную диссертацию “История как проблема логики” (1100 стр.), где за два года до Шпенглера закладывает новую методологическую основу исторической науки. Впервые опубликованная в 2002 году, она по-прежнему актуальна. В 1917 – 1918 гг. выходит одна из наиболее значительных его работ “Предмет и задачи этнической психологии”, он работает над книгами “Психологическая антропология” (1917) и “Герменевтика и ее проблемы” (1918), которые опубликованы только в 1989 – 1991 гг. В 1919 – 1920 гг. активно

участвует в работе Московского лингвистического кружка (Р. Якобсон, Г. Винокур, Р. Шор, Б. Ярхо), организует при Московском университете первый в России кабинет этнической психологии. В 1921 году он — директор созданного им Института научной философии. Основывает Вольную ассоциацию творческой и вузовской интеллигенции в Петербурге. Вице-президент Государственной Академии Художественных Наук (ГАХН). В 1922 г. — единственный — добивается через Луначарского отмены своей высылки из России на “философском пароходе”. Пишет “Очерк развития русской философии”, “Эстетические фрагменты”, “Театр как искусство”. В 1924 г. — знаменитая полемика с Б. Ярхо. В это время Шпет еще и заместитель председателя Всероссийского союза писателей, и постоянный член Художественного совета МХАТа. Его друзья — А. Балтрушайтис и А. Белый. В 1927 г. выходят “Введение в этническую психологию” и “Внутренняя форма слова”, где он, развивая традиции В. Гумбольда, впервые подводит фундамент под теорию внутренних форм. В 1928 году, когда Шпет был выдвинут в члены Академии Наук, началась ее советизация и чистка. В 1930 г. он был уволен из ГАХН по сокращению штатов. Ему запрещено занимать руководящие должности и преподавать. Даже разрешения на переводческую деятельность удалось добиться с большим трудом. В 1931 – 1935 гг. Шпет принимает активное участие в постановках Мейерхольда, Таирова и Станиславского, переводит Байрона, Диккенса, Теккерея, пишет к ним, а также к 10 трагедиям Шекспира грандиозные комментарии.

В 1935 году Шпет арестован по сфабрикованному делу о создании немецкой фашистской организации. Предлогом послужили участие в составлении немецко-русского словаря под редакцией Е. Мейер и кампания по аресту людей с немецкими фамилиями (по происхождению он был поляк). К тому же Шпет был женат на племяннице Александра Гучкова. Шпет был сослан на пять лет в Енисейск, хлопотами МХАТа переведен в Томск. Даже переводы он был вынужден публиковать анонимно. Он переводит Теннисена, “Три разговора” Д. Беркли и “Феноменологию духа” Гегеля. Этот выдающийся перевод был опубликован только в 1959 году без имени автора. В 1937 году Шпет был расстрелян.

Хотя Шпет был реабилитирован еще в 1956 году, его труды начали возвращаться только с середины 1980-х годов.

Феноменологические, герменевтические и антропологические вклады Шпета, его диалектическая философия языка, работы по логике, эстетике, лингвистике, филологии, искусствоведению, его концепции национальной идентичности, причин отставания отечественной философии и психологии, феномена “русской интеллигенции” и многие другие целиком сохранили свою значимость и спустя 100 лет.

Как справедливо пишут В. П. Зинченко и Т. Д. Марциновская, Г. Г. Шпет остается непрочитанным, неуслугоуемым, неинтегрированным многими поколениями психологов, включая и настоящее. Он труден, он значительно превосходит нынешний уровень обсуждения, так как в его лице психолог совмещается с выдающимся философом-феноменологом и герменевтиком. Читая его, каждый понимает его на своем уровне. Его ироничный, свободный от предвзятости стиль мышления располагает к разным прочтениям. Он неизбежно отторгался поколениями, воспитанными на материализме, марксизме, прогрессизме,

тем более как репрессированный. Между тем, он превосходил самых чтимых сейчас своих младших современников М. М. Бахтина и Л. С. Выготского, творивших в заданном пространстве официальной идеологии.

Перед нами автор, который — адекватно прочитанный — с необходимостью должен быть введен в научный оборот отечественной и мировой психиатрии. В 2005 – 2010 гг. издано 10 томное собрание работ Шпета и 5 томов о нем.

Ю. С. Савенко

130 лет педологии 1889 – 1936

Одним из первых с 90-х годов XIX века “антропологических поворотов” еще в позитивистскую эпоху была наука о подростке — педология. В XX веке такой поворот произошёл в психологии (В. Штерн, 1906 – 1924, Г. Шпет, 1917), в психиатрии (К. Ясперс, 1913 – 1923), в философии (М. Шелер, 1921), в исторических науках — “историческая антропология” — изменение человека во времени (журнал “Анналы” с 1929 г.).

Идея педологии и ее практическое воплощение — объединение данных всех наук о ребенке — принадлежит Стэнли Холлу (1884 – 1922), автору первой в США докторской диссертации по психологии (1878), организатору первой экспериментальной психологической лаборатории (1883) и первого психологического журнала (1887), организатору и первому президенту Американской психологической ассоциации (АРА). С 1889 по 1920 г. он — ректор Университета Кларка, выдающийся организатор и борец за общество, где воспитание детей осуществляется на научной основе.

В 1889 г. он организует первую педологическую лабораторию, а в 1904 г. издает фундаментальную двухтомную работу “Подросток: его психология и отношения с физиологией, антропологией, социологией, сексуальностью, преступностью, религиозностью и обучением” (“Adolescence”). В 1909 г. он пригласил Фрейда и Юнга, что послужило распространению психоанализа в США. Педология в его редакции была, прежде всего, эмпирической комплексной наукой о ребенке. Он не был теоретиком и опирался на эволюционную теорию рекапитуляции Э. Геккеля и представления Ламарка. Несмотря на опровержение этих теоретических устоев, педология быстро приобрела популярность во многих странах и наибольшего разностороннего успеха добилась в советской России в 1925 – 1935 гг. Педология стремилась быть, прежде всего, целостной междисциплинарной наукой, ин-

тегрирующей данные всех частных наук о ребенке в динамике его развития, в конкретной социальной среде, в процессе педагогических усилий управлять этим развитием. Широкая сеть педолого-педагогических консультаций и научных учреждений, в унисон с диспансерной сетью Л. М. Розенштейна, в свою очередь позаместованная у системы противотуберкулезных диспансеров (как социального, в значительной мере тюремного заболевания), была, пожалуй, наиболее развитой в мире. Лидерами отечественной педологии были наиболее выдающиеся представители нашей психологии: М. Я. Басов, А. Б. Залкинд, Л. С. Выготский, П. П. Блонский, а также основатель отечественной психотехники И. Н. Шпильрейн и отец отечественной педагогической психологии А. П. Нечаев. Все они непосредственно соприкасались с психиатрией.

В декабре 1930 г. после процесса промпартии Сталин выдвинул задачу борьбы на два фронта — против идеализма и механицизма. И весной 1931 г. с этими формулировками развернулась травля педологии. Она началась с Басова руками его собственных аспирантов и коллег. И осенью 1931 г. он умер в 39-летнем возрасте после Постановления ЦК ВКП (б) “О начальной и средней школе”. Луначарский был заменен А. Бубновым, начальником политуправления Красной армии, а вся психотехника и педология организационно подчинены и включены в психоневрологию. В 1932 г. все новации в школе объявлены “скрытым троцкизмом” и “гнилым либерализмом”, и вводится “твердая дисциплина”, главу педологии Залкинда снимают с поста директора Института психологии, педологии и психотехники и главного редактора журнала “Педология”. В 1933 г. в этой атмосфере травли, коснувшейся и его, умер на операции Ганнушкин. В 1934 г. ликвидирован журнал “Психотехника и психофизиология труда”, а также вся разветвленная система психотехнических учреждений, ликвидировано 29 педологических институтов. И в результате травли

умер Выготский в 38-летнем возрасте и Розенштейн в 50 лет. В 1935 г. следуют арест и ссылка семьи Розенштейна и ссылка Нечаева, в прошлом директора Московского института психиатрии, разгромленного в 1924 г. (тогда это было за критику курса на особую советскую психологию и наличие в структуре Института лаборатории психоанализа, к которому благоволил Лев Троцкий). В январе 1936 г. арест лидера психотехники Шпильрейна, а после Постановления ЦК ВКП (б) “О педологии...”, объявленной “лженаукой”, умирает Залкинд в 50 лет, а сразу после съезда психиатров в конце 1936 г. — директор Московского института психиатрии В. А. Внуков в 48 лет. В 1937 г. расстрелян Шпильрейн в 46 лет, а также один из самых талантливых психиатров Н. П. Бруханский и самый выдающийся философ Г. Шпет.

Аналогичные процессы шли в Германии, где с приходом к власти в январе 1933 г. национал-социалистов руководители немецкой психотехники Вильям Штерн и Отто Липман были уволены как евреи, Штерн эмигрировал, а Липман был убит, 10 % психологов лишилось работы. Психотехника, как и психоанализ, подвергались преследованиям, как “еврейские”, “космополитические”. Но только в апреле 1942 г. психотехническая служба была ликвидирована в армии. Причиной называют, как и в СССР, низкие оценки сыновей Жданова, Кейтеля, племянника Геринга и др. Хотя верные прогнозы в армии превышали 80 %. Работа на нацистский режим стала одной из причин отказа от самих терминов “психотехника” и “евгеника”. Термин “педология” в Европе использо-

вался только в Бельгии (Николай Курек “История ликвидации педологии и психотехники”. СПб, 2004).

Все названные отечественные педологи были выдающимися учеными мирового уровня. Это была вершина развития отечественной психологии, правильнее сказать, психологической антропологии и персонологии. Аналогичное отношение к ученым и науке знала только нацистская Германия, но только 12, а не 70 лет. Страх, даже в отношении упоминания педологии, сохранялся более полу столетия. Если сотрудничавшие с нацистским режимом такие крупные фигуры как Мартин Хайдеггер в философии, Феликс Крюгер в психологии, Карл Шнайдер и Карл Густав Юнг в психиатрии, как и многие другие, не выпадали из ссылочного аппарата, то у нас имена расстрелянных выдающихся ученых Н. П. Бруханского, Г. Г. Шпета, И. Н. Шпильрейна или затравленных Выготского, Басова и многих других были долго табуированы. Между тем, их труды до сих пор актуальны, обнаруживая востребованность в силу очередного антропологического поворота. Тем не менее, и в США мы обнаруживаем самонадеянный антиисторизм в отношении даже первого президента Американской психологической ассоциации и первого в мире педолога. До сих пор в некоторых американских словарях и энциклопедиях пишут о “ненаучном характере работ Стэнли Холла и Арнольда Гезела и работ большинства их коллег” (“Concise Encyclopedia Psychology”, 2 ed., 1996, R. J. Corsini, A. J. Auerbach, русск. пер. 2003).

130 лет Сергей Леонидович Рубинштейн 1889 – 1960

Выдающийся отечественный психолог и философ, создатель деятельностного подхода в психологии Сергей Леонидович Рубинштейн родился в Одессе в семье известного адвоката. С детства страдал болезнью сердца и первое образование получил дома. Блестяще знал мировую литературу, очень рано познакомился с отечественной и западной философией и проникся этическими проблемами Толстого, Достоевского и Бердяева, увлекался математикой, свободно владел тремя европейскими языками, греческим и латынью. Отказ царя на прошение учиться в университетах России, закрытых для евреев, вынудил уехать в Германию, обучался в 1909 – 1913 гг. в университетах Фрайбурга, Берлина и Марбурга, где защитил докторскую диссертацию, посвященную использованию философских методов в прикладных науках.

Этот методологический подход, характерный для Марбургской школы, “панметодизм” ее главы Пауля Наторпа (“Общая психология” 1912 г.)², сохранился у Рубинштейна, как и влияние “критического персонализма” Вильяма Штерна. В 1913 г. из-за материальных трудностей семьи отказался от блестящих предложений профессорской карьеры в Европе, вернулся в Одессу на преподавательскую работу в гимназии. Поворотную роль сыграла, как прежде смерть Льва Толстого, встреча с известным психологом Н. Н. Ланге, который пригласил его на свою кафедру филосо-

² С 1905 г. на кафедре Наторпа работал Николай Гартман, который в 1907 г. защитил там докторскую диссертацию, а в 1924 г. возглавил кафедру. Но еще в 1921 г. перешел на позиции феноменологии Гуссерля.



фии и психологии Новороссийского университета (Одесса), которую он возглавил в 1922 г. Однако конфликт с профессурой, возражавшей против методов и содержания его курса, в частности, теории Эйнштейна, заставили его уйти из университета на заведование Одесской публичной библиотекой. Он использовал этот период для углубления своего образования, поездок к представителям разных школ европейской психологии и окончательной выработки своей собственной концепции философской антропологии. В 1930 г. его пригласил занять кафедру психологии в Ленинградском педагогическом институте им. А. И. Герцена М. Я. Басов (1892 – 1931), руководитель педологической кафедры этого института, который, чтобы отграничить свой подход от подхода рефлексологов и бихевиористов, вместо их центральной категории “поведение” впервые ввел ставшую центральной в отечественной психологии категорию “деятельности” в марксовом понимании, т.е. центрирующую роль труда. Объединить процесс деятельности с категорией сознания, которое было вне поля зрения Басова, объяснить, как оно формируется в этом процессе, — таков был подход Рубинштейна. В Ленинграде преобладали приверженцы бехтеревской рефлексологии и “Павловских сред”, но здесь был и

А. А. Ухтомский. На квартире Рубинштейна собирались Выготский и Леонтьев, Ананьев и Рогинский. Рубинштейн руководил кафедрой с 1930 по 1942 гг. В годы блокады Ленинграда проявил в качестве проректора высокое мужество, организовав консультативную помощь в деле маскировки, радиолокации, психологии немецкой армии, использовавшей Ganzheit-психологию Ф. Крюгера³, обеспечив работу и эвакуацию института, после чего был отозван в Москву где создал и возглавил кафедру психологии МГУ им. М. В. Ломоносова (1942 – 1949), на которую привлек А. Н. Леонтьева, А. Р. Лурию, Б. В. Зейгарник, П. Я. Гальперина и др., и оставался директором Института психологии АПН до 1945 г., когда создал и возглавил сектор психологии в Институте философии АН СССР (1945 – 1949, 1956 – 1960). Один из основателей журнала “Вопросы психологии” (1955) и Общества психологов СССР (1957).

Тяжелый идеологический прессинг сопровождал жизнь и деятельность Рубинштейна на протяжении всей советской власти, так как сам предмет психологии подвергался нападкам и неоднократно приходилось отстаивать статус психологии как самостоятельной науки. Хотя в 1937 г. ему присудили степень доктора педагогических наук (по психологии) за руководство “Основы психологии” (1935), но заставили переработать книгу, несмотря на достаточную в ней порцию грамотного у него марксизма, как автора “Проблем психологии в трудах Карла Маркса” (1934)⁴. Эти руководства долгое время были единственными в преподавании психологии. Издание “Основ психологии” 1940 г. получило даже в 1942 г. Сталинскую премию. В предисловии к нему Рубинштейн, как было положено, каялся: “Мои “Основы психологии” 1935 г. были — я первый это подчеркиваю — пронизаны созерцательным интеллектуализмом и находились в плену традиционного абстрактного функционализма. В настоящей книге я начал решительную ломку ряда устаревших норм традиционной психологии”. В главе “История психологии” критике подвергались даже авторы, которые оказали на него очевидное влияние как, например, Штерн и Басов. Эта вынужденная критика и обильные ссылки на Маркса, Энгельса, Ленина не спасли Рубинштейна. Над ним постоянно висело полученное за границей образование, которое рассматривалось как зло, как и его установка на необходимость сохранения связей с мировой психологией и междисциплинарность, которые по-

³ Ganzheit-психология (психология целостности) лидера с 1917 г. 2-ой Лейпцигской школы Феликса Крюгера (F. Kueger, 1874 – 1948), согласно которой, в отличие от гештальт-психологии, любой психический процесс не ограничивается сознательной когнитивной структурой, а насыщен аффективно-мотивационным ценностным смыслом. С 1927 г. председатель Немецкого философского общества. Дискредитировал себя тесной связью с нацизмом.

⁴ Основоположник Московского института психологии и его директор в течение 10 лет Г. А. Челпанов был заменен советской властью К. Н. Корниловым, который обещал создать специфически советскую марксистскую психологию, но марксизма не понимал, как подробно показал “идеалист” Челпанов.

служили основанием для обвинений в космополитизме, преклонении перед иностранщиной. В последовавших кампаниях 1947, 1948, 1950 и 1951 годов он был объявлен “агентом империализма”. На дверях аудиторий, где он еще читал лекции, вывешивался плакат “Долой космополита Рубинштейна!”. Он был снят со всех должностей и постов, подвергнут уничижительной критике, был рассыпан набор его новой книги “Философские корни психологии” (1947). Разгромной критике и осуждению подвергнуто и значительно дополненное издание его “Основ общей психологии” 1946 г. Последовали бесконечные грубые проработки в газетах, журналах, во всех столичных институтах и пединститутах по всей стране. Заведующим кафедрой психологии вместо Рубинштейна стал Б. М. Теплов, а после его ухода А. Н. Леонтьев (с февраля 1951 г.). От него требовали, чтобы он публично покаялся и сам подал заявление об уходе. Только по настоянию президента АН СССР С. И. Вавилова он остался в Институте старшим научным сотрудником. Восстановлен в правах в 1954 г. Опубликовал “Бытие и сознание” (1957), “О мышлении и путях его исследования” (1958), “Принципы и пути развития психологии”

(1959). Но даже в упрощенном тексте “Основ психологии” (1940) виден выделявший его выдающийся уровень научной рефлексии. Поражает грандиозный охват и безукоризненный выбор использованной литературы. Текст этого вузовского руководства до сих пор во многих отношениях превосходит современные. Только через 13 лет после его скоропостижной смерти в январе 1960 г. была опубликована последняя рукопись “Человек и мир”.

Основной способ существования психического — процесс, а главный принцип — единство сознания и деятельности, субъектом которого является личность. Ее деятельность определяется ведущим положением внутреннего содержания в качественно усложняющихся зависимостях с внешним на разных уровнях бытия. Единица деятельности — действие, практическое действие — первичная форма мышления. Единица поведения — поступок. Познание осуществляется в процессе преобразования исследуемых предметов посредством практических действий. Человек, изменяя мир, изменяется сам. Его ближайший ученик А. В. Брушлинский и мн.др. воздали ему должное.

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
 Ю. С. Савенко — 2019, 11, 79 – 80

К теории психиатрии.

Идя вперед, нужно постоянно оглядываться назад (продолжение)¹

Ю. С. Савенко

Вторая часть одноименной работы включает изложение значимых для психиатрии современных представлений о религии, как специфически человеческой, глубоко укорененной особенности и ее многообразных формах и эквивалентах, что делает ее принадлежностью культур (социальной) антропологии и проясняет действенность шаманов и психотерапии. На примере принципиального различия психологии и психологической антропологии (тогда как психиатрии, как патологической антропологии, соответствует вся антропология) показана практическая важность категории “ранга” и “ранговой иерархии” в систематике наук.

Ключевые слова: теория психиатрии, психиатрия как раздел антропологии, религия как раздел антропологии, категория ранга в психологии и психиатрии.

“Хотя мы знаем, что человек должен всегда терпеть крушение во всех своих высших и лучших стремлениях, но именно это крушение имеет смысл. Ясперс вспомнил о том, что крикнул один дурак Конфуцию: “Вот человек, который знает, что дело у него не выходит, и все-таки продолжает свое”. Эти слова метко попадают во всякое конечное и окостеневшее знание, но более глубокая истина философской веры остается ими не затронутой”.

Артур Хюбшер, 1962, 1994 [1]

Религия как раздел антропологии и психиатрия²

То, что религия является неотъемлемой и фундаментальной принадлежностью антропологии, следует из того очевидного факта, что не существует религиозных животных, хотя выяснилось присутствие потенции к этому у человека на генетическом уровне, наряду с этическими и эстетическими задатками. Хотя, например, красочное оперение птиц, их ритуальные танцы и пение для нас несомненно красивы, т.е. обладают эстетическими достоинствами, для птиц они играют только важную сигнальную роль. Способность перевода в символический (культурный) план — грандиозный по своему значению шаг развития через пропасть, отделяющую нас от животных. О духовном (трансцендентном³) уровне у них

говорить не приходится, а у первобытного человека из потенции к нему возникает наиболее глубокая архаическая форма религиозности, одушевляющей всю природу, — не только животный и растительный мир, но даже неживую природу (анимизм), отдельные выдающиеся объекты которой, потрясающие воображение, — могучие деревья, причудливые скалы, водопады, грандиозные горы и вулканы, вызывающие священный трепет (амбивалентное чувство одновременных восхищения и страха), — становились предметами культа. Дети до сих пор чувствуют облегчение, когда, ударившись о какой-то предмет, бьют его палкой⁴ [2, 3].

Советская идеологизированная версия происхождения религии утверждала реалистичность сознания первобытного человека, отрицала глубинную укорен-

¹ Начало см. НПЖ 2019, 3, 16 – 22.

² Этот раздел продолжает нашу публикацию “Психиатрия, право и религия: пути взаимодействия” в НПЖ 1999, 4, 51 – 55.

³ Трансцендентное, согласно Канту, это перешагивание, выход за пределы возможного опыта и чистого рассудка.

⁴ В. Г. Короленко. История моего современника. М., 2004.

ненность религиозности, была глуха к захоронениям неандертальцев, из которых следовало, что они верили в жизнь после смерти, оспаривала выдающийся труд Люсьена Леви-Брюля о пралогическом мышлении и его основной особенности — партиципации, как сопричастности, даже отождествления с объектами окружающего мира в попытках ориентироваться в нем. Особенно резкую критику вызывало отождествление пралогического и магического мышления. Хотя Альфред Шторх привел выразительные примеры регресса мышления больных шизофренией к такого рода мышлению, названного им архаическим, Ясперс расценил все это как “не более чем сравнения” [4]. Это повторяло по аналогии общепринятый в ту эпоху биогенетический закон рекапитуляции Эрнста Геккеля (онтогенез повторяет филогенез), давно отвергнутый, но до сих пор сохранившийся в нашей медицинской литературе. Это не единственный общий или магистральный путь развития, а только не более чем внешнее сходство различных путей. И действительно, как показали поздние, конца 30-х годов работы Леви-Брюля [5], как и последовавшие исследования Клода Леви-Стросса [6], пралогическое, магическое, архаическое мышление до сих пор присутствует у большинства нормальных, здоровых людей, что не делает их, также как, например, шаманов, большими шизофренией, хотя может привести к таким выводам догматичных тестологов. Из этих противоречивостей следует, что нельзя ориентироваться на отдельно взятые признаки, как и на единственный знаменатель.

Аналогичным образом Кристоф Вульф (2007) [7] показал, что — вопреки оправдавшемуся прогнозу Макса Вебера о неизбежном нарастании рационализации, формализации, бюрократизации, — “священное не исчезает, а остается вполне актуальным, как отодвинутое, скрытое, вытесненное, забытое”, в частности, “распространением профанной сакральности”. Нельзя забывать итогового вывода самого близкого ученика В. О. Ключевского П. Н. Милокова в его труде “История русской культуры” (1919), что русский народ остался язычником под тонкой пленкой внешней православной обрядности⁵. Это подтвердилось в последующие годы, когда неграмотный “народ-богоносец” кощунствовал и громил храмы. До сих пор у значительного числа верующих соблюдение православных ритуалов аналогично языческому “чур меня” и другим всевозможным суевериям. Наконец, в ряде регионов РФ, в Республике Марий Эл и в Республике Саха — Якутия, язычество в тради-

⁵ “Язычество живет и внутри теистических религий... как ненавистный или “соблазнительный” образ непреодоленного прошлого, который дожидается кризиса официальной веры, чтобы обрести новую жизнь” (С. С. Аверинцев, 2001) [8].

ционном виде исповедуется значительной частью населения.

Одно из определений понятия “религия” в 3-ем томе “Русского семантического словаря” 2003 г. под ред. Н. Ю. Шведовой (стр. 225) — “сложившиеся непоколебимые убеждения, безусловная преданность какой-нибудь идее, принципу, нравственному закону”. И Ясперс говорит о “пугающей уверенности” религиозной истины, которая прерывает подлинную коммуникацию. Это неотлично от профессионального понимания и определения бреда, прежде всего, паранойяльного, т.е. правдоподобного, даже соответствующего действительности, как например, бред ревности при наличии измены или бред изобретательства при успешном изобретении. На классическом примере бреда ревности показано, что удостоверение измены не ведет к разрыву отношений, а к слежке, обыскам, требованию подробных признаний, неспособности оторваться от объекта своей привязанности. О религиозном бреде можно говорить не только в случае фанатичного следования предписаниям своей веры продолжительное время (в отличие от первых лет неопитства), но и в тех, когда в анамнезе и психическом статусе обнаруживаются характерные болезненные проявления. Поэтому лечить паранойяльный бред следует, ориентируясь не на его содержание, а на лежащие за его фасадом выявленные расстройства. Попытки “лечить” “крамольные идеи” бесполезны: это приводит к сознательной диссимуляции либо апатичному поддакиванию, или — значительно реже — индокринации “правильных идей” сломленной, послушной, измененной личности⁶.

Религиозность в обыденном широком понимании — непрременная принадлежность конструктивной способности человеческого сознания, разумеется, в его эмоционально-ценностной целостности. Атеизм не противоречит этому: место религиозности тотчас занимают ее всевозможные эквиваленты. Так, в советскую эпоху квазирелигией была господствующая идеология, которая сама выросла из коммунистических идей раннехристианской секты ессеев (Карл Каутский). Характерно, как русские религиозные философы перешли из марксизма в веру. Отсюда ее нетерпимость к традиционной религии. В современ-

⁶ Драматичная история уничтожения с 1995 г. множества “конкурентных” с РПЦ религиозных организаций, первоначально под надуманным, не выдерживающим критики предлогом “принесения вреда психическому здоровью и деформации личности”, а затем и без предлогов по произвольному толкованию “резинового” закона об экстремистской деятельности и, вплоть до недавнего объявления вне закона “Свидетелей Иеговы”, вопреки тщательно аргументированному опротестованию этого в коллективном письме правозащитных организаций [9] показывает, что тесная связь религии с политико-идеологическим курсом авторитарной власти разрушительным образом действует на нее саму, лишая естественного развития.

ном секулярном мире из генетически заложенных чувства священного и голоса совести, из естественной потребности удовлетворить их в соответствии с социокультуральной микросредой и профессией вырастают различные так называемые гражданские религии. Это кодекс Гиппократа в его современных редакциях и концепция “благоговения перед жизнью” Альберта Швейцера [10], это “философская вера” Карла Ясперса, которая “существует лишь в союзе со знанием” [11], это “донкихотизм” Мигеля де Унамуно⁷, ненасилие и гражданское неповиновение Ганди, это Всеобщая Декларация прав человека, это классический и романтический идеалы гармонии и красоты, это пантеизм Спинозы и Гете: Бог — это Природа и ее законы. Это извечный культ предков, погибших родных, любимых, или то дело, которому посвятил себя и относишься к нему сверхценно. Это культ одной из таких главенствующих, приобретающих автономию ценностей, как Свобода, Власть (Авторитет), Честь, Слава, Любовь, Истина, Солидарность, Право, Мир, Жизнь, Родина. Придание любой из этих ценностей значения Священного, того, чем клянутся перед лицом смерти, придает ему необыкновенную силу, глубину, длительность. Но если раньше клялись на Священном Писании, истово веря в него, то теперь на Конституции, которая у нас только декларация. И так, это тот смысл, которым оказывается индивидуальный Бог в душе. В этом условном значении Бог есть у каждого, и само это слово следует писать с большой буквы. Наряду с этой светской духовностью существуют и безличные религии (буддизм, даосизм, конфуцианство), в которых нет персонификации бога, и нерелигиозная вера, и “безрелигиозное христианство” Дитриха Бонхеффера⁸. Современный протестантизм в лице “диалектической теологии” Карла Барта (1919, 1922)⁹, изверившись под влиянием Первой мировой войны в поведении людей и политиков, начал активно участвовать в общественной жизни, идя в ногу с временем. Д. Бонхеффер, как и Мартин Лютер Кинг, активно боролся за гражданские права. “Мир стал совершеннолетним, человек не нуждается в опекуне в потустороннем мире”. Следует не бороться с секуля-

⁷ Работы Унамуно “Житие Дон Кихота и Санчо” (1905), “Путь к гробу Дон Кихота” (1906), “Трагическое чувство жизни” (1913).

⁸ Выдающийся протестантский теолог, сын Карла Бонхеффера, последователь Карла Барта и экуменистического движения. С приходом к власти Гитлера, который вызвал раскол в лютеранской церкви, тесно связанной с государством, занял действенную антифашистскую позицию. За месяц до конца войны был казнен [12].

⁹ Диалектическая теология противопоставляет *христианскую религию*, как подмену невещного и ненаглядного бога предметными представлениями мифологизированной знаковой системы, *евангельской вере*, которая трансцендентна ко всему человеческому, для которой Бог нечто непредставимое и “совершенно иное” [12].

ризацией, а сохранять веру без посредника — “религии”, которая в условиях тоталитаризма оправдывает его. “Бог — трансцендентен, но существует в центре человеческой жизни, а не за ее пределами”. Необходима светская интерпретация христианства. И согласно Ясперсу, веру нельзя отождествлять ни с религией, ни с иррациональным, как смутным многообразием, она — в ясности.

Наконец, общей чертой постатеистической религиозности является так наз. “бедная вера” или минимальная религия (poor faith, minimal religion) — вера в Бога без исповедания какой-либо конкретной религии — реальность современной общественной жизни.

В соответствии с так наз. “материальной теорией ценностей” основоположника философской антропологии и аксиологии Макса Шелера [13], продолженной “Этикой” Николая Гартмана [14], в определенной мере объективируемой опросником Эдуарда Шпрангера — Гордона Олпорта, их результаты приоткрывают глубинную подоснову мировоззрения, понимаемого как образ действий, поступков, а не самодеклараций.

Хотя Макс Вебер не разделял ценностного монизма, он считал ценностный индифферентизм (фактически релятивизм) более опасным, чем “наивную веру в доказуемость норм и ценностей”. Согласно Ясперсу, и наука может превратиться в суеверие.

Первоначальная нетеистическая религиозность в форме анимизма, тотемизма, фетишизма представляла имманентное человеку свойство, не выделяющее его в собственном сознании из природы, перерастающее в язычество, т.е. политеизм. Но само появление зрелой религиозности представляет ее как трансцендентность. Современное богословие постоянно ищет равновесие между имманентностью и трансцендентностью (С. Гренц, Р. Олсон, 2011) [12]. Общим для современного теизма является интимная коммуникация человека с Богом в различных версиях религиозного экзистенциализма и персонализма.

Религиозность как изначальная форма духовности, возникающая из беспомощности и преклонения перед бесконечно всемогущей сверхъестественной силой, Абсолютом, стала истоком власти, права, морали, философии, науки, искусства.

Религиозная проблематика — это сфера культур-антропологии (этноантропологии, социальной антропологии). Антропологический характер религии выступил в религиозной ритуализации человеческой жизни. Большинство наиболее значимых событий в жизни человека — рождение, зрелость, обручение, смерть, похороны, а также клятвы, исповедания, причащения, благословения, поминовения, а также ежедневный порядок молитв, ежегодные религиозные праздники и седьмой день недели, разбивают монотонность жизни, расцветивая ее разнообразными красками и ритмизируя по календарю, сохраняют древние традиции, объединяют и вдохновляют народ. Без этого жизнь суше, однообразнее, она обеднена и

приземлена, лишена возвышающих подъёмов. Это характерно для всех культур и, собственно, образует эти культуры, их обряды, песни, музыку, угощения, наряды. Эта пронизанность повседневной жизни религиозными предписаниями, ежедневной регламентацией играют огромную, не вполне осмысленную роль в жизни большинства людей, даже, казалось бы, далеких от религии, живущих на ее периферии, питающихся ее потускневшими остатками в зоне профанной сакральности. Гражданские торжества — слабый отблеск, бледная тень того внутреннего воодушевления и духоподъемности, которое дает сакрализация.

Но все религии, кроме бахаизма¹⁰, тоталитарны, что обеспечивает внутреннюю цельность и всеобщую солидарность. И этот “правильно” устроенный мир чреват опрокидыванием, по выражению М. Вебера, в тесную “железную клетку”, как замечательно показал, например, Ингмар Бергман в своем фильме “Фанни и Александр”. Религиозные войны — самые жестокие и опустошительные, всё высокое и достойное оборачивается своей противоположностью, inferнальной пропастью. На примере психически больных многими авторами была показана высокая интеркорреляция сладострастия, жестокости и религиозности. Эти данные были опубликованы П. Б. Ганнушкиным еще в 1901 г., но в русском переводе только в 1964 г. Религиозное содержание сознания возможно при всех формах психических расстройств, из структурных особенностей для него наиболее характерны “эпилептоидные черты личности” и “экстатические реакции и состояния”.

С религией связаны не только садомазохизм, но и жесткий контроль сексуальной и семейной жизни (от женского обрезания до развода), инквизиция с ее пытками, сожжением ведьм, колдунов, еретиков и еретических книг. Ритуальные человеческие жертвоприношения далекой древности продолжают плодить бесчисленные жертвы уже ложными обвинениями в таких жертвоприношениях. Знаменитый процесс Бейлиса (1911 – 1913), расколовший общество, хотя и закончился оправданием Бейлиса, но и подтверждением ритуального убийства на основе показаний вторгнувшегося не в свою компетенцию А. И. Сикорского. Это вызвало бурное возмущение ведущих психиатров всего мира. Экспертизам В. М. Бехтерева, а потом и В. П. Сербского (обе впервые републикованы в НПЖ, 1998, 1 и 2008, 4) противостояла черносотенная публикация “юридического русского литературы” В. В. Розанова “Обонятельное и осязательное отношение к крови у евреев”. Соавтором был отец Павел

Флоренский, который с присущей ему искренностью сказал в отношении ритуального убийства: “И я бы мог”!. Мы видим, что гений злу не помеха. Между тем, процесс был срежиссирован министром юстиции в политических целях, что было удостоверено даже монархистами Шульгиным и Кошко [15]. Широкомасштабная с 1995 г. антисектантская кампания также была инспирирована сверху в помощь РПЦ, задолго до пресловутого взрыва в токийском метро. Срачивание власти с церковью губительно для обеих.

Отношение к религиям должно быть таким же, как к другим культурам, религиозный плюрализм и мультикультурализм соответствуют индивидуализации наших больных, что не отменяет, а предполагает глобализм, универсализм принципов более высокого ранга — терпимости, толерантности, гуманности. Важным шагом в этом направлении была книга Ясперса “Смысл и назначение истории” [11]. Отказ от идеи превосходства какой-то одной позиции, умение понимать других с их, а не своей точки зрения, и употребление понятия “Бог” не только является общим для всех религий, но и объединяет их в экуменистическом движении с его трудной судьбой.

Культур-антропология со своей методологией и концепциями, с классической установкой школы Франца Боаса (с 1909 г.) [16] на уникальность культур и их собственные ценностные ориентации, отказ от абсолютизации установок собственной культуры, приоритет качественных методов исследования, избегание универсальных стандартов, критика упрощенных положений социал-дарвинизма о единстве процессов биологической и культурной эволюции, отрицание наличия высших и низших форм культур и религий, сохраняет свою актуальность. Так, шаман для членов своего племени нередко может добиться большего успеха, чем дипломированный врач для своих пациентов.

Как и во всех других ветвях антропологии, в каждой важен ее исторический разрез, включая развитие самих исследовательских подходов. Здесь значимы методологические новации исторической науки, начиная с подчеркнутого Альфредом Вебером положения, что история не сводится к военно-политическим событиям, а представляет, прежде всего, развитие культуры, науки и техники, стиля мышления и повседневной жизни. Очень важны история верований, система воспитания детей от рождения до совершеннолетия в разных культурах, история медицины. На жизнь поколений XX века выпало живое свидетельство утраты замкнутости культур, успешные попытки тоталитарных режимов деиндивидуализировать свое население — процессы, продолжающиеся до сих пор посредством бюрократизации, глобализации и технического прогресса. История жизни диких и домашних животных при всех эпохальных изменениях после

¹⁰ Бахаизм — отделившаяся в конце XIX века от шиитского ислама новая религия, проповедующая религиозное братство всего человечества, единственная, признающая возможность собственной смены. Более 5 млн. приверженцев по всему миру с центром в Хайфе (Израиль) (Новая философская энциклопедия, т. 1. М., 2000).

одомашнивания не знала ничего сопоставимого с человеческой в качественном отношении.

Из опыта религиозных мистических переживаний и экстатических состояний выделилась так наз. трансперсональная антропология, объединившая под этим наименованием очень разные концепции и практики: от “метапотребностей” и “пиковых переживаний” А. Маслоу и опыта умирания Льва Литвака [17] до психоделических исследований С. Гроффа, К. Кастанеды и опыта шаманов (Р. Уолш) и вплоть до теософских и парапсихологических увлечений. Для многих из них характерен антипсихиатрический пафос.

Психологическая антропология и категория ранга в систематике

Поставленная в настоящей работе задача — найти и обозначить адекватное место психиатрии среди других наук и профессий, важна для всех наук. Но для психиатрии это наиболее сложная проблема, ответственная за постоянную путаницу и смешение разнорядковых понятий. Как пишут докт. физ.-мат. наук М. Фейгельман и докт. хим. наук Г. Цирлина, “практически ни для кого, кроме физиков... не существовало сбалансированного разделения областей знания даже на крупные направления, не говоря уже о третьем уровне детализации, которое совершенно необходимо для экспертной работы...”. Только в 2014 г. назад удалось создать Единый научный рубрикатор и на этой основе сформировать корпус независимых экспертов, которые могут привлекаться к оценке проектов и научных результатов. При всех критических замечаниях это полезный первичный инструмент, не ставящий задачи классификации наук, но позволяющий двигаться дальше. Отраженные в рубрикации антропология (3197) как объект биологических наук, интегративная антропология (И102064) как объект биосоциальных исследований и философская антропология (021012) — это три ветви, соответствующие и соразмерные в норме психиатрии (М1308).

Мы фрагментарно очертили физическую (биологическую) и на примере религии культур- (социальную) антропологию в их контекстуальных друг для друга пересечениях с психиатрией как отчетливо антропологической дисциплиной в отличие от других медицинских дисциплин. Ни одни болезни человека так не отличаются от болезней животных, включая приматов, как психические заболевания. Это очевидным образом связано с наличием духовного слоя, что позволяет говорить о принципиальном различии антропологической целостности и целостности животных, у которых есть душа, но нет духа, есть индивидуальность, но нет личности. Поэтому перенос на человека закономерностей, устанавливаемых на животных, это уже биологизаторство, игнорирование качественного отличия антропологии. А история предпочтения павловского подхода бехтеревскому и

педологическому красноречиво характеризует советскую эпоху.

Антропологический подход представляет наиболее широкий охват соответствующих масштаба и исторической перспективы, который позволяет, перебрав несколько основных разделов антропологии, показать необходимость привлекать их к рассмотрению психиатрических проблем (как проблем антропологического уровня) в соответствии с их таксономическим рангом. Эта соразмерность сопоставлений и корреляций по охвату, масштабу, стадии развития, мере дифференциации и т.п. не только в отношении разных слоев и уровней, но, прежде всего, в отношении одно- и многослойных объектов исследования и конгруэнтности концептуальных принципов позволяется избежать многих некорректных выводов.

Разобраться в грандиозном разнообразии природы и тем более человеческого мира, который значительно превосходит многообразие мира животных за счет наличия духовного слоя, помогает категория таксономического ранга.

Понятие о таксономических рангах является одним из фундаментальных, так как попытки непротиворечивого описания устройства реальности на формализованном языке оказываются возможными, прежде всего, при введении нескольких уровней такого описания разного ранга, ранговой иерархии, что означает “высших” и “низших” рангов, а только их порядок, последовательность в разных отношениях (Г. Ю. Любарский) [18]. Наиболее разработанные биологическая систематика и биологические ранги нередко целиком копируются в других дисциплинах, что представляет неравномерную биологизацию (И. Я. Павлинов, 2018) [19]. Но столь же неравномерно ограничиваются универсальной таксонометрией. **Каждая научная дисциплина вырабатывает собственную ранговую иерархию.**

Помимо научных ранговых систематик в разных однослойных науках существуют изучаемые антропологией народные (фолк-) систематики, фолк-ранги: фолк-физика, фолк-физиология, фолк-психология и т.п., которые составляют корпус общеупотребимых лексико-семантических словарей. Но если живые организмы классифицируются как “виды существ”, то искусственные предметы как “виды функций” (“виды использования вещей”). Здесь слово “вид” имеет разные смыслы (А. Вежицкая, 1984) [20], хотя мы теперь хорошо знаем, что и людей используют, как вещи, винтики, пушечное мясо. Эти и многие другие, запечатленные в лексике и грамматических конструкциях естественные лингво-этнографические предпосылки нашего мышления, следует знать, чтобы их можно было полнее редуцировать.

Наиболее поучителен пример психологии, которая настолько разветвилась и переплелась как мангр с другими, даже далекими ветвлениями, что вызывает затруднение их отнесение то ли к физиологии (психо-

физиология, психофизика) и, таким образом, к естественным, биологическим наукам, то ли к гуманитарным дисциплинам (общая психология, социальная психология, этнопсихология, психолингвистика и т.д.). Собственно, первоначально так и было: позитивистская вундтовская физиологическая психология, объективная психология, рефлексология, бихевиоризм тяготели к естественным наукам, тогда как брентановская “философская” психология, психология актов, гештальт-психология, гуманистическая психология — к гуманитарным наукам¹¹. Первые были высмеяны, как прозекторы-анатомы, пытающиеся найти нематериальный объект, вторые видели подобие души в тотальном гештальт-качестве всего организма.

Дело в том, что первоначально, после того, как в XII – XIII веках философия, благодаря Ибн Рушду (Аверроэсу), воскресившему для Европы систему Аристотеля, ценой жестоких преследований отделилась от религии, из нее самой выделилась антропология, которая в позитивистскую эпоху порвала и с философией, и с антропологией, превратившись ради строгой научности в психофизиологию, физиологическую психологию. Фундаментальная историческая развилка — 1874 год — линия Вильгельма Вундта и линия Франца Brentano, парадоксальным образом привела к торжеству экспериментального метода в отношении собственно психологических актов — от восприятия до творческого мышления — в русле брентановского направления в экспериментальной феноменологии Карла Штумпфа и Вюрцбургской школы Освальда Кюльпе, гештальт-психологии, даже психоанализа и до современной когнитивной психологии. Начало возвращению к психологической антропологии положили “критический персонализм” Вильяма Штерна в трёхтомной работе “Личность и вещь” (1906 – 1924) [21], труды Густава Шпета (1914, 1917) [22, 23], драматическая история педологии [24] и феноменологическая психиатрия Карла Ясперса, а также Эжена Минковски, Эрвина Штрауса, Виктора Эмиля фон Гебзаттеля, экзистенциальная антропология Людвиг Бинсвангера и мн.др. [25, 26].

Наряду с обособленными направлениями, например, символической (семиотической) антропологии, преобладают исследования, размывающие все границы. Так, согласно С. В. Лурье [27], с 90-х годов куль-

турную психологию и этнопсихологию можно рассматривать как составные части психологической антропологии, включая в нее и культур-антропологию, начиная Франца Боаса (1910): индивид всегда представитель определенной культуры (“Психологическая антропология”, 2003). Но если в отношении различных видов антропологии это продуктивно, то размывание границы между психологией и антропологией контрпродуктивно, как аналогичное отождествлению психиатрии и патопсихологии. Пора не закрывать глаза на то, что обозначение культурно-исторической концепции Л. С. Выготского психологической не может изменить ее принадлежность антропологии как выросшей из педологии.

Г. Г. Шпет писал, что психологии пора безбоязненно вернуться к понятию “душа” (23, с. 419). И даже В. М. Бехтерев соглашался в 1919 г. на отказ от гризингеровского “психиатрия — болезни головного мозга” и его остатка в классическом определении Генриха Шюле 1886 г. — “душевные болезни это болезни личности, обусловленные мозговым поражением”, оставив “психиатрия — болезни личности”. Действительно предпочтительно говорить “психиатрия — расстройства личности”, так как “душа” ограничивается психикой, тогда как “личность” объединяет в себе индивидуальность и целостность человека. Важно всегда иметь в виду многозначность понимания предмета психологии. На нем наиболее наглядно видно, какую ясность привносит использование таксономических рангов, история которых восходит к античной философии и наиболее основательно критически прослежена в монографии Г. Ю. Любарского “Происхождение иерархии: история таксономического ранга” (М., 2018, 660 с.).

В отличие от современного и исходного значений понятия “демагог”, где современное обогащает и проясняет прошлое, современное понятие “схоласт”, наоборот, нередко несправедливо бросает тень на прошлое: теперь это не “ученый”, а “мудреный школяр” или “оторвавшийся от жизни бесплодный теоретик”. Между тем, как подробно представлено в двух шестистраничных монографиях Г. В. Вдовиной 2009 и 2019 гг.¹², схоластика — плод “столетиями непрерывной традиции чтений и диспутов” — это уже хорошо разработанная семиотика. Это даже “искусственный интеллект” в виде логической “машины истины” Раймунда Луллия, созданной им под влиянием каббалы (А. М. Шишков, 2002). Это первый компьютер, как назвал ее Лейбниц, крупный шаг на пути создания математической логики (А. Н. Колмогоров, А. Тьюринг), но бесплодный для решения конкретных проблем. Односторонняя тотальная комбинаторика, положенная в основу этой первой логической

¹¹ Само именование психологии, т.е. науки о душе, вызывало такое же неприятие у атеистико-материалистически ориентированных авторов, как использование выражения “душевные болезни”. Однако, народная (фолк-) лексика сохранила исходное значение лексемы “душа”: “как у вас на душе?”, “душа болит”, “душевное беспокойство”, “душевная тревога” и т.п. Никто ни в 20-е, ни в 50-е годы не говорил, что у него болит центральная нервная система. Впрочем, известный советский психолог К. К. Платонов, неоднократно на конференциях вместо аргументации воздевавший партбилет, говорил вместо “думаю” — “шевелю извилинами”.

¹² “Язык неочевидного. Учение о знаках в схоластике XVII века” и “Интенциональность и жизнь. Философская психология постсредневековой схоластики”.

Схема 1. Систематика наук о человеке

Ранговая типология	Ранговая классификация		
1.1. Многослойные науки о естественных целых	2.1. Однослойные науки		
1.2. Биологич., психологич., культур-(социальн.) антропология	2.2. Физика/химия; Биология; Психология; Гуманитарные науки		
патологическая антропология психиатрия	 МКБ гл. V	 Пато- психология	
1.3. Болезни	Патологическая почва (Девиации развития и приобретённые дефекты)	2.3. Структуры	Функции
1.4. Конкретные диагнозы по этим осям	2.4. Темперамент Характер Способности	Когнитивные и конативные ¹³ функции	

машины, превращала ее из способа доказательности, поиска причины, в науку нахождения нового. Древо-видные модели восходят к юристам эпохи Дигестов Юстиниана 533 года (125 печатных листов), а система линнеевских рангов в значительной мере заимствована из схоластики: *genus summum*, *intermedium*, *proximum*, *species*, *individuum* (Г. Ю. Любарский).

Развитие всех наук продолжает ветвиться, переходя к субдисциплинам, вырастающим из конкретных общезначимых проблем. Так, на наших глазах выросли суицидология, сексология, виктимология и другие субдисциплины, в которых требуется и психиатр, и этнокультуролог, и психолог, и юрист. Эта, казалось бы, непосильная для охвата экстенсивность развития осуществляется за счет поверхностного знания и понимания целостностных представлений авторов прошлого, знакомство с которыми делает неосновательными высокомерное к ним отношение. Поэтому, идя вперед, следует оглядываться назад.

Применение ранговой иерархии в систематике самих наук сопоставляет ранговую типологию многослойных наук о естественных целых и ранговую классификацию однослойных наук, предупреждает от их смешения (см. схему 1).

Графическое представление, ценой упрощения наглядно обнаруживает, прежде всего, видимо неискоренимое противостояние феноменологических и индуктивных единиц анализа, приоритета целостных качественных особенностей либо количества димENSIONАЛЬНЫХ характеристик, хотя вместо предпочтения одной из них адекватнее было бы их объединить в естественную последовательность от целого к части либо длить как конкуренцию исследовательских программ.

Пятая глава МКБ, посвященная психиатрии, единственная, где вместо болезней речь идет о расстройствах, **вынуждена была втиснуть психиатрию, типологически отличную от биологически ориентированных медицинских дисциплин, в их**

¹³ Конативные функции (от лат. *conatus* — влечение, стремление) — аффективно-мотивационные функции.

число. Это равносильно отождествлению педологии с детской психологией, т.е. антропологической многомерной дисциплины с одномерной наукой.

“Оптика” психологической антропологии легко двоятся, даже множится, так как это не психологический аспект чего-то частичного в ней — физического (скажем, переживание маленького роста), биологического (например, болезненности), собственно психологического (темперамент, характер, способности и т.д.), а психологического аспекта личности, всего целостного человека, того, что соответствует психиатрии. Это серии многих различных оснований, в частности, уподобление литературным персонажам. Психологический взгляд значительно аналитичнее, тогда как личностный (антропологический) является целостным, оперирующим такими понятиями как поступок, стиль жизни. Что касается таких понятий как интеллект, то они в психологическом и личностном смысле слова — разные вещи: IQ — психологическое понятие, тогда как в личностном или клиническом смысле слова это не тестовые показатели, а реальное поведение в разных жизненных ситуациях с учетом личностных предпочтений, т.е. конкретная деятельность конкретной личности, а не стандартная формальная оценка. При формальном рассмотрении креативные ответы часто оказываются в числе так называемых “слабых признаков”, т.е. индуктивных, среднестатистических, далеких от индивидуализации. Не следует воспринимать это как нечто, снижающее роль тестовых показателей, которые необходимы не только при массовых исследованиях, но и в индивидуальных, так как мера расхождения этих двух подходов — важный показатель. Идентичность каждого человека — индивидуальная, языковая, национальная, социальная, культурная, религиозная, мировоззренческая, политическая, профессиональная и т.д. — это различные типовые траектории, как “линия жизни”, вычерченная о себе Андреем Белым [28]. Для психиатрии значим неожиданный в ней перелом. Когда, например, в судебной психиатрии мы выясняем природу криминального поведения, это всегда проверка возможности вывести это поведение из целей и

ценностей подэкспертного (рациональное или логическое выведение) или из его характера в конкретной ситуации (психологическое выведение). Личностным выведением является их совокупность, тогда как предмет судебной психиатрии — поведение и поступки, где такое выведение невозможно.

Научный подход требует стремления к систематизации не ценой всевозможных закруглений, а центрирует несостыковки и противоречия не как нечто отрицательное, а как двигатель дальнейшего развития. Памятуя о приоритете качественных характеристик над жесткой точностью, о выяснившихся явных преимуществах размытых множеств, мягких моделей, вероятностной неисчислимостью неучтенных факторов, можно сказать, что все пути — арена нескончаемой конкуренции многих альтернативных подходов.

Итак, прежде чем обсуждать теорию психиатрии и составляющие ее разделы, необходимо осмыслить два принципиально разных подхода в науках и философских направлениях. Это философия и научное знание о мире, человечестве и человеке, как они есть, отстраненно объективным “космическим” взглядом, — фундаментальное академическое знание. И философское и научное знание с человеческой (антропистической) прагматической точки зрения и для человека с его наивной верой в прогресс и другие “научные суеверия” — прикладные науки.

Самым фундаментальным в систематике наук является их типологическое разграничение на науки о сложных естественных целых, так наз. многослойные, и однослойные науки (это деление первого ранга обозначается первыми двумя знаками кода), в соответствии с выкристаллизовавшимися на протяжении всей предшествующей истории познания мира его четырех онтологических слоев: неживой и живой природы, души (психологии) и духа (трансцендентные содержания сознания). Человек — средоточие всех четырех, начиная с физических характеристик (вес, рост, масса, температура и др.).

Традиционная систематическая ошибка психиатров состояла в том, что они воспринимали психопатологическую симптоматику как биологическую. Поэтому всевозможные попытки интеграции с психологическими, социальными и духовными характеристиками были искусственным нагромождением, так как мыслились как синтетическая процедура, тогда как предназначались для аналитических процедур. На примере психиатрии это значит, что **естественной интеграцией является та психопатологическая картина, которую мы видим, это уже состоявшаяся интеграция**, по которой видна глубина дезинтеграции, ее формы, структура, динамические тенденции, стадии и степень трудно обратимых и необратимых изменений.

Таким образом, в данном тексте нам важно было показать, что психиатрия, как прикладная наука о

психических расстройствах конкретных людей, соотносится не с психологией и патопсихологией, а с антропологией, и сама является одной из антропологических дисциплин, т.е. наиболее общей целостностью в отношении отдельного человека, объединяющей составляющие его биологическое, психическое и духовное существо. Психиатр по необходимости должен держать все это в уме в отношении каждого конкретного больного. В этом принципиальное отличие психиатрии от других медицинских дисциплин, по преимуществу биологических, хотя, конечно, вся медицина антропологична, везде нужна психологическая и духовная поддержка, но полноценное практическое претворение этого — дело будущего.

(Продолжение следует)

ЛИТЕРАТУРА

1. *Хюбшер Артур*. Мыслители нашего времени. — М., 1994.
2. *Элиаде Мирча*. История веры и религиозных идей. Т. 3 — М., 2002.
3. *Бэлла Роберт*. Религии в человеческой эволюции. От палеолита до осевого времени. — М., 2019.
4. *Ясперс Карл*. Общая психопатология. — М., 1997, стр. 265.
5. *Леви-Брюль Люсьен*. Сверхъестественное в первобытном мышлении. — М., 1994.
6. *Леви-Стросс Клод*. Первобытное мышление. — М., 1994.
7. *Вульф Кристофер*. Антропология. — СПб., 2007.
8. *Аверинцев С. С.* София-Логос. Словарь. — Киев, 2001.
9. <https://mhg.ru/news/pravozashchitniki-trebuyut-prekratit-presledovanie-svideteley-iegovy-za-ih-veroisповедanie>
10. *Швейцер Альберт*. Благоговение перед жизнью. — М., 1992.
11. *Ясперс Карл*. Смысл и назначение истории (Истоки истории и ее цель. Духовная ситуация эпохи. Философская вера) — М., 1991.
12. *Гренц Стенли, Олсон Роджер*. Богословие и богословы XX в. — Черкассы, 2011.
13. *Шелер Макс*. Избранные произведения. — М. 1994.
14. *Гартман Николай*. Этика. — СПб., 2002.
15. *Кошко А. Ф.* Воспоминания русского Шерлока Холмса. — М., 2019.
16. *Боас Франц*. Ум первобытного человека (NY, 1909) — М., 1920.
17. *Литвак Лев*. Постигание смерти и природа психоза. Опыт самонаблюдения и психоневрологического исследования. — Иерусалим, 2004.
18. *Любарский Г. Ю.* Происхождение иерархии: история таксономического ранга — М., 2018.
19. *Павлинов И. Я.* Основания биологической систематики. История и теория. — М., 2018.
20. *Вежбицкая Анна*. Язык. Культура. Познание. — М., 1996.
21. *Стерн В.* Allgemeine Psychologie. 1935.
22. *Шпет Г. Г.* Мысль и слово. Избранные труды. — М., 2005.
23. *Шпет Г. Г.* Philosophia Natalis. Избранные психолого-педагогические труды — М., 2006.
24. *Курек Николай*. История ликвидации педологии и психотехники. — СПб., 2004.
25. *Spiegelberg Herbert*. Phenomenology in Psychology and Psychiatry. — Evanston, 1972.
26. *Власова О. А.* Феноменологическая психиатрия и экзистенциальный анализ. — М., 2010.
27. *Лурье С. В.* Психологическая антропология. — Екатеринбург, 2003.
28. *Белый Андрей*. Линия жизни — М., 2010.

Вавилонская башня: что препятствует интеграции психиатрии в первичную медицинскую помощь

Бобров А. Е., Довженко Т. В., Старостина Е. Г., Субботникова О. А.

На протяжении многих лет в нашей стране осуществляются попытки оптимизировать первичную медико-санитарную сеть за счет интеграции с психиатрической и психотерапевтической службой. Однако все такие попытки оказались мало результативными. В статье рассматриваются главные факторы, которые препятствовали этому. Среди них — клинические, образовательные, методологические и терминологические факторы. Кроме того, обращается внимание на влияние, которое оказывают психосоциальные и юридические препятствия. Серьезно тормозят интеграцию психиатрии и общей медицины также нерешенные кадровые и организационные вопросы.

Все указанные негативные факторы можно разделить на две группы. Первая группа обусловлена общими методологическими различиями в понимании природы болезненных состояний и, соответственно, задач здравоохранения между концепцией качества жизни, связанном со здоровьем/заболеванием, и господствующим в настоящее время в медицине утилитарно-эмпирическим подходом. Вторая группа препятствий связана с различиями в методах диагностики, средствах лечения и порядке работы психиатров и врачей первичного звена здравоохранения. Делается заключение о том, что для преодоления негативного влияния перечисленных факторов необходимо прежде всего разрешить имеющиеся методологические противоречия, которые и определяют дальнейшее развитие национального здравоохранения.

Ключевые слова: первичная медико-санитарная помощь, организация психиатрической помощи, дифференцированная диагностика психических и соматических расстройств, обучение врачей, законодательство по психиатрии, методология медицины, качество жизни, связанное со здоровьем/заболеванием

В настоящее время отмечается рост неудовлетворенности населения уровнем оказания первичной медицинской помощи, в связи с чем был даже проведен ряд важных совещаний на уровне Правительства и Президента РФ и намечен комплекс мероприятий по исправлению сложившейся ситуации (1).

Однако, складывается впечатление, что и на этот раз будет упущен из виду один из важнейших резервов повышения качества медицинской помощи, а именно оптимизация ее психосоциальной базы. Сюда, в частности, относится создание адекватного психологического климата в работе медицинских учреждений первичного звена здравоохранения, который определяется коммуникативными навыками медицинских работников, комплексом психосоциальных предпосылок для повышения комплаентности больных, а также системой мер, направленных на сопровождение больных непсихотическими психическими расстройствами. Кроме того, важно подчеркнуть необходимость переориентации работы врачей первичной медико-санитарной помощи на повышение качества жизни, связанного со здоровьем/заболеванием. (2, 3).

Определяющую роль в этом должно сыграть совершенствование взаимодействия между психиатрической службой и учреждениями первичного звена здравоохранения. Работа в данном направлении осуществлялась на протяжении многих лет. Однако все эти попытки оказались мало результативными, поскольку ограничивались локальным совершенствованием организации психиатрической и психотерапев-

тической работы в первичном звене здравоохранения, а также изучением клинических и эпидемиологических вопросов. При этом целый ряд ключевых факторов, препятствующих интеграции психиатрии и первичной медицинской помощи, оказался незатронутым. Между тем, без их выявления и целенаправленного устранения сформировать интегративную психосоматическую модель первичного звена общественного здравоохранения в нашей стране вряд ли удастся. С учетом сказанного, целью настоящей работы и является рассмотрение этих препятствий.

Клинические препятствия

Препятствия, о которых идет речь, связаны с тем, что психические расстройства в первичном звене здравоохранения распространены очень широко и встречаются у 20 – 64 % пациентов (4, 5). Однако указанные расстройства практически не диагностируются врачами первичной медицинской практики, а их влияние на течение соматических заболеваний, как правило, не учитывается. В значительной степени это обусловлено отсутствием у участковых терапевтов и врачей общей практики доступа к надежным технологиям диагностики и лечения психических расстройств.

Чаще всего среди этих расстройств встречаются тревожные и депрессивные состояния, расстройства, обусловленные стрессом и нарушением адаптации, соматоформные и конверсионные расстройства, расстройства приема пищи, органические и симптоматические психические расстройства различной этиоло-

гии, а также расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ (6, 7).

Психические и соматические расстройства часто имеют сходные клинические проявления. Разнообразие и сложность дифференциальной диагностики этих состояний в еще большей степени усложняет ведение пациентов с психическими расстройствами на уровне первичной медико-санитарной помощи. Это прежде всего относится к состояниям, при которых на первый план в клинической картине выходят психические расстройства, проявляющиеся в виде так называемых псевдосоматических симптомов и жалоб.

К ним можно отнести депрессивный симптомокомплекс, нарушения сна, аппетита, разнообразные вегетативные и метаболические нарушения, дисфункции сердечно-сосудистой и дыхательной системы, урогенитальные нарушения и др. У таких больных с постоянством отмечаются разнообразные болевые и псевдоаллергические синдромы.

Пациенты с псевдосоматической симптоматикой часто получают направления на многочисленные обследования, которые далеко не всегда являются необходимыми. При этом у них нередко “находят” соматическую причину болезненного состояния, в результате чего назначается неадекватная или избыточная терапия. А это, в свою очередь, как бы “оправдывает” с экономической и бюрократической точки зрения применение неэффективных лекарств, медицинских процедур и диагностического оборудования. Подобные ситуации встречаются наиболее часто при оказании платной медицинской помощи. Однако и в условиях государственной медицины неадекватное использование дорогостоящего оборудования нередко становится настоящим бичом для медицинских организаций.

Наблюдается и обратная тенденция. Как показывает практика, пациенты, у которых диагностированы психические расстройства (чаще всего, это депрессия, патологическая тревога, расстройства шизофренического спектра), хуже контролируют свое здоровье. Они перестают посещать врача, а их доступ к квалифицированной медицинской помощи при возникновении соматических заболеваний, как в силу их психического состояния, так и вследствие предубеждения со стороны врачей, оказывается затруднительным (8). Все это приводит к дополнительным трудностям, которые ложатся на систему здравоохранения.

В настоящее время непсихотические психические расстройства трактуются представителями разных психиатрических и психологических школ неодинаково. Это отчасти обусловлено исторически сложившимися теоретическими подходами и профессиональной специализацией представителей указанных школ (взять, например, драматичные споры между “шизофренологами” и “психогенетиками”). Но в не меньшей степени данное обстоятельство обусловлено и тем, что многообразная и динамичная клиническая

картина психических расстройств объективно не может рассматриваться статически и единообразно.

Использование в рамках МКБ-10 операционального подхода кардинально трансформировало диагностику непсихотических психических расстройств (9). Однако сложностей от этого не убавилось. Напротив, терминологические новации и выделение новых психопатологических состояний, а также отказ от прежних принципов и диагностических формулировок серьезно затруднили деятельность психиатров, психотерапевтов и психологов в сфере психосоматической медицины и консультирования, особенно в первые годы после ее принятия в нашей стране.

В качестве примера можно привести введение категории “Расстройства адаптации” в МКБ-10. Расплывчатость и недостаточная определенность критериев данного расстройства, а также полиморфизм его клинических проявлений и низкая предсказуемость течения в значительной степени затрудняют практическое использование соответствующего диагноза. При этом частота таких состояний в консультативной психиатрической практике довольно высока (до 10 % среди студенческой популяции), что создает парадоксальную ситуацию (10).

Еще большие затруднения вызвало введение в клинический обиход концепции соматоформных расстройств и ее противопоставление представлениям о “замаскированных” аффективных и соматогенных психических расстройствах. В связи с этим дифференциально-диагностические критерии при обследовании пациентов с соматическими заболеваниями во многих случаях оказываются слишком сложными и недостаточно приемлемыми, особенно при оказании экстренной помощи.

Астенические и ангедонические депрессии, панические приступы, нозофобии, ипохондрические раптусы и конверсионные состояния остаются камнем преткновения при диагностике на скорой помощи и в амбулаторной сети. Целый ряд “малых” и “функциональных” расстройств в офтальмологии, отоларингологии, эндокринологии, гинекологии, гастроэнтерологии, дермато-венерологии и аллергологии чрезвычайно сложны для психопатологической оценки, хотя, несомненно, заслуживают комплексного лечения с привлечением психиатров.

Использование же скрининговых психометрических инструментов с целью оптимизации диагностики психических расстройств не является адекватной заменой клинической диагностики. В условиях первичной медико-санитарной помощи оно помогает лишь в выявлении психических нарушений, однако мало что дает для дифференцированной оценки и ведения таких пациентов. Это обусловлено незначительной нозографической специфичностью скрининговых тестов и трудностями их использования с целью мониторинга результатов терапии психических расстройств. Так, назначение антидепрессантов

терапевтами, исходя из результатов только Госпитальной шкалы депрессии и тревоги или Скрининговой анкеты для выявления расстройств аффективного спектра, вряд ли можно признать правильным, поскольку оно должно быть дополнено хотя бы минимальной клинической оценкой состояния пациента. Но для этого врач должен опираться на научное понимание причин и характера страдания больного, что диктуется особенностями профессиональной подготовки (11).

Целый ряд препятствий, затрудняющих интеграцию психиатрии с первичной медицинской сетью, обусловлен распространенной практикой применения психофармакологических препаратов. Так, почти неконтролируемое использование седативных и противотревожных средств базируется на упрощенных представлениях практических врачей о психическом стрессе, которое к тому же постоянно подогревается рекламой. В результате появляется иллюзия легкого купирования неглубоких стрессовых расстройств и тревоги, которое не требует привлечения психиатров. Сюда же можно отнести и широкое использование нейрометаболических препаратов, которые нередко назначаются практикующими врачами в качестве плацебо, что на самом деле дискредитирует саму идею коррекции когнитивных расстройств. В то же самое время часто приходится сталкиваться с необоснованными опасениями, а в ряде случаев и прямыми административными запретами врачам первичной и общей медицинской практики применять антидепрессанты вследствие их “психотропного воздействия”. К этому надо добавить и проблемы, обусловленные взаимодействием психофармакологических средств и лекарственных препаратов, используемых в соматической медицине. В подавляющем большинстве случаев эти проблемы решаются за счет отказа от психофармакотерапии.

Все это затрудняет освоение врачами поликлиник основ психофармакологии и усиливает мистически-негативное отношение к препаратам, влияющим на психическое состояние и поведение, как со стороны врачей, так и со стороны пациентов первичного звена здравоохранения. Соответственно, это сказывается на кооперации между ними и психиатрами.

Образовательные, методологические и терминологические препятствия

К наиболее значимым препятствиям, существующим в области медицинского образования, следует отнести недостаточное по объему и продолжительности обучение психиатрии, которое во многом не может оторваться от стереотипов, заложенных в учебных программах 60 – 70-ых годов прошлого века (12). В результате обучение этому важнейшему для всей медицины предмету сводится лишь к знакомству будущих врачей с архаичной психиатрической терминологией и внешними проявлениями тяжелых форм психических заболеваний. Что же касается вопросов

медицинской психологии и психотерапии, то их рассмотрение в рамках базисного курса подготовки врачей носит весьма поверхностный характер. При этом разделы нейроморфологии, нейрофизиологии, психофармакологии и нейрохимии, которые преподаются на разных кафедрах, не интегрированы в единый образовательный комплекс, а взаимосвязь между учебными программами по неврологии, нейроэндокринологии и нейроиммунологии остается очень слабой.

К серьезным проблемам высшего медицинского образования можно отнести и недостаточное понимание будущими врачами самой сущности вопросов, которыми занимаются психиатры, сохраняющиеся у них предрассудки в отношении психических заболеваний и психически больных, ограниченные знания в области психосоматической медицины, а также невысокая психологическая компетентность. Вследствие этого многие психиатрические и психологические проблемы, с которыми ежедневно имеет дело практикующий врач, зачастую переводятся в плоскость бытовых и межличностных трудностей и конфликтов. Попытки же психиатров и психотерапевтов подойти к ним с профессиональных позиций зачастую затрагивают самооценку врачей, что порождает настороженное отношение к сотрудничеству с ними.

Крайне важная проблема, на которой необходимо остановиться — это недостаточный уровень образования врачей-психиатров в области соматической медицины. Образовательные курсы по общей медицине являются довольно краткими и мало адаптированными к психиатрической практике. Сами же условия обучения в клинической ординатуре, к сожалению, предоставляют мало возможностей будущим психиатрам переосмыслить базовые вопросы общей медицины, которые они ранее изучали в университете. Получив профессиональную специализацию в условиях психиатрического стационара, большинство психиатров обучается диагностировать и лечить лишь клинически выраженные психические заболевания. При этом они могут не замечать “легкие” психические расстройства и психосоматическую симптоматику. В конечном счете, врачи-психиатры, получившие такое образование и поступившие на работу в качестве консультанта в больницу общего профиля, нуждаются в серьезном дополнительном обучении. Следует обратить внимание и на недостаточное освещение проблем соматической медицины на курсах повышения квалификации психиатров и психотерапевтов. В лучшем случае при этом осваиваются навыки помощи при ургентной соматической патологии. С учетом сказанного, важнейшим условием решения указанных проблем является разработка адаптированных для психиатров и психотерапевтов руководств по общей медицине.

Говоря о проблемах профессионального образования в сфере психического здоровья, надо отметить

еще один недостаток, прямо затрагивающий интеграцию психиатрии с общей медициной. Это — раздельная подготовка в ординатуре по специальностям “психиатрия” и “психотерапия”, а также низкий уровень образования психиатров и психотерапевтов в области медицинской психологии.

Помимо этого, следует обратить внимание на слабую сопряженность подготовки клинических психологов с задачами их работы в общей медицине. И это в то время, когда они должны играть важнейшую роль в психосоциальной терапии, психодиагностике и психологической реабилитации пациентов. Обучение медицинских психологов во многом отделено от медицинского образования. И это касается не столько “предметной” части, поскольку психологи изучают и анатомию, и физиологию, и другие базисные медико-биологические темы. Им читаются курсы по внутренним болезням, психосоматике и психиатрии. Ключевой проблемой здесь является другое: многие психологи не усваивают специфически медицинского отношения к больным и их состоянию, которое вырабатывается у врачей. Они не улавливают медицинский дискурс, а также далеко не в полной мере осознают ту степень ответственности за пациента, которую принимает на себя врач.

Таким образом, недостаточная развитость, краткость и негибкость программ последипломного образования как по общей медицине, так и по психиатрии являются важнейшим препятствием для формирования интегративной медицины, объединяющей психиатрию с первичной медицинской практикой. В итоге мы имеем своеобразную “вавилонскую башню” психического здоровья, которую создают представители разных наук, областей знания и специальностей, использующие различные научные понятия, методический инструментарий, и которым очень часто трудно понять друг друга.

Все эти препятствия, помимо содержательных, дидактических и организационных проблем в значительной степени обусловлены замедленным развитием психиатрической науки, причем не только в нашей стране. Несмотря на локальные успехи психиатрии, которые были достигнуты в последние десятилетия, основные принципы диагностической квалификации состояния больных и алгоритмы оказания помощи изменились крайне незначительно. Главные достижения фактически свелись к применению новых поколений психофармакологических препаратов с меньшим количеством побочных эффектов. Что же касается новых методов диагностики психических расстройств, понимания их природы и патогенеза, психотерапии, а также комплексного лечения и профилактики, то их реализация в сфере первичной медико-санитарной помощи оказалась затруднительной.

Немалую роль в этом сыграло то, что врачам первичной медико-санитарной практики не всегда понятны концептуальные основы, терминологический ап-

парат и методы, используемые в психиатрии. Они нередко рассматривают их как недостаточно “конкретные” или “умозрительные”. В основе этого непонимания лежат методологические и дискурсивные различия между традиционной психиатрией и общей медициной, в которой преобладает утилитарно-эмпирический подход. Именно поэтому для того, чтобы интернисты начинали принимать психиатрические диагностические критерии, указанные критерии нуждаются в дополнительном “опредмечивании”. Это означает, что они должны быть представлены в форме количественных или графических показателей, наглядно иллюстрирующих отклонение психофизиологических или поведенческих показателей от нормы.

Естественно, что наиболее остро эти различия выступают при психиатрической оценке пациентов с соматическими заболеваниями. Подобные ситуации весьма характерны для первичной медицинской сети, где вариабельность соотношений между психопатологической и соматической симптоматикой достигает наибольшего масштаба. Это выдвигает повышенные требования к специалистам, участвующим в лечебно-диагностическом процессе, в плане их дополнительного обучения и опыта.

Следующая группа методологических препятствий на пути к интеграции психиатрии и первичной медицинской помощи возникает вследствие необходимости научного анализа и типологизации важных для медицинской практики форм поведения и реакций больных, которые лишь условно могут быть отнесены к психопатологическим явлениям. Они обычно описываются такими терминами, как низкая комплаентность, парадоксальная реактивность, “медицински необъяснимые” соматические жалобы и симптомы, “странное” отсутствие классических признаков заболеваний, а также поведение, повторяющееся вопреки его неблагоприятными последствиями. Этот список должен также включать понятия о соматосенсорной амплификации, алекситимии, снижении качества жизни, связанного с заболеванием, плацебо- и ноцебо-эффектах и ряд других.

Обилие таких терминов и теорий, в рамках которых они появились, свидетельствует о необходимости разработки специального формата для описания психических расстройств при соматических заболеваниях. Его важнейшей особенностью должен стать приоритет междисциплинарной клинической квалификации над традиционно психопатологическим, психологическим или узко медицинским описанием состояния пациента. При этом различие между психиатрической нормой и патологией может утрачивать свою значимость, поскольку оценка состояния больного станет определяться общим психосоматическим прогнозом. Например, коррекция “нормального” поведения пациентки, отказывающейся от аппендэктомии, может иметь решающее значение для ее общего соматического состояния в будущем. А лекарствен-

ное купирование аментивно-делириозного синдрома у больного, перенесшего травму черепа, на фоне полипрагмазии может оказаться фактором, отягочающим его прогноз.

Психосоциальные и правовые препятствия

Серьезным препятствием для интеграции психиатрии и общей медицины является психосоциальная стигматизация, то есть отрицательное отношение пациентов к лечению у психиатра из-за предубеждений в отношении психических расстройств (13). Страх перед “регистрацией”, усиливающийся в связи всеобщей “цифровизацией” и ограничением прав, заставляют многих пациентов первичной медико-санитарной помощи отказываться от консультации психиатра. Из-за боязни не получить адекватную терапию многие пациенты с историей предшествующего психиатрического лечения скрывают этот факт, когда они обращаются в медицинские учреждения общего профиля. Кроме того, некоторые пациенты и их родственники воспринимают психиатрические диагнозы как “ненастоящие” и не отражающие их состояние. Причем нередко они интерпретируют постановку таких диагнозов как завуалированную попытку врачей отказать им в “необходимом” лечении.

Однако, несмотря на все эти затруднения, существует реальная возможность уменьшить негативное влияние психиатрической стигматизации при оказании медицинской помощи. Для этого прежде всего потребуются ее переориентация с задач, связанных с восстановлением трудоспособности, на цели, заключающиеся в улучшении качества жизни, связанного со здоровьем/заболеванием. Это с необходимостью повлечет за собой повышение психологической компетентности врачей, а также совершенствование клинической оценки и лечения пациентов с легкими психическими расстройствами. Одно из важнейших условий этого — оптимизация медицинской документации, ее хранения, движения и обработки в учреждениях первичной медицинской помощи. При этом крайне важно обеспечить стандарты обработки личных данных. Вероятно, будет полезным уточнение и изменение классификации психических расстройств применительно к условиям первичной медицинской практики, а также коррекция некоторых психиатрических и медико-правовых терминов и понятий. Среди них такие, как “тяжелое и хроническое психическое расстройство”, “медицинские и психологические трудности и проблемы”, “социальная опасность психически больных”, “ограниченные возможности”, “ограничения вследствие психического расстройства” и др. Соответствующие изменения, возможно, затронут и психиатрическую службу.

Еще одна группа препятствий обусловлена устаревающим законодательством, которое касается оказания психиатрической помощи. Оно создавалось в

конце прошлого века как инструмент защиты прав душевнобольного. Однако, как это ни парадоксально, ряд заложенных в него принципов в настоящее время может оказывать противоположное действие, за счет усиления стигматизации. Например, в Федеральном законе о психиатрической помощи говорится, что только лицензированный психиатр может диагностировать и лечить психические расстройства.

Получается, что все без исключения пациенты, даже те, у которых имеются только легкие психические расстройства, должны обращаться к психиатру. Однако многие из них этого не делают из-за опасений в профессиональных ограничениях и стигматизации. Более того, врачи первичной медицинской помощи часто даже не информируют пациентов о наличии у них психических расстройств, опасаясь жалоб на неэтичное поведение. В результате большие группы больных не получают надлежащего лечения. Отсюда напрашивается вывод: врачи-практики должны оказывать помощь таким пациентам, пусть даже и не в полном объеме (что, кстати, законодательно не запрещено).

Таким образом, некоторые положения Закона, защищающие психически больных, одновременно создают неоправданные правовые и психологические коллизии, в результате чего целый ряд дееспособных психиатрических пациентов выделяется в особую стигматизированную и юридически неопределенную категорию.

О необходимости совершенствования Закона о психиатрической помощи свидетельствуют и случаи его нарушения, связанные с коммерческими и семейными конфликтами, а также неоправданно широкое проведение психиатрического освидетельствования и психологического тестирования при самых разнообразных видах профессиональной деятельности.

Кадровые и организационные препятствия

Препятствия на пути интеграции, обусловленные кадровыми вопросами, тесно связаны с образовательными барьерами. Психиатрия и психотерапия, особенно в муниципальном звене здравоохранения, испытывают серьезную нехватку квалифицированных кадров. Приток новых хорошо подготовленных специалистов замедляется недостаточным уровнем их профессиональной переподготовки, сложностями финансирования и слабо развитой системой трудоустройства. Кроме того, существующая система обучения и повышения квалификации врачей-интернистов, а также сертификация и лицензирование амбулаторно-поликлинических учреждений не создают надлежащих условий для расширения помощи больным психическими расстройствами в первичном звене здравоохранения

Психические расстройства в нашей стране широко распространены и ложатся огромной нагрузкой на со-

циально-экономическую инфраструктуру. Однако, несмотря на это, они не являются приоритетом системы здравоохранения в России. Руководители учреждений первичной медицинской помощи, как правило, плохо понимают профессиональные функции психиатра или психотерапевта. Множество организационных проблем возникает и с определением их рабочей нагрузки. Поэтому администрация амбулаторно-поликлинических учреждений часто игнорирует важность психиатрической деятельности или оставляет ее на самотек. Вследствие этого за последние годы в большинстве регионов нашей страны значительно сократился штат психотерапевтов, работающих в государственных учреждениях первичной медицинской помощи, а многие из них обратились к плохо скоординированной частной практике.

Участковые терапевты также нередко оказывают сопротивление тому, чтобы в их обязанности была включена работа по оказанию помощи психически больным. Они зачастую полагают, что такая деятельность повлечет дополнительные трудозатраты. Врачи ссылаются на дефицит персонала, неравномерность распределения зарплаты, недостаточную определенность юридической ответственности. Кроме того, возникает целый комплекс вопросов, связанных с финансированием, выделением времени и установлением формата для повышения их квалификации.

Организационная раздробленность психиатрии, психотерапии, медицинской психологии и социальной работы также создает серьезные препятствия для предоставления достаточной психологической и психиатрической помощи пациентам в условиях первичной медицинской практики. Даже для наиболее тяжелых категорий больных соматическими заболеваниями существует острая нехватка комплексных программ реабилитации и патронажа. Введение же реабилитационных программ для лиц, страдающих психическими расстройствами, может еще более усугубить эту ситуацию

Следующим важным препятствием на пути эффективной психологической и психиатрической поддержки первичной медицинской сети является организационное разделение психиатрических и соматических учреждений в нашей стране. Оптимальным решением этой задачи явилось бы создание системы оперативной координации различных учреждений медико-социальной сферы. Такая система могла бы обеспечить синхронизацию многих процессов, включая психолого-психиатрическое сопровождение учреждений первичного звена здравоохранения. Важнейшей предпосылкой этому является не только возможность координировать ведение пациентов, но и унифицировать диагностический процесс, а также проводить последовательную оценку эффективности диагностических, лечебных и профилактических мероприятий.

В последние годы усилился еще один вид препятствий на пути к интегративной медицине. Эти препятствия связаны с возрастающей бюрократизацией здравоохранения. Следует подчеркнуть, что интеграция различных областей медицины приведет к значительным сдвигам в существующей системе управления вследствие перераспределения обязанностей, серьезных изменений на формальных и неформальных “рынках” медицинских услуг и в сферах административного “влияния”. Помимо этого, откроется путь к реформатированию образовательных и научных направлений в медицине. Безусловно, предчувствие таких трансформаций вызывает не всегда осознаваемое сопротивление со стороны аппарата управления и ряда опинион лидеров.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, организационные сложности, препятствующие сотрудничеству между психиатрами и учреждениями первичной медико-санитарной помощи, можно разделить на две группы. Первая обусловлена общими концептуальными различиями в понимании задач медицины, а вторая — методами диагностики, средствами лечения и режимом работы.

Гармонизация общемедицинских и психиатрических технологий диагностики и ведения больных является сложной, но вполне осуществимой задачей. Как правило, она решается в рамках медико-психологического сопровождения лечебно-профилактических мероприятий, а также на основе разработки специализированных программ психолого-психиатрической реабилитации для пациентов с наиболее распространенными соматическими расстройствами (сахарный диабет, ВИЧ-инфекция, инфаркт миокарда, астма и др.). Большинство этих программ сочетают структурированное психообразование с элементами психологического тренинга и проблемно-ориентированной психотерапией. Нередко также проводятся психологические вмешательства в ключе когнитивно-бихевиоральной или межличностной парадигмы.

Гораздо более сложной задачей является разработка новой теоретической основы для интеграции служб психолого-психиатрической и общемедицинской помощи, которая позволила бы избежать декларативного холизма. Для этого необходима переориентация здравоохранения от утилитарно-эмпирической модели к концепции качества жизни, связанного со здоровьем/заболеванием (14). Важной предпосылкой этого являются научные представления о мультиморбидности (15, 16), а также понимание поведенческих расстройств как экстракорпоральных элементов дисфункциональных систем организма (3). Названные подходы характеризуют так называемую коморбидность психических и соматических расстройств не как случайное сочетание разнородных патологических процессов, а как отражение закономерных взаи-

мосвязей между телесными дисфункциями и поведенческими аномалиями. Необходимо понять, что дуализм в психосоматике в конечном счете сводится “всего лишь” к семантическому несовпадению категориальных систем, в которых исторически складывались общая медицина и психиатрия.

Вытекающее из этого переформатирование представлений о сопутствующих заболеваниях неизбежно повлечет за собой фундаментальные изменения во всей системе медицинской помощи. Анализ аномалий поведения пациента при этом будет рассматриваться не столько как раздражающее дополнение к соматическим расстройствам, но как важный и необходимый элемент обеспечения качества жизни, связанного со здоровьем/заболеванием в целом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Совещание по вопросам модернизации первичного звена здравоохранения [Internet]. 20 августа 2019 года. Available from: <http://www.kremlin.ru/events/president/news/61340>
2. Вассерман Л. И., Трифонова Е. А. Методология исследования качества жизни в контексте психосоматических и соматопсихических соотношений // . — 2006. — № 4. Обзорение психиатрии и медицинской психологии им ВМ Бехтерева [Internet]. 2006;(4). Available from: http://old.consilium-medicum.com/media/bechter/06_04/12.shtml#START_OF_DOCUMENT
3. Бобров А. Е. Межпоколенческий разрыв и методологические проблемы современного психиатрического образования. Независимый психиатрический журнал. 2019; (1):10–7.
4. Краснов В. Н., Довженко Т. В., Бобров А. Е., Семглазова М. А., Рыбина Н. А. Распространенность психических расстройств у больных первичной медицинской практики в Москве и методы их выявления. In: Актуальные вопросы внебольничной психоневрологической помощи детскому и взрослому населению: избранные труды; Материалы научно-практической конференции с международным участием, Санкт-Петербург, 21–22 мая 2009 г. СПб: Изд. СПб науч.-иссл. психоневрол. ин-та им. В. М. Бехтерева.; 2009. p. 157–8.
5. Wittchen H. U., Jacobi F., Rehm J. et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. Eur Neuropsychopharmacol. 2011; 21(9):655–79.
6. Jacobi F., Hufner M., Siegert J. et al. Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: the MentalHealth Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). Int. J. Methods Psychiatr Res. 2014; 23(3):304–19.
7. Roca M., Gili M., Garcia-Garcia M. et al. Prevalence and comorbidity of common mental disorders in primary care. Journal of Affective Disorders. 2009;119:52–8.
8. Sartorius N. Physical illness in people with mental disorders. World Psychiatry [Internet]. 2007 Feb [cited 2019 Nov 21]; 6(1):3–4. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17342212>
9. Spiegel W., Goldberg D., Prinz C., Fellerger P. New concepts for ICD-classification of common mental disorders from the perspective of general medical practice. Wiener Medizinische Wochenschrift [Internet]. 2015 Aug 7 [cited 2019 May 5]; 165(15–16):310–4. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s10354-015-0364-7>
10. Рыбина Н. А., Кулыгина М. А. Типология расстройств адаптации у студентов. Ученые записки — СПб ГМУ им. акад. ИП Павлова. 2009; 16(1):40–5.
11. Castellini G., Pecchioli S., Cricelli I., Mazzoleni F., Cricelli C., Ricca V. et al. How to early recognize mood disorders in primary care: A nationwide, population-based, cohort study. Eur Psychiatry [Internet]. 2016 Sep [cited 2019 May 5]; 37:63–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27570143>
12. Бобров А. Е. Актуальные проблемы последилового образования в психиатрии. Социальная и клиническая психиатрия. 2008;19(4):103–4.
13. Ястребов В. С., Михайлова И. И., Гонжал О. А., Митухин В. Г. Программа дестигматизации в психиатрии: методические рекомендации. Москва: Изд-во ЗАО Юстицинформ; 2009. 19 p.
14. Старостина Е. Г. Биомедицинские и психосоциальные аспекты сахарного диабета и ожирения: взаимодействие врача и пациента и пути его оптимизации?: автореферат дис. ... доктора медицинских наук?: 14.00.03. Москва; 2003. 40 p.
15. Lefèvre T., D'Ivernois J. F., De Andrade V., Crozet C., Lombraïl P., Gagnayre R. What do we mean by multimorbidity? An analysis of the literature on multimorbidity measures, associated factors, and impact on health services organization. Rev. Epidemiol. Sante Publique. 2014; 62(5):305–14.
16. Violan C., Foguet-Boreu Q., Flores-Mateo G., Al. E. Prevalence, Determinants and Patterns of Multimorbidity in Primary Care: A Systematic Review of Observational Studies. PLoS One. 2014; 9(7).

Европейская психиатрическая ассоциация

28-Й ЕВРОПЕЙСКИЙ КОНГРЕСС ПО ПСИХИАТРИИ

28 – 31 марта 2020 г., Мадрид, Испания

www.epa-congress.org

Суицидология в учебе и практике отечественных медицинских работников

Е. Б. Любов¹, П. Б. Зотов², В. А. Розанов³

В полемической статье группы ученых (психиатры, психолог) с многолетним клиническим и педагогическим опытом обоснована необходимость систематического обучения медперсонала основам суицидологии в рамках региональных программ предупреждения суицидального поведения.

Ключевые слова: суицидальное поведение, профилактика суицидов, обучение профессионалов.

“Самоубийство и покушение на самоубийство составляют объект особой междисциплинарной области знания суицидологии, которая интенсивно развивается во многих странах мира”.

А. Г. Амбрумова (1986)

Актуальность / контекст. Суицидология, как и психиатрия, пока не наука, но, не отличаясь систематизированной доказательной базой данных, развивается на стыке родственных дисциплин [1, 2], согласно биопсихосоциальной природе суицидального поведения (СП). Образцовые программы предотвращения самоубийств опираются на междисциплинарное и межведомственное взаимодействие [3], но отечественные суицидологические службы разобщены, малодоступны и недостаточно привлекательны [4, 5]. В итоге большинство суицидентов “проваливается” меж ячей профессиональной медико-социальной помощи.

Типовая региональная программа профилактики выделяет как мишени первоочередных лечебно-профилактических мероприятий частично пересекающиеся и неоднородные возрастные, социальные, клинические и прочие группы повышенного риска СП.

Большинство психических расстройств и дебют СП родом из детства и подросткового возраста (“*Молодость ходит со смертью в обнимку*”. С. Гандлевский). Но подростки избегают тугоподвижной (возраст-неспецифичной) стигматизирующей терапии, нетерпеливы в ожидании её пользы и обостренно воспринимают её “вред” (как бремя лечения). Не удивительно, что менее половины несовершеннолетних

жертв суицида получали какую-либо медицинскую помощь [6].

Будущие медики в практике и / или жизни обречены столкнуться с СП, коли каждый эпизод задевает обломками напрасной смерти 30 и более окружающих [7]. При этом учащиеся вообще и медицинских колледжей и институтов в частности — группа риска психических расстройств и / или СП [8]. Частота депрессивных симптомов у студентов-медиков почти 30 %, суицидальные мысли у каждого десятого, но лишь каждый шестой депрессивный обращается за психиатрическим лечением [9]. Опасения, напрасные и реальные, стигматизации, разглашения информации с неблагоприятными последствиями для работы (карьеры), суицидологические мифы множат барьеры на пути поиска специализированной помощи.

Врачи первичной помощи — “медицинский форпост” выявления депрессии и/или СП, но они “специфичны, но не чувствительны” к психосоциальному кризису пациентов, зауженные на соматических (или кажущихся таковыми) проблемах. Однако часть суицидентов перед трагедией обращается именно к интернистам, доверяя им более психиатров [10, 11], и от внимания врача зависит жизнь [12].

Треть пациентов территориальных поликлиник страдает клинической депрессией (не менее опасная субсиндромальная — у каждого второго), но лишь каждый десятый депрессивный из репрезентативной отечественной выборки [13] обратился в ПНД и получил 6-недельный (минимальный) курс антидепрессантов.

Активные потребители помощи территориальной поликлиники — пожилые (по “правилу третьей”, треть пожилых поглощает две трети объема медицинских услуг). Они неохотно делятся душевными невзгодами, не могут их выразить и избегают, как и их внуки, психиатрической помощи [14], но отягощают на визите в регламентированные 11 минут врача сетованиями на жизнь и бессонницу, за коими возможная суицидоопасная депрессия (“*У молодых самоубийств-*

¹ Отделение клинической и профилактической суицидологии Московского научно-исследовательского института психиатрии– филиал ФГБУ “Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского” Минздрава России, Москва.

² Кафедра онкологии ФГБОУ ВО “Тюменский государственный медицинский университет” Минздрава России; Центр суицидальной превенции ГБУЗ ТО “Областная клиническая психиатрическая больница”, Тюмень.

³ Кафедра психологии здоровья и отклоняющегося поведения факультета психологии ФГБОУ ВО “Санкт-Петербургский государственный университет”, Санкт-Петербург.

во — мольба о помощи, у стариков — о смерти”]. А. Кемпинский)

Клинической группой риска СП служат сомато-неврологические больные, особо с хроническим болевым синдромом и ограничением повседневного функционирования [15]. Парадигмальной суицидоопасной телесной болезнью можно полагать рак [16]. Отсюда необходимы онкопсихологи в штате диспансеров; непременно психологическая поддержка больного и его окружения на последовательных этапах лечения и реабилитации, но стандартизированный систематических скрининг СП не введен в порядок их деятельности.

Самые тяжелые (с медицинскими последствиями) парасуициды отмечены в многопрофильных больницах [17]. Настораживает, что до 80 % самоотравлений — психотропными препаратами (бензодиазепиновыми транквилизаторами, “классическими” антидепрессантами, вездесущим клозапином), указывая паттерны нерациональной полифармации суицидентов. Не более 5 % из них продолжают психиатрическое (суицидологическое) лечение после выписки даже при кризисном отделении в структуре больницы и кабинетах социально-психологической помощи.

До 90 % покончивших с собой психически больные, причем до 60 % страдали депрессией, как правило, не выявленной и адекватно не леченной [3], но зарегистрированные психиатрические пациенты (прошедшие “психиатрический фильтр”) составляют не более 10 % жертв суицида в России [18].

Однако психиатрические учреждения не гарантируют адекватность наблюдения и качественное ведение суицидентов [19, 20]. Персонал психиатрических больниц в разных регионах РФ от психиатров, клинических психологов до медсестер и санитарок мало сведущ в вопросах СП и заражен мифами “общего населения” вне связи со стажем и эпизодами СП подопечных в ходе профессиональной деятельности и личного опыта [21]. Так, 40 % психиатров вне связи со стажем полагают, что спрашивать пациента о намерениях покончить с собой нельзя во избежание “заражения”, а озвучивание суицидальных намерений не опасно. Стигматизация медицинским персоналом суицидентов возможна [22], но показательнее эмпатия (оправдательная позиция), косвенно указывающая на выгорание, проявляемое и в отстраненной реакции на очередное “импульсивное” (то есть непредсказуемое?) СП подопечного. Осторожный оптимизм вызывает пассивный настрой вполне удовлетворенного уровнем знаний о СП опрошенного персонала (80 %) на целевое обучение. В то же время и в том же месте каждый третий больничный пациент, вынашивающий суицидальные мысли, не отмеченные в историях болезни, как и динамика суицидального риска, страдает от нелеченой депрессии [23].

Среди факторов риска СП и агрессии пациента — напряженные отношения с персоналом и трудности

приспособления к хронотопу казенного учреждения. Типичный суицидент — “законник” и “беглец”. Важным условием формирования лечебной среды становится открытость персонала понимать и справляться с отчаянием больного.

Видимо, проблемой количества и качества отечественных общемедицинских, психиатрических и суицидологических служб оказывается недостаток обученных суицидологии кадров на фоне “привычного” дефицита медицинских и социальных ресурсов.

Нет худа без... Эффективные и доступные психиатрические (антикризисные) учреждения были бы “затоплены” нуждающимися с их эластичными потребностями по мере восстановления.

Что делать. Пока СП обходят стороной издания Национального руководства по психиатрии и клинические рекомендации по лечению психических расстройств, как и при преподавании психиатрии в медицинских ВУЗах и в процессе постдипломного образования и, не удивительно, при обучении иным медицинским профессиям. Однако доказательно эффективным элементом типовой программы профилактики суицидов служит обучение семейных врачей выявлению и лечению депрессий и СП [24], что показано и в отечественных программах [25]. Понятна отсюда обратная связь потребления антидепрессантов и уровня суицидов на региональном уровне [26].

Большая (до 80 %) часть душевнобольных в развитых странах мира лечится у семейных врачей, что дестигматизирует (“дедemonизирует”) и делает более доступным психиатрическое лечение. Вряд ли пока реально привлечь отечественных терапевтов к такой деятельности, но внедрение скринингов депрессии и СП необходимо с последующим обращением “проблемных пациентов” не в ПНД, но соседний (возрожденный) кабинет психотерапевта (социально-психологической помощи). Особыми навыками должны обладать детские и подростковые врачи (в особой нехватке в регионах), памятуя, что большинство психических и соматических болезней, потенциально суицидоопасных, родом из детства, как и распространенность предкризисных и кризисных состояний учащихся во всем мире. В руководствах для врачей общей практики предстоит прописать границы ответственности, условия помощи, взаимодействие с психиатром-консультантом. Так, отечественному интернисту (помечтаем) по силам и по функциональным обязанностям выявить группу риска СП (без психиатрического диагноза), контролировать безопасность (нежелательные действия как суицидогенный фактор) и эффективность поддерживающей терапии психотропными препаратами (но не их первичное назначение) и мониторировать риск СП. Риск межлекарственных взаимодействий (влияющий на субъективную переносимость и приверженность терапии), а также потенциал намеренной и случайной передози-

ровки при даже рациональной полифармации пред-
стоит обсудить с клиническим фармакологом.

Суицидологическая служба в России создана и функционирует как профессиональная [27] при малом участии добровольцев как основы зарубежных профилактических программ. Доля обученных целевым образом “Суицидологии” специалистов в отдельных регионах стремится к нулю при внешнем разнообразии нестандартизированных курсов, проводимых местными силами или с привлечением психиатрических НИИ. Интегральной частью местной (национальной) программы профилактики СП становится обучение специалистов и “вахтеров” (немедиков) [28]. Показательно: в приложении Приказа МЗ РФ от 6 мая 1998 № 148 “О специализированной помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением” находим примерную программу тематического усовершенствования (36 часов) по суицидологии; сотрудникам кабинета социально-психологической помощи и кризисного отделения вменяется консультирование коллег общемедицинских учреждений.

Обучение профессионалов междисциплинарному и межведомственному взаимодействию с учетом местных особенностей (социально-экономического и культурального контекстов, подготовки кадров, развитости сети общемедицинской и психиатрической, суицидологической помощи, резервов и препятствий программ) повысит мотивацию суицидентов и их близких к получению помощи и эффективность лечебно-профилактических мероприятий [28]. Улучшение выявления депрессии и тревоги в общемедицинской и психиатрической сети и качества (соответствия рекомендованным образцам) лечения — одно из условий снижения риска СП больных разного профиля.

72-часовой курс тематического усовершенствования (“пропедевтики суицидологии”), объединяющий психиатров, клинических психологов, специалистов по социальной работе, проводимый отделением клинической и профилактической суицидологии Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского (НМИЦПН) на своих базах и в регионах, представляет творческое продолжение опыта Федерального научно-методического центра РФ под руководством А. Г. Амбрумовой.

Апробирован и вариант дистанционного обучения как ресурс онлайн помощи и консультирования специалистов в отдаленных районах со сверхвысокими показателями СП. Разработаны тесты и “кейсы” (случаи “заболевания”) по суицидологии для последипломного образования специалистов.

Помимо освещения типовых факторов риска СП и методов их выявления, а также защитных факторов с акцентом на личные и медико-социальные ресурсы, социально-экономического бремени СП и ресурсосберегающего ффекта типовых программ профилакти-

ки в привязке к местной ситуации, следует отметить, что возможно снизить риск СП, но не исключить его, подготовив коллег к возможным психотравмам в связи с СП подопечных (возможно, близких). Отмечено бремя “выживших” (не только члены семьи, но и медперсонал и невольные свидетели — иные пациенты) как группы СП с привязкой к поственции. Уместны результаты качественных анализов (самоописаний), улучшающие понимание СП и защитных факторов от первого лица.

По мере развития образовательного процесса актуализирована проблема стандартизации курсов с привязкой к социально-экономическим и культуральным особенностям конкретного региона. Открытый более года назад в рамках НМИЦПН как его филиал Научно-практический центр профилактики суицидов и рискованного поведения несовершеннолетних занят и образовательной деятельностью с опорой на местный опыт.

Разработка и апробация с последующей оценкой и совершенствованием общих и дифференцированных учебных курсов различного формата стимулирует создание методических рекомендаций, клинических руководств как предтечи междисциплинарных и межведомственных антикризисных программ.

Систематизированный свод данных о суицидологии дает современное (2019) Национальное руководство (под ред. Б. С. Положего), но большинство методических рекомендаций (Федерального центра РФ) устарели. Между тем, весьма востребованы рекомендации, направленные на выявление и ведение групп высокого риска СП с сочетанными клинико-социальными проблемами, которые “проваливаются” меж ячей жесткой матрицы традиционной психиатрической помощи, таких как подростки, представители ЛГБТ сообществ, малых народов Севера и Дальнего Востока, молодые инвалиды, безработные, заключенные. Суицидологические службы для них пока мало развиты и не востребованы.

Примером обучения суицидологии непсихиатров стал модуль (72 час.) для онкологов, разработанный в НМИЦПН и апробированный на вебинарах в МНИОИ им. П. А. Герцена. Конгрессы по онкопсихологии (пример плодотворного взаимодействия на стыке областей знания), журналы “Суицидология” и “Паллиативная помощь и реабилитация” демонстрируют важность смычки профессионалов разных специальностей. По К. Юнгу, у любого неоднородного явления, как у кристалла, много граней изучения.

Обучение выявлению риска СП занимающихся общей медицинской и психосоциальной помощью [29] начинается с медицинских колледжей и институтов, где студенты недостаточно, как видим, способны оценить душевные недуги и помочь себе [30]. Если отношение к суицидам — функция клинического и личного опыта, освоение теоретических и практических навыков улучшит понимание природы СП и вы-

бор ресурсов профессиональной и неформальной помощи. Процесс обучения становится целительным (“излечись сам”).

Необходимо включение курса суицидологии (не менее 36 час.) в перечень элективных курсов студентов старших курсов медицинских институтов и психологических (социологических) факультетов в форматах семинаров, лекций, онлайн обучения и тестирования. На студенческой скамье своевременно подчеркнуть, что СП — атрибут любого страдания; риск его призван снизить любой профессионал (и ответственный гражданин) следованием рекомендованному канону.

Влияние СП на психологический климат отделения (учреждения) и душевное состояние персонала и пациентов может быть выраженным, длительным (отличать от естественной эмоциональной реакции на смерть), сказывается на повседневной жизни и работе, что указывает полезность формальной и неформальной поддержки (поственция) во избежание “точечных” кластерных суицидов. Перечень действий после самоубийства пациента [цит. по 31] должен быть известен профессионалу [32, 33].

Целесообразно обучение персонала технике тестирования (например, по шкалам депрессии) групп риска пациентов для последующей индивидуальной работы со специалистом. Важны опросы сотрудников для определения позиции по отношению к СП, косвенно указывающей и на степень выгорания, с последующим обсуждением результатов. Во избежание выгорания, сопряженного с СП, медработники должны быть обучены выявлению депрессии не только у подопечных, но и адаптивным навыкам совладания с дистрессом (“школа жизнестойкости”). Полезен курс танатологии с акцентом на междисциплинарные аспекты.

Заслуживает внимания обучение среднего и младшего персонала, общающегося с потенциальным суицидентом обычно теснее, нежели врачи, и определяющего отношение к профессиональной помощи [21].

Не случайно “суицидолог” отсутствует в перечне медицинских специальностей, ибо соответствующими навыками распознавания СП должен обладать не только медик, обучение специальным методам (как краткосрочной КБТ кризисных состояний) доступно клиническому психологу и/или психотерапевту; психиатр осведомлен, что “правильная терапия правильному больному” обладает мощным антисуицидальным потенциалом, а недолечение усугубляет риск СП.

Отказ от традиционного доминирования сугубо психиатрического подхода в суицидологии (извода биологического редукционизма в психиатрии) не позволяет перенести ответственность за решение многообразной проблемы на психиатров и укажет перспективы понимания СП и его многоуровневой профилактики.

Стратегия развития системы охраны психического здоровья в Российской Федерации до 2025 г. подразумевает непрерывный процесс преддипломного и постдипломного образования посредством междисциплинарного и межведомственного подходов.

СП в широких рамках девиантного поведения — индикатор сочетанного психического (духовного) и физического благополучия граждан, отсюда — показатель количества и качества медико-социальной помощи, развитости модели общественного здравоохранения “для всех и каждого”. Спектр СП подлежит мониторингованию как интегральный элемент рекомендованной клинической практики. Универсальным антисуицидальным фактором служит рациональная, с оптимизированным соотношением риск (“бремя лечения”) / польза (от излечения до паллиативной помощи) терапия и психосоциальная реабилитация. Осведомленность и бдительность психиатров и непсихиатров (прежде всего, семейных врачей) улучшит доступность и эффект антикризисной помощи и в перспективе облегчит социально-экономическое и гуманитарное бремя СП.

ЛИТЕРАТУРА

1. Амбрумова А. Г. Суицидальное поведение как объект комплексного изучения / Комплексные исследования в суицидологии: сб. научных трудов. М.: Изд. Моск. НИИ психиатрии МЗ СССР, 1986: 7–25.
2. Положий Б. С. Суицидология как мультидисциплинарная область знаний. Суицидология. 2017; 8 (4): 3–8.
3. Предотвращение самоубийств: глобальный императив. Женева: ВОЗ, 2014. 102 с.
4. Любов Е. Б., Кабизулов В. С., Цупрун В. Е., Чубина С. А. Территориальные суицидологические службы Российской Федерации: структура и функция. Суицидология. 2014; 5 (16): 3–17.
5. Любов Е. Б., Цупрун В. Е. Век, время и место профессора Амбрумовой в отечественной суицидологии [Электронный ресурс]. Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2013; 2 (19).
6. Pelkonen M., Marttunen M. Child and adolescent suicide: epidemiology, risk factors, and approaches to prevention. Paediatr. Drugs. 2003; 5: 243–265.
7. Любов Е. Б. Клинико-социальное бремя близких жертвы суицида: Если бы... Суицидология. 2017; 8 (4): 56–76.
8. Чистопольская К. А., Ениколопов С. Н., Озоль С. Н. и соавт. Специфика отношений к смерти у студентов медицинских профессий в областях России и Беларуси с умеренным и повышенным суицидальным риском. Суицидология. 2016; 7 (2): 51–56.
9. Rotenstein L. S., Ramos M. A., Torre M. et al. Prevalence of depression, depressive symptoms, and suicidal ideation among medical students: a systematic review and meta-analysis. JAMA. 2016; 316: 2214–2236.
10. Lake C. R. How academic psychiatry can better prepare students for their future patients. Part I: the failure to recognize depression and risk for suicide in primary care; problem identification, responsibility, and solutions. Behav. Med. 2008; 34: 95–100.
11. Pan Y. J., Lee M. B., Chiang H. C., Liao S. C. The recognition of diagnosable psychiatric disorders in suicide cases' last medical contacts. Gen Hosp Psychiatry. 2009; 31 (2): 181–184.
12. Ласый Е. В., Минкевич К. М., Подручный Д. В., Мартынова Т. Ф. Суицидальное поведение в личном и профессиональном опыте врачей-интернистов (результаты анкетирования

- участников проекта “Профилактика суицидов путем улучшения диагностики депрессии в первичном здравоохранении”). Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. 2010; 2: 6 – 21.
13. *Краснов В. Н.* Научно-практическая программа “Выявление и лечение депрессий в первичной медицинской сети”. Социальная и клиническая психиатрия. 1999; 9 (4): 5 – 9.
 14. *Conwell Y., Thompson C.* Suicidal behavior in elders. *Psychiatr Clin North Am.* 2008; 31: 333 – 356.
 15. *Зотов П. Б., Любов Е. Б., Пономарёва Т. Г.* и соавт. Соматическая патология среди факторов суицидального риска. Сообщение II. Суицидология. 2018; 9 (4): 85 – 108.
 16. *Любов Е. Б., Магурдумова Л. Г.* Суицидальное поведение и рак. Часть I. Эпидемиология и факторы риска. Суицидология. 2015.; 6 (4): 3 – 21.
 17. *Любов Е. Б., Зотов П. Б., Куликов А. Н.* и соавт. Комплексная (эпидемиологическая, клиничко-социальная и экономическая) оценка парасуицидов как причин госпитализаций в многопрофильные больницы. Суицидология. 2018; 9 (3): 16 – 29.
 18. *Любов Е. Б., Шматова Ю. Е., Голланд В. Б., Зотов П. Б.* Десятилетний эпидемиологический анализ суицидального поведения психиатрических пациентов России. Суицидология. 2019; 10 (1): 84 – 90.
 19. *Любов Е. Б., Магурдумова Л. Г., Цупрун В. Е.* Суициды в психоневрологическом диспансере: уроки серии случаев. Суицидология. 2016; 7 (23): 23 – 29.
 20. *Любов Е. Б., Зотов С. Б.* Диагностика суицидального поведения и оценка степени суицидального риска. Сообщение I. Суицидология. 2018; 9 (1): 23 – 35.
 21. *Любов Е. Б.* и группа исследователей. Опыт, осведомлённость и отношение больничного психиатрического персонала к суицидальному поведению. Суицидология. 2015. 6 (2): 18 – 29.
 22. *Руженков В. А., Руженкова В. В.* Отношение медицинских сестёр психиатрической больницы и факультета высшего медицинского образования к суицидентам, как отражение социальной стигматизации. Суицидология. 2013; 4 (2): 63 – 68.
 23. *Любов Е. Б.* и группа исследователей. Оценка больничными пациентами своих потребностей и удовлетворенности психиатрической помощью. Социальная и клиническая психиатрия. 2012; 22 (4): 51 – 56.
 24. *Любов Е. Б., Зотов П. Б., Носова Е. С.* Научная доказательность и экономическое обоснование предупреждения суицидов. Суицидология. 2019; 10 (2): 23 – 31.
 25. *Корнетов Н. А.* Что является лучшей формой профилактики суицидов? Суицидология. 2013; 4 (2): 44 – 58.
 26. *Любов Е. Б., Васькова Л. Б., Тяпкина М. В.* Уровни суицидов и потребление антидепрессантов в России и ее регионах. Суицидология. 2017; 8 (2): 49 – 54.
 27. *Любов Е. Б., Зотов П. Б., Кушнарев В. М.* История развития суицидологии в России. Суицидология. 2017; 8 (3): 22 – 39.
 28. National suicide prevention strategies: progress, examples and indicators. World Health Organization, 2018.
 29. *Mospan C. M., Hess R., Blackwelder R.* et al. A two-year review of suicide ideation assessments among medical, nursing, and pharmacy students. *J. Interprof. Care.* 2017; 31: 537 – 539.
 30. *Gramaglia C., Zeppigno P.* Medical Students and Suicide Prevention: Training, Education, and Personal Risks. *Front Psychol.* 2018; 9: 452.
 31. *Любов Е. Б., Цупрун В. Е.* Суицидальное поведение и шизофрения: Биопсихосоциальный подход в диагностике, лечении и профилактике. Суицидология. 2013. 4 (3): 3 – 16.
 32. *Филоненко А. В., Голенков А. В., Филоненко В. А.* и соавт. Самоубийства среди врачей и медицинских работников: обзор литературы. Суицидология. 2019. 2019; 10 (3): 33 – 43.
 33. *Юрьева Л. Н.* Суицид в психиатрической больнице: стратегии профилактики психической дезадаптации у медицинского персонала. Суицидология. 2014; 5 (4). 32 – 37.

**20-й всемирный конгресс ВПА по психиатрии —
70 лет Всемирной психиатрической ассоциации**

14 – 17 October 2020, Bangkok, Thailand

<https://2020.wcp-congress.com>

КЛИНИЧЕСКИЙ РАЗБОР

Психопатологическая загадка БОМЖа

Разбор ведет проф. А. А. Шмилович¹, врач-докладчик П. С. Свечникова²
(ПКБ № 4 им. П. Б. Ганнушкина, 17.01.2019)

Врач-докладчик: Уважаемые коллеги! Вашему вниманию представляется пациентка Бомж-неизвестная — Рюмина Ева Юрьевна, 1950 г.р. (69 лет), г. Архангельск

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 биопсихосоциальной реабилитации пациентки.
4. Определение социально-трудового прогноза.

09.12.2018 г. в ПКБ № 4 им. П. Б. Ганнушкина поступила пациентка: “Неизвестная Нет Нет”.

Из направления скорой помощи:

“Данных о наблюдении у психиатра нет. Алкоголем и другими ПАВ не злоупотребляет. Доставлена в ОВД с улицы, где бегала без верхней одежды и кричала, отказывалась сообщать о себе сведения, была агрессивной.

Психический статус: Возбуждена, кричит, пытается драться. В сознании, ориентирована верно. Мимика галлюцинаторная. Заявляет, что она “Человек Земли”, не сообщает паспортные данные. Говорит с кем-то: “это добавочный 3”.

Психический статус в приемном покое:

Находится в состоянии выраженного психомоторного возбуждения. Громко кричит, нецензурно бранится. О себе каких-либо сведений не сообщает, говорит, что “меня никак не зовут”. Стереотипно выкрикивает: “не буду обуваться, буду ходить босиком”. Пытается ударить ногой. Всем окружающим угрожает расправой. В переживаниях недоступна. Мимика напряженная, озирается, к чему-то приглядывается.

Психический статус при осмотре в отделении:

Осмотрена в постели. Сонлива. На попытку разбудить, начинает хаотично размахивать руками и ногами, толкнула санитарку ногой. Открывает глаза и старается целенаправленно ударить стоящий рядом

персонал. Возбуждена. На вопросы не отвечает, огрызается, кричит и нецензурно бранится. О себе какие-либо сведений не сообщает, говорит, что “меня никак не зовут”. Пытается ударить ногой. Всем окружающим угрожает расправой. В переживаниях недоступна. Мимика напряженная, озирается, к чему-то приглядывается.

Первые дни (09.12.2018 – 13.12.2018) оставалась возбужденной, бросалась на персонал, разговаривала преимущественно нецензурной бранью, категорически отказывалась называть себя и давать какие-либо сведения, говорила: “Вам какое дело... Вы и так должны все знать обо мне...”, “Я человек планеты Земля”. Не вступала в контакт, активно сопротивлялась осмотру, отворачивалась в сторону, закрывалась подушкой и одеялом.

Спустя несколько дней стала заявлять, что является гражданкой Великобритании, что просит связаться с консулом, но также не давала сведений о себе. Затем рассказала, что её зовут “Эмма Брейн”, что она член королевской семьи Великобритании, что она проживает в Лондоне. Но не могла объяснить, каким образом попала в Москву и что здесь делает. Говорила: “Я не помню ничего кроме имени и того, что я живу в Лондоне, память как отшибли”. Говорит, что знает “много языков”, но “помнит только русский”.

Утверждала, что обладает “несметными богатствами”, происходит из “знатного рода”, королевской семьи “Винзер”. При просьбе назвать адрес называла нелепые адреса: “Лондон, Темза...”. То говорила, что помнит, что с ней происходило в 2018 году, затем отказывалась рассказывать. Скрытна.

Спустя три недели после поступления в больницу попросила у врача сделать телефонный звонок (ранее говорила, что не имеет знакомых на территории России). Позвонила, со слов, подруге, как выяснилось позже, звонок был совершен по горячей линии технической службы “Сas”, начальнице у которой проработала последние 2 – 3 месяца. Просила бывшую начальницу приехать к ней и подтвердить, что она “Эмма Брейн”.

Бывший работодатель узнала по голосу пациентку и сообщила сведения о ней, а также выслала ксерокопию паспорта. Выяснилось, что пациентку зовут —

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

² Врач-психиатр отд. № 9.

Рюмина Ева Юрьевна, раньше проживала в г. Архангельске, переехала в Москву недавно, работала секретарем около 2 месяцев, затем “перестала справляться с работой”, пропускала рабочие дни, звонила начальнице с нелепыми претензиями. После получения ксерокопии паспорта пациентка подтвердила, что является Евой Юрьевной Рюминой. С большой неохотой дала некоторые сведения о себе, большинство из них оказались неверными (родители умерли, брат потерял, никогда не лечилась в ПБ).

Через некоторое время был найден брат пациентки, который разыскивает её около полугода вместе с матерью. Выяснилось, что 13 августа пациентка вышла из дома (проживала с матерью), сказав, что пошла в магазин за продуктами, и не вернулась. Объявив её в розыск, брат выяснил, что она улетела в Москву, но на связь так и не вышла. Брат приехал к пациентке на свидание, с ним общалась формально и холодно, но узнала. Хотя после того, как брат уехал, доктору сообщила, что он “надзиратель”, а не брат и “по крови никогда братом не был”.

Анамнез со слов брата и полученной медицинской документации из психиатрической больницы г. Архангельска:

Родилась в г. Бугуруслан Оренбургской области, в полной семье, старшим ребенком, имеет брата. Наследственность психопатологически не отягощена, но сын пациентки не прошел психиатрической комиссии перед армией. Мать по профессии бухгалтер, но работала мало, в основном занималась хозяйством. Отец летчик, умер в 2011 году от сердечно-сосудистого заболевания, злоупотреблял алкоголем последние 3 года перед смертью. В 1973 году семья переехала в г. Архангельск.

Беременность матери протекала с токсикозом во втором триместре, лежала на сохранении около 3 недель. Роды в срок без осложнений. Вес при рождении 3800 гр, рост 50 см. Росла и развивалась по возрасту, начала ходить в 10 месяцев, говорить в полтора года. Посещала детский сад с 3 лет, со сверстниками ладилась, была активным и жизнерадостным ребенком. В школу пошла в 7,5 лет, училась хорошо. Всегда была лидером в классе, к мнению которого прислушивались, участвовала во вне учебной деятельности школы, имела широкий круг друзей. Окончила 10 классов, поступила в педагогический университет, окончила его, получив специальность — педагог труда и черчения. В университете имела много подруг, с которыми долгое время после поддерживала отношения. По специальности работать не захотела, получила второе высшее образование по специальности бух.учет и аудит.

Вышла замуж в 1991 году (21 год), в 1994 г. развелась, так как муж ушел к другой женщине. В 1994 году стала встречаться, а в дальнейшем сожительствовать с женатым мужчиной, начальником банка, в котором работала. Отношения с ним были очень

близкие и доверительные, он ушел из семьи, в которой было трое детей, но развод официально не оформил. В 1995 году забеременела, но беременность протекала с осложнениями, с преждевременными родами на сроке 26 недель, девочка прожила 4 дня. С трудом пережила смерть ребенка, большую поддержку оказывал гражданский муж. Настроение долгое время было сниженным, не хотела ничем заниматься, запустила работу, потеряла аппетит. За помощью не обращалась, состояние нормализовалось спустя 1 – 2 месяца. В 1998 году родила сына, роды и беременность проходили без осложнений, мальчик родился здоровым.

В 2004 году сожитель погибает во время пилотирования самолета на тренировочной площадке на глазах у пациентки. В течение трех суток находилась под воздействием седативных препаратов, долгое время не могла прийти в себя, 4 месяца не вставала с постели, отказывалась от еды и воды, похудела, не обращала внимания на ребенка (6 лет), которым занималась мать. Постепенно состояние нормализовалось, вышла на работу. Бывшая супруга подала в суд на пациентку, так как ей и сыну было оставлено значительное наследство в виде нескольких квартир, долгое время судилась.

В это время стала меняться характерологически, стала злобной, подозрительной, пассивной. С 2005 года стала заявлять матери, что больше ни с кем не будет разговаривать и выходить из дома, так как устала от людей. Сократила социальные контакты, перестала общаться с друзьями, коллегами и родными. К матери и отцу охладела, выгоняла из дома. Отец пациентки близко к сердцу воспринимал ссоры с дочерью, стал алкоголизироваться, в 2011 (41 год) году умер от сердечно-сосудистого заболевания. После похорон отца состояние ухудшилось, совсем перестала разговаривать с родными, обращалась с ними грубо и в приказном тоне, позволяла только помогать по быту, сама запустила квартиру, не убиралась, не готовила еду, перестала мыться, запрещала мыться и стричься сыну, заставляла надевать несколько пар брюк, считая, что его могут изнасиловать.

Запрещала сыну оформлять паспорт, требовала от матери деликатесов, отказываясь есть простую пищу. Сожгла свои документы (паспорт, трудовую книжку), одежду, ковры, некоторую мебель и музыкальные инструменты, разбила окна в квартире и разобрала паркет. Запрещала родным обращаться к врачам, угрожала выброситься из окна, если они “ослушаются”. В 2015 году стала периодически уходить из дома в ночное время, собирая в сумку ножи и вилки, не объясняя куда направляется и с какой целью.

Впервые была госпитализирована в психиатрическую больницу г. Архангельска в 2015 году (45 лет), когда, вернувшись рано утром, была взбудоражена, злобна, кричала, не узнавала родных, кричала о том, чтобы они убрались из её квартиры. В больнице

впервые стала называть себя “Эммой Брейн”, подданной Великобритании. Говорила, что мать — это её уборщица, а брат — сын уборщицы, долгое время не признавала их. Прошла курс лечения и выписана под амбулаторное наблюдение, получила группу инвалидности (3 группа), около трех лет принимала лекарства. Устроилась на работу в банк, с обязанностями справлялась, коллеги отзывались о ней положительно. Наладила отношения с родными и сыном. Спустя два года отменила прием лекарств.

Постепенно состояние ухудшилось, стала вновь замыкаться в себе, отстранилась от близких, стала подозрительной, подожгла кухню в квартире, после чего вновь была госпитализирована в психиатрическую больницу. Лечилась с декабря 2017 года по январь 2018 года, выписана в удовлетворительном состоянии. Спустя несколько недель отказалась от приема терапии, на уговоры родных не реагировала. Дома ничем не занималась, целыми днями смотрела телеканал “муз-ТВ”, пела песни, танцевала, тратила деньги и раздавала их малознакомым людям. Убегала из дома, так в марте 2018 года ушла ночью из дома без обуви и сезонной одежды (температура на улице была –20 °С). Была найдена на набережной, где со слов, ждала вертолет от мужа. В тяжелом состоянии доставлена в городскую больницу с тяжелым переохлаждением и обморожениями. После в течение 2 месяцев лечилась в психиатрической больнице. Была выписана в мае 2018 года, на поддерживающей терапии Рисполепт-конста 37,5 в/м 1 раз в 2 недели.

До августа 2018 года посещала врача ПНД, делала инъекции. 12 августа 2018 г. не пришла на очередную инъекцию, а 13 августа 2018 г. улетела в Москву, при себе имела на тот момент около 10 – 15 тысяч рублей. Выбросила симкарту, на связь с родными не выходила.

Информация со слов пациентки после визита брата в больницу:

Приехав в Москву практически без денег, ночевала на улице и на вокзалах, познакомилась с мужчиной, который оформил для нее нелегальную регистрацию, поселил в хостел с условием, что она возьмет для него “некоторую сумму в кредит”. Оформила кредиты на себя в нескольких банках общей суммой около 2 миллионов рублей. После чего, была выставлена вновь на улицу, хотя на руки получила около 100 тысяч рублей. Сняла комнату в коммунальной квартире, устроилась на работу секретарем, проработала там около 2 – 3 месяцев.

Начальница отзывалась о ней как о старательном, исполнительном сотруднике. Нелепого поведения не демонстрировала до декабря 2018 года. Хозяин комнаты, в которой пациентка проживала, также отзывался о ней с положительной стороны, долгое время считал, что соседи по коммунальной квартире “придираются к женщине и провоцируют конфликты сами”. В съемной квартире конфликтовала с соседями

на почве собственной неопрятности (оставляла грязными посуду и другие предметы общего пользования). В начале декабря стала пропускать работу, объяснения давала нелепые, затем и вовсе стала звонить начальнице с претензиями: “почему офис переехал, а ей не сообщили”, при этом находилась в совершенно другом месте. Была уволена 06.12.2018 года.

09.12.2018 вновь ругалась с соседями, обнаружила, что её верхняя одежда испачкана, а обувь “порезана”, решила, что это их происки. Выбежала на улицу без обуви и куртки, вела себя нелепо, кричала окружающим “Я человек Земли”, позже сообщила, что кричала в камеры и хотела, чтобы её заметили. Прохожие вызвали полицию и скорую помощь, была госпитализирована в ПКБ № 4 как “Неизвестная”.

На настоящий момент остается настороженной, скрытной, на многие вопросы отвечать отказывается или говорит, только тщательно обдумав свой ответ. Ориентирована верно во времени и месте, себя называет Эммой Брейн. Рассказывает, что в детском возрасте была вывезена из Великобритании злоумышленниками в Россию (кем именно не сообщила). Что дата рождения, указанная в паспорте Рюминой Е. Ю., неверна, а настоящей не помнит. В России ей “стерли память и записали на память жизнь Рюминой Евы Юрьевны”. Сделали это ведьмы из России с целью сделать её жизнь невыносимой. Просит сделать “ДНК-тест брата и матери”, так как считает их настоящими родными, а “подосланными”, чтобы следить и надзирать за ней. Считает родным лишь сына, который тоже англичанин, так как юридически она все вспоминает, и возвращается в Лондон, так однажды летала “домой” и там забеременела от англичанина. При этом говорит, что большую часть своей жизни “не знала, кто на самом деле”, и “переживала жизнь Рюминой и чувствовала все потери, как она”. Утверждает, как только она начинает “вспоминать правду”, брат привозит ведьм, и они повторно “стирают память”. Разговаривает с некоторой неохотой, не доверяет врачам, постоянно переспрашивает, не навредит ли эта информация ей. Мышление с единичными соскальзываниями.

На фоне приема галоперидола в дозировке 15 мг в сутки, стали отмечаться нейролептические проявления (скованность, акатизия), несмотря на подключение корректоров (циклодол), симптоматика сохранялась. 10.01.2019 г. Галоперидол отменен, назначен Рисполепт в дозировке 2 мг в сутки, Циклодол 6 мг в сутки, Феназепам 1 мг в сутки. На этом фоне спустя три дня стала спутанной, дезориентированной, не спала ночью, бродила по палатам, ложилась в чужие постели, искала под кроватью сумку, пыталась выйти из отделения сообщая, что идет на “соцпрос”. С 14.01.2019 г. отменен Рисполепт, назначена инфузионная терапия с ноотропами и ПК-Мерц.

Проведенные обследования:

Осмотр гинеколога: Состояние постменопаузы

Осмотр терапевта: Общий медицинский осмотр

Осмотр невролога: Общий медицинский осмотр

ОАК, ОАМ, БАК, ЭКГ без клинически значимых отклонений.

Психолог А. О. Завражнова: Заключение по результатам патопсихологического обследования. Пациентка доступна продуктивному речевому контакту. К перспективе обследования отнеслась недоверчиво, настороженно. Активный диалог не поддерживает, требует время для осмысления вопросов, для более подробной информации требуются уточняющие вопросы. Пациентка ориентирована во времени, месте и собственно личности. Во времени чуть-чуть спутанно. Указывает неверную дату, просто не следит за календарем. А так верно все указывает.

Самостоятельных жалоб на состояние психической деятельности не предъявляет, свои переживания раскрывает неохотно. При детальном расспросе сообщила, что состояние в тот момент было возбужденным. “Разделась на остановке — это был протест, потому что “со мной несправедливо поступили”. Общий эмоциональный фон в ходе обследования неустойчивый, с оттенком сниженного. При затрагивании личных значимых тем становится раздражительной, включаются тревожные реакции. Поведение упорядочено, протестных оппозиционных реакций не предъявляет, пассивно приступает к обследованию. Мотивации к прохождению данного обследования не формируется. Критические способности к своему состоянию резко снижены. Себя описывает как человека спокойного и организованного.

Инструкции к интеллектуальным заданиям усваивает с первого предъявления, придерживается в ходе выполнения. Самостоятельно свои ошибки не отслеживает, помощь со стороны психолога игнорирует. В ходе исследования активной произвольной памяти отмечается легкое снижение механического запоминания, кривая носит неустойчивый характер заучивания (кривая запоминания 10 слов: 4; 5; 7; 6; 9...7). Также наблюдается нарушение целенаправленности, что выражается в конфабуляторных включениях при отстроченном припоминании. Продуктивность опосредованного запоминания резко снижена, при включении смыслового компонента воспроизводит 8 понятий из 19. Показатели активного внимания неустойчивы, без признаков истощаемости в условиях функциональной нагрузки (69 сек.; 57 сек.; 53 сек.; 44 сек.; 66 сек.). Психомоторный темп средний, с тенденцией к замедлению, что нельзя квалифицировать как истинные нарушения; данные особенности скорее говорят о нарушении мотивационного компонента деятельности, что находит подтверждение в других методиках. В ход исследования включается в медленном темпе, не стремится выполнить задания на высоком уровне, по окончании исследования не интересуется результатами своей деятельности.

При исследовании мыслительной деятельности выявлены ошибки по типу искажения процесса обобщения в виде актуализации латентных признаков и феномена “сверхообобщения” (при сравнении понятий “летчик” и “танкист” говорит, что отличаются они тем, что “летчик служит в гражданской авиации, а танкист — нет”). Также отмечается “размывание” структуры понятий при сохранности его предметной отнесенности (правильно выделяет группу “средства передвижения”), трудность в подборе адекватной номинации созданным группам; номинация может быть сверхообобщенной. Данные особенности прослеживаются и в ассоциативной продукции; образы стереотипные, со снижением эмоциональной наполненности; отмечаются содержательно отдаленные образы от заданных слов-стимулов, что характерно для искажения логики суждений (на понятие “справедливость” изображает ступени и флаг, поясняя: “Каждый борется на своем месте и получает флаг, и это справедливо”). В мотивационной стороне мыслительной деятельности отмечаются выраженные нарушения в виде снижения целенаправленности и разноплановости, обследуемая одновременно выделяет существенные и несущественные признаки объектов (в методике “Классификация” выделяет одновременно группу “свободное время препровождения”, куда входит мальчик и ложка и группу “рабочие специальности”, куда входит врач, моряк, уборщица, столяр). Обследуемая самостоятельно не отслеживает свою патологически измененную продукцию, не исправляет неточности даже при указании на ошибку, что связано со снижением критичности и саморегуляции мыслительных процессов.

При исследовании эмоционально-личностной сферы отмечается низкая интенсивность проявления аффективных реакций при повышенной тревожности, раздражительности и напряженности. Дополнительная личностная диагностика выявила заострение черт психастении и шизоидности в виде сензитивности, немотивированных опасений, трудностей социального приспособления, отчужденности в межличностных взаимодействиях, избирательности в контактах, застенчивости, боязливости, эмоциональной холодности, своеобразия восприятия и суждений, необычности мыслей и поступков, скрытности и формальной самооценки.

Таким образом, в результате проведения патопсихологического обследования на первый план выступают выраженные нарушения мыслительной деятельности по процессуально-специфическому типу (нарушения мотивационно-операционального звена в виде снижения целенаправленности, разноплановости, искажения процесса обобщения при сниженных критических и регуляторных способностях) у личности с заострением психастенических и шизоидных черт. Вторично выявлено снижение внимания и памя-

ти, обусловленное нарушением мотивационного компонента деятельности.

Лечение:

10.12.2018

Режим — НАДЗОР (психомоторное возбуждение), Диета ОВД (осн. вар. станд. диеты по Приказу 330 МЗ РФ),

Sol. Chlorpromazini 2.5%-2.0 — В/м 3 р/д. (утро/день/вечер № 5),

Sol. Haloperidoli 0.5%-1.0 — В/м 3 р/д. (утро/день/вечер № 5).

15.12.2018

Haloperidoli 0.005 in tab. По 1 т. 3 р/д. (утро/день/вечер)

Phenazepam 0.001 in tab. По 1 т. 2 р/д. № 2

09.01.2019

Haloperidoli 0.005 in tab. По 1 т. 3 р/д. (утро/день/вечер)

Cyclodoli 0.002 in tab. По 1 т. 3 р/д. (утро/день/вечер)

10.01.2019

Галоперидол — отменен.

Risperidoni 0.001 in tab. По 1 т. 2 р/д. (утро/вечер)

Cyclodoli 0.002 in tab. По 1 т. 3 р/д. (утро/день/вечер)

Phenazepam 0.001 in tab. По 1 т. 1 р/д. № 2 (вечер)

14.01.2019

Risperidoni — отменен

Sol. Amantadini 0.04%-500.0 in flac.. В/в. (2 раза в день № 5)

Sol. Mexidoli 5%-2.0 in amp. В/в в 500.0 физ.р-ра 2 р/д.(№ 5)

Дифференциальный диагноз:

• Шизоаффективное расстройство, смешанный тип. F25.2.

Рассматривая заболевание в динамике, необходимо отметить, что оно возникло у личности с неотягощенной наследственностью. В преморбиде развивалась как активная, жизнерадостная, стеничная, имела гипертимные, черты характера. Была лидером в группе и всегда самостоятельно принимала жизненно важные решения. Первый очерченный депрессивный эпизод зафиксирован в возрасте 25 лет, развился после психотравмирующей ситуации (смерти ребенка). Отмечались снижение настроения, ухудшение аппетита, потеря интересов, снижение работоспособности. Данный эпизод длился от 1 до 2 месяцев, редуцировался самостоятельно. Затем в возрасте 34 лет депрессивный эпизод, также был связан реактивным состоянием, развившимся в ответ на смерть супруга, с отказом от еды, апатией, мыслями о нежелании жить. После данного эпизода меняется характерологически, становится замкнутой, подозрительной, злобной. Отмечается явление социального дрейфа (бросает работу, теряет друзей и близких).

• Параноидная шизофрения, непрерывный тип течения. F20.004.

Можно предположить, что в период с 2005 года постепенно формируется параноидный (становится подозрительной, избегает родных) этап развития эндогенного расстройства, а затем и параноидный (жжет вещи, документы) по бредовым мотивам, а в дальнейшем присоединяются идеи особого происхождения, величия и преследования.

Учитывая клиническую картину на данный момент, определяющуюся парафренным синдромом с бредовыми идеями величия, высокого происхождения, богатства, а также идеями преследования, имеющими фантастический характер (ведьмы, стирающие память), и ретроспективными тенденциями бредообразования в виде конфабуляторной парафрении и ложными узнаваниями (синдром Капгра), целесообразно остановиться на диагнозе:

Параноидная шизофрения, непрерывный тип течения со значительными изменениями личности. Парафренный синдром. F20.004.

Ведущий:

— Обследование специалистов?

Врач-докладчик: Я уже озвучивала все. Терапевт, гинеколог, невролог — практически здорова.

Ведущий: Какие вопросы к врачу, психологу, по состоянию, по анамнезу, по терапии, по динамике? У меня есть несколько вопросов относительно периода. Вы собирали анамнез у брата. Не у мамы? — *И у матери тоже.* — Они не расходились в анамнестических сведениях? — *Нет. Брат просто некоторую информацию не мог предоставить, так как он все-таки большую часть времени жил самостоятельно. А мать последние 10 лет периодически к ней приходила, и последние 2 года проживала с ней.* — А эта история с мошенником московским — брат был в курсе? — *Когда он приехал, она ему тоже информацию сообщила, и он сейчас стал искать сведения. Но он, естественно, ничего до этого не знал. И сейчас пока подтверждений никаких нет. Это с ее слов.* — То есть он приехал сюда, узнав, что она в Москве, еще до больницы? — *Нет, нет. Это мы на него вышли. Он как узнал, что она в больнице, сразу приехал сюда из Архангельска и стал тоже собирать информацию некоторую, по поводу кредитов, также по поводу вот этого адреса в Химках. Но сначала...* — Вторая и третья госпитализации, там рядышком были, да? — *Да* — А выписка была, как я понимаю, в 2017 году, где-то в начале года, весной? Или нет? — *Последняя выписка в мае была. В январе она поступила. В январе 2018 года, получается. И практически случай этот длился до мая 2018 года, с выпиской на 3 – 4 недели.* — То есть с мая по август, в августе она в Москву уехала? — *Да.* — С мая по август она работала? — *Нет, она не работала.* — В каком она была состоянии? Вот в этот период, перед госпитализацией? — *В этот период она была, как брат описывает, в хорошем состоянии, и мать тоже говорит, что состояние было хорошее. Она вновь стала с ними более откровенной,*

стала как-то теплее и спокойней к ним относиться. Они даже не могли подумать о том, что она не придет на инъекцию. Она ходила на них. — С мая по август она получала Консту? — Она получала Консту, и все было хорошо. Но она не пошла на последнюю инъекцию. — Ну, она же работала в банке до этого? Она что, уволилась? — До этого работала в банке, но, когда в мае выписалась, она не вышла на работу, она уволилась. — Как она объясняла, брат не говорит, почему она вдруг ушла с работы? — Ну, ей было стыдно выходить на эту работу, сведения уже были известны, что она лечилась в психиатрической больнице. А до этого никто ничего не знал — Стыдно? — Ну, это они так интерпретируют. Я не могу сказать. Стыдно после того, как вскрылась информация, что она лечилась в психиатрической больнице. — Понятно. Ну, а как она себя вела, что она делала? Неизвестно? Она жила отдельно от брата, с сыном? — Она жила с сыном, и мать к ним тоже приезжала, так как в этот болезненный период она не готовила, не убиралась, и мать приходила помогать по дому. И в тот момент, когда она выписалась, она занималась небольшими делами — то в магазин ходила, то есть ее отправляли, что-то могла приготовить. Но мать все равно с ней проживала. Но в общем ничем не занималась. И на себя обращала внимания своим нелепым поведением, которое было в обострении. — Это понятно.

Участник разбора: У меня вопрос по поводу сына. Чем занимался сын, допустим, на протяжении 2018 года, и где он сейчас проживает, и какие их взаимоотношения? — С лета этого года сын уехал жить в Ярославль к своей девушке, с которой познакомился в Интернете. Сейчас не работает, никогда в своей жизни не работал. Не учится, ничем не занимается. Отец оставил ему несколько квартир. Они периодически одну квартиру продают. Купили ему квартиру в Ярославле и сейчас он там проживает на какие-то средства, оставленные отцом, ему перечисляют. Брат говорит, что сейчас эти средства, начинают заканчиваться, они уже активно продают квартиры и вот такими средствами живут.

Участник разбора: Каковы взаимоотношения между матерью и сыном на сегодняшний день? Что он рассказывает про мать? — Она к нему достаточно холодно относится, хотя сейчас считает его единственным близким человеком, так как он тоже происхождения высокого. Находясь здесь в Москве, она однажды только в соцсети написала ему какое-то сообщение. Характер его был такой: “Теперь ты сам за себя. Забудь меня”. Но вот именно это обратило на себя внимание — “теперь ты сам за себя”. — Вы у сына брали какое-то интервью? — С сыном я не общалась. Я общалась только с братом и с матерью, которые сейчас тоже находятся в Архангельске, но мы с ними связываемся.

В. Н. Гладышев: А из правоохранительных органов к нам в больницу никаких запросов не было? — Приходил запрос уже перед самым Новым годом, просто в поиске. Так как брат в розыск подавал ее. Но на тот момент мы уже связались с братом, и он уже ехал к нам сюда. — Объективное подтверждение этой кредитной истории какое-то есть? — Объективно нет никакого подтверждения. Но, я думаю, могло бы быть.

Ведущий: А документы ее восстановили, паспорт ее? — Нет. — Она его сожгла? — Да, но тогда его восстановили. А сейчас при ней при поступлении паспорта не было. На работу она устраивалась с паспортом, была прописка в Химках. Ну, кредит, естественно, брала тоже с паспортом. И после этого она не говорит, где паспорт. — Паспорта нет? — Она говорит, что паспорт утерян, но как, при каких обстоятельствах, не рассказывает. — Понятно.

Участник разбора: На протяжении лета она жила на те же средства от продажи квартир, да? — На протяжении 2018 года у нее были еще свои средства сохраненные, и на них она жила. Жила она, в принципе, достаточно скромно, со слов брата, хотя претензии у нее всегда были большие, чтобы мама привозила им какие-то деликатесы, устриц постоянно просила у нее, то есть какую-то особую еду. Но сама денег тратила немного. И тут инвалидность у нее уже закончилась, то есть, средств нет, не работала. Но в Москве закончились вот эти 10 – 15 тысяч, ей, с ее слов, мошенник выдал 100 тысяч, которые она отложила, сняла за 15 тысяч комнату, и пошла все-таки, устроилась на работу, так как считала, что надо работать. С работой справлялась.

Ведущий: Еще пара вопросов. Может быть, я просто не успел зафиксировать. Я правильно понял, что в момент перевода с галоперидола на rispолепт у нее началась спутанность? — Да, неожиданно. Причем, дозировка rispолепта была 2 миллиграмма. — Больше не было психотропных препаратов, кроме rispолепта? — Феназепам, 1 миллиграмм на ночь в таблетированной форме. — И это началось прямо в тот же день? — Мы назначили ей в четверг, а в понедельник, с ночи с воскресенья на понедельник у нее вот это состояние началось. — В четверг Вы назначили rispолепт и отменили галоперидол? — Да, и в воскресенье у нее в ночь началась спутанность. И мы в понедельник ее увидели в таком состоянии... Она постоянно что-то бормотала, суежилась, искала телефон под одеялом, под кроватью сумку искала. После того, как мы провели всю инфузионную терапию, спутанности у нее нет, но она сейчас не получает нейролептики и, естественно, психотика сохраняется. — А быстро прошло? На следующий день уже не было? Ночь только? — Да, прошло быстро, но она была сначала в спутанном состоянии, и мы стали назначать инфузионную терапию, и она оставалась сонливой. И вчера еще была такая немножечко сонливая, вот с пси-

хологом общалась такая сонливая, кивающая, быстро истощалась. А сегодня пободрее. — А анализы у нее брали, когда она спутанная была? — Нет, анализы, не брали. — А корректоров много было перед отменой? — 6 миллиграмм циклодола было. Перед Новым годом мы назначили ей циклодол, появилась некоторая скованность. Получается, где-то с 31-го по 9-е уже был циклодол в дозировке 6 миллиграмм. Ну, в общем, на момент отмены галоперидола и назначения rispипепта, она в большей дозировке циклодола не получала, мы больше не делали. — А, вы его оставили? — Да, мы его оставили. Потому что у нее была выраженная скованность, она не могла говорить, у нее челюсти сводило. — Ясно. А обморожения у нее были? Когда она там... — Это было в марте 2018 года, да. — На сегодняшний день у нее есть проблемы? — Там все закончилось очень хорошо. Были поверхностные обморожения поясницы и нижних конечностей, пальцев. Но все обошлось без операционного вмешательства, просто ей там помогли.

Участник разбора: Актуальное поведение в стационаре сейчас с другими пациентами, взаимодействие? — Замкнута, ни с кем не общается, недоверчива. К нам до сих пор все-таки с большим недоверием относится. Всю информацию приходится вытягивать. Если у нас есть какие-то объективные сведения, которые мы ей предоставляем, только тогда она дает еще какую-то крупную информацию. По поводу симптоматики, которую мы описывали, там с Великобританией, с богатством и всем остальным, она активно продуцирует. И сегодня она еще стала говорить, что она Эмма Брейн, это ее личность, она работала на ФСБ. В общем, это было в прошлой жизни, в той, в которой она была в Великобритании. В ФСБ в Великобритании. Это она нам сегодня сообщила.

В. Н. Гладышев: Это было довольно интересно, я присутствовал. Вот она говорит: “Я Эмма Брейн, я поданная Великобритании” — и это все с таким акцентом, как когда англичанин говорит по-русски. А ее основной язык — английский, но просто он стерт сейчас с нее, и остался только русский. Говорит: “Вы проверьте, я состою в группе...” “Королевская семья Великобритании” “ВКонтакте”. Мы заходим в телефон, и оказывается, что действительно есть такая группа, и она там состоит. — “Виндзор”. Но мы пока так и не выяснили, что это. А вообще я сам смотрел пациентку три раза. Первый раз мне ее показывали, поскольку она поступила очень острая. Я зашел другую пациентку смотреть, но, как всегда, мне показали еще несколько человек. И в том числе вот эту пациентку. При поступлении ее фиксировали, но в тот момент она уже не была фиксирована, она могла меня слушать, что-то такое отвечала, но не говорила, кто она. А во второй раз, она просила: “Можно мне беседу с начмедом? Только ему я сообщу, что я Эмма Брейн”, и когда я пришел, она начала говорить про группу

“ВКонтакте”, сообщила, кто она такая, это было уже какое-то определенное движение вперед по пути идентификации личности. И потом уже в третий раз, когда она могла общаться в этом русле, она сообщала, что она Рюмина. Но я уже звонил в Архангельск, разговаривал с руководством Архангельской психиатрической больницы, но, к сожалению, выписки оттуда достаточно малоинформативные. Новой информации оттуда не было. Мы уже имели информацию от брата и от мамы.

Ведущий: Спасибо. Если вопросов больше нет, давайте позовем пациентку.

БЕСЕДА С БОЛЬНОЙ

Ведущий: Потрясающе. Проходите сюда, пожалуйста, присаживайтесь. Я хочу для начала представиться. Меня зовут Андрей Аркадьевич. Я заведующий кафедрой психиатрии медицинского института. — Хорошо. — Все присутствующие здесь люди — это врачи-психиатры, психологи, это те, кто здесь сидят для того, чтобы помочь Вам. — Понятно. Но я прошлый раз все рассказала. Мне нечего больше добавить. — Сколько Вам лет? — 30, ну, смотри. Если с 70-го года считать, то 48. — 48. А можно как-то с другого года считать? — Да. Можно с 60-го года считать. — С 60-го. То есть тогда Вам 58 лет? — Да. — Как это может быть? Поясните? — Я просто не старела некоторое время назад. А сейчас начала стареть. — Какое-то время Вы не старели? — Да. — То есть, как бы застыли в одном возрасте, правильно я понимаю? — Да. Да, да. — Когда это произошло? И как? — Я не могу этого сказать, когда произошло. Я просто была с... — Не можете — потому что не можете вспомнить? — Нет, потому что я просто не помню, как и когда это произошло. Просто я жила обычно в своем теле. Просто сейчас с моим телом стали происходить изменения. То есть я сейчас стала, А до этого я все время была молодая, могла очень хорошо выглядеть. — Вы жили в обычном своем теле... — Конечно. — ...и все было хорошо? Да? — Да. — Но что-то такое произошло, после чего Вы стали стареть? — Да, наверное. Да. — Я правильно понимаю? — Да. — Ну, хотя бы приблизительно, когда это могло произойти? Примерно. — Ну, вот когда... а, примерно. В 2014 году, по-моему. Или в 2013-м. — Буквально вот несколько лет назад? — Да, несколько лет назад у меня появились седые волосы. — Седые волосы. Ну, хорошо. Но у Вас же есть какой-то паспортный, официальный возраст? — Да, вот паспорт, официально я родилась в 70-м году. — В 70-м. Ну, будем придерживаться этой версии. Как Вам здесь в больнице у нас, скажите? — Хорошо. — Все ли в порядке? Вот обстановка в отделении, ничего не гнетет Вас? — Нет, не гнетет. Но очень хочется выйти на свободу. — Выписаться, давайте так говорить. “Выйти на свободу” — это говорят заключенные в тюрьме. — Выпи-

саться. — Здесь же больница. Понятно. Ну, а познакомились ли Вы, может быть, с кем-то из пациентов? — Да, конечно, я знакомилась. — Соседки по палате? — Да, с соседками по палате. — Вам комфортно с ними общаться? Или все-таки Вы чувствуете какую-то... — Да, комфортно. Нет, мне очень комфортно в вашей клинике. По сравнению с архангельской — это небо и земля. — Я думаю, это приятно слышать, особенно администрации этой больницы. Ну, хорошо. А как с врачами у Вас контакт? Получается с врачами, с психологами? — Ну, думаю, да. — Вот Вы разговаривали много раз. Видите, здесь присутствуют как раз все Ваши доктора. — Да, да. — Вообще, есть ли динамика какая-то положительная, помогают Вам? — Да, есть. — Вы уже здесь находитесь с 8-го, кажется, числа, да? — Да. — С 8 декабря. — Да, месяц. — Больше. Месяц с небольшим. Что можете сказать, вот за этот месяц какие положительные сдвиги? — Ну, в голове прояснилось немного. Поняла, какую глупость я совершила. — Так. — Все. — Что Вы называете глупостью? — Ну, ту сцену на остановке. — Сцену на остановке. Это та сцена, из-за которой Вы оказались в больнице, да? — Да. — Именно в тот день Вас привезли к нам? Можете рассказать? — Ну, это глупость, это как Вы имеете в виду какой-то поступок? — Кто-то там присутствовал рядом с Вами, был на остановке? — Ну, я не для этих людей делала, этот поступок совершала. — Не для них? — Не для них. — Для кого? — Ну, для тех, кто смотрит. — Для тех, кто смотрит. — Да. — Но для Вас это был очень важный поступок, насколько я понимаю. Вы не просто так его совершили. Это была какая-то цель, может быть, миссия? — Нет, не миссия. Просто цель. Я показать, что я дома в своей стране. — Что Вы дома, в своей стране? — Да. — И я правильно понимаю, что речь идет об Англии? — Нет. О России. — Россия? — Ну, в данном случае именно Россия, потому что я родилась так, все равно я Ева Рюмина, то это именно как в России. — А если придерживаться второй версии, что Вы родились в 60-м году? — То тогда был другой человек... — Ну, Вы его называли много раз, я поэтому. Вы говорили докторам имя Эмма Брейн. — Нет, Эмма Брейн — это у меня английское имя. А в России у меня еще была Марина Фирсова. — Марина Фирсова? — Фирсова, да. И она, и паспорт был с 60-го года оформлен. — Был такой паспорт у Вас, да? — Да. — Понятно. Получается, я уже вижу — 3 человека. — Да, 3 человека, да. — Два российских человека и один — английский. А Эмма Брейн — это кто? Фирсова или Рюмина? — Это одно и то же лицо, все три имени. — А, все три одно и то же? — Да, абсолютно. — Но я подумал, раз разные года рождения, то... — Мне сделали одни документы, потом у меня их украли. Мне тогда другие документы. Все, внедрили в семью. — Что-что внедрили? — Внедрили в семью, в которой я жила и думала, что... — Вас внедрили? — ...это моя родина. — Это еще ко-

гда Вы ребенком были? — Нет, я не была ребенком. — А когда? — Меня привезли в 60-м году в вашу страну, я уже была взрослой женщиной. — Подождите. Как же Вы могли в 60-м быть взрослой женщиной, если Вы только родились тогда? — Нет, я не родилась. Это просто год рождения, установленный в паспорте, и все. Я родилась гораздо раньше. — В каком? — И я не была ребенком в вашей стране никогда. — А в каком году тогда? — В каком году, я не знаю. Не помню. — Ну, это вообще в XX веке было? — Понятия не имею. — То есть может быть и значительно раньше? — Может быть. — Ну, тогда эта история, так сказать, из категории таких фантастических? — Да, фантастических. Но если вы пригласите кого-нибудь из ФСБ, которые знают Марину Фирсову в лицо, то они вам расскажут все. Про всю фантастику. — Чем занималась Марина Фирсова? — Работала на ФСБ. Сначала она, когда... — Агентом? — Да. — Она работала агентом? — Да. — По всему миру или только в России... — Наверное. — ...тогда еще в Советском Союзе? — Да. А потом переименовали в ФСБ. Этому я способствовала. — Вы способствовали переименованию организации из КГБ в ФСБ, я правильно понимаю? — Да, да. — Кстати, а зачем Вы это сделали? — Потому что меня заставляли работать. — Нет, нет. Зачем Вы переименовали КГБ? — Ну, потому что Советский Союз скончался, и была уже новая Россия. — Ну, понятно. И Вы чувствовали, что Вас кто-то заставляет это делать? — Я не чувствовала. Мне давали приказы. — Как? — И то, что надо было исполнять. — Как эти приказы Вы получали? По почте, я не знаю, или... — Да, конечно. И явившись к руководству, мне давали приказ и сроки исполнения. Все. Потом доложить о выполненном действии, с учетом доказательств, которые находились в тех местах люди, и должны были проследить, что я именно в это время там убила того-то человека или еще что. — Значит, Вы были не просто агентом, но агентом, выполняющим такие киллерские практически приказы, да? — Да. Все за свой счет. — Я не расслышал. — Все за собственный счет. — За собственный счет. — То есть я не получала от государства ни копейки за свою работу. — Зачем Вы тогда работали? — Потому что меня заставили, в невыносимые условия. Они издевались надо мной. — А почему Вы не могли отказаться? — Потому что они издевались надо мной. Вы даже не знаете, как это было тяжело. — Ну, конечно, я не знаю, поэтому я и спрашиваю. Это очень важно. Нам нужно Вам помочь, и для этого мы должны знать, что с Вами было. — Вы мне не можете помочь никто. — Я сомневаюсь. Я знаю, что Вам помогали уже врачи, и не один раз. — Нет, точно они не помогают. Мне могут помочь только мои люди. Которых я не помню. Вот и все. — Ну, тогда мы можем помочь Вам найти Ваших людей. — Давайте. ФСБ. Пригласите ФСБ. Кто там... — Ну, знаете, ФСБ — это такая большая

организация... — Да, большая организация. — ...что просто так брать и приглашать кого-то. — Тех, кто знают именно Марину Фирсову в лицо. — Ну, для начала давайте Вы все-таки расскажите, как они Вас заставляли это делать. — Издевались, пытками. — Как, как? — Ну, пытка... пытали по-разному. Я не помню уже. — Физически или морально? — Конечно, даже физически. И физически, и насиле. — Это было давно? — Это было в 60-м году. — В 60-м году. Понятно. — Но все равно никто мне не может здесь помочь. Ну, просто нужно... я просто как кукла... — Давайте так. — ...которая говорящая невероятные вещи. Но все равно никто не поможет мне. — Ну, тем не менее, я... — Я поняла, какую глупость я совершила на остановке, да. Вот и все. — Тем не менее, я думаю, что мы все-таки сможем Вам помочь. Вот такой у меня вопрос. Как Вам удалось в конечном итоге вырваться из этой истории? — Только переименовав СССР в Россию, мне удалось вырваться. Но это, я не работала никогда, я не хотела на него работать. Меня заставляли. — Фактически Вы это сделали для того, чтобы вырваться из этого насилия? — Да. Да, да. — И с этого времени, когда это случилось, все издевательства прекратились? — Да. Появились ведьмы. Которые ну как бы выводили меня из состояния себя. И внушали мне, что я девушка, которая живет в семье все-таки Замкова, которая на меня очень похожа... Это я думала, что я эта девушка. — А эти ведьмы выглядят как обычные люди? — Как обычные люди. — Женщины? — Ведьмы? Да. Они, знаете, их не видно. Они женщины, мужчины, ведьмаки. И они меня, платили деньги этим ведьмам, чтоб, когда им нужно было решить какую-то задачу, они выводили в себя, приводили себя, я ехала там решать какие-то ихние задачи, приказы. Это началось с 70-го года. Они меня туда-сюда возили. То выведут, то... то в школу я хожу, ходила не знаю, сколько раз. Поступала в медицинское училище, тоже не знаю, сколько раз, сколько я перелопатила всякой литературы. — Давайте вернемся к жизни Рюминой. Хорошо? — Давайте. — И я так понимаю, что у Вас было два брака. — Нет, у меня был один брак. Только с Андреем Рюминым. — Ну, хорошо, с Андреем Рюминым. Который погиб? — Нет, он жив. Ну, нет, тот Андрей Рюмин, который, да, мой настоящий муж, он погиб. А тот, подсадная утка, он жив. — То есть существует некто... — Все очень сложно. Но я не могу вам сейчас все рассказать, потому что... — Почему? — ...У меня нет памяти, нет памяти. — А куда делась Ваша память? — У меня память стирали несколько раз, понимаете. Как стерильные, бинты стирают. Ведьмы копались в моей голове бесконечно. Они знали все, что я делала, когда делала, и с кем, о чем говорим. Мне приходилось просто прятать свои мысли, не думать ни о чем, и делать свои дела. Потому что надо было вырваться, и тут я... я жила как Ева Рюмина, думала, что я Ева Рюмина, у меня был любовник, я на содержании была.

Я тогда думала, что я родила от него ребенка, но это... когда приходила в сознание, я понимала, что все это не так. Я убежала. Пряталась, как только могла. А мне говорили, что находили с помощью тех людей, которые привезли меня из Англии. Они имеют надо мной власть, просто притягивают меня к себе, когда видят. Я, за моей спиной как бы. — Ну, Вы знаете, что мы разговаривали с человеком, который говорит, что он Ваш брат? — Да. — Я знаю, что Вы его не признаете братом родным. — Я его не признаю братом. — Но, тем не менее, он говорит, что у Вас была работа, Вы работали в банке. — Да, работала, да. — Что Вы по профессии бухгалтер. — Да. Второе высшее образование, да. — Да, у Вас второе. Первое образование — Вы педагог, насколько я понимаю. — Педагог, да. — И какое-то время проработали в школе. — Я один год отработала учителем рисования. — Черчения. — Черчения, рисования. — Черчения, рисования. И потом решили вторую профессию получить? — Да. Потом меня мама устроила. Ну, мама устроила в банк работать, и я работала в банке. Потом ушла с работы, потому что вот этот мой любовник хотел, чтобы я была во всей его власти. Но он хотел очень сильно жениться, но не на Марине Фирсовой. А так как у меня отобрали документы все, удостоверяющие ее личность, ну как мою, я уже не могла быть Мариной Фирсовой никак. Но они пытались все-таки каким-то способом заставить. — Он также говорил о том, что Вы пережили очень тяжелую депрессию в свое время после гибели мужа. — Ну, после гибели... я никогда не любила этого человека. А моя депрессия была из-за того, что не на что жить будет. Я не могла содержать тот уровень, мне надо ребенка было воспитывать, только из-за этого плакала. — И непросто Вам пришлось, когда умер отец. — Ну, это другое дело. Я это не переживала долго. Реально. — Не было таких переживаний? — Нет, не было. — Ну, ладно. Как будто бы еще были неудачные первые роды в 90-х годах. — Были, да. Но мне их прекратили мои ребята, которые узнали, что я была беременна, а мне нельзя было беременеть, ни в коем случае. — Ваши ребята — это? — Мои люди, с которыми я работала. — С которыми Вы работали. Вы опять же говорите о секретных службах сейчас? — Да. — Скажите, пожалуйста, сейчас Вы уже не работаете на них? — Нет. Давно. — С какого времени? — С 2004 года я уже точно не работала. А до этого еще помогала как бы. — Понятно. Но Вы восстановились после такой работы? Ну, психически смогли восстановиться? — Да, конечно. — Все-таки после этих издевательства всех... — Это было очень давно, но я не забуду этого никогда. Конечно, я успокоилась и решила изменить строй в этой стране. С помощью наших людей. — Сейчас? Сейчас? — Да, сейчас. И теперь у меня родился сын. — А, то есть это уже Ваша инициатива, это уже Вас не заставляют? — Абсолютно моя инициатива. Но все равно... — У Вас есть план по ре-

формированию строя? — *Строя. СССР в Россию. — Только Россия? — Да, конечно. А что еще? — Ну, я не знаю. Европа, Америка, Китай. — Нет, нет, только Россия. Россия для русских. — Основная, значит, Ваша идея — это Россия для русских? — Конечно. — Понятно. Что делать с нерусскими? — Они должны соблюдать закон страны, в которой они живут. Если они не русские. — Ну, все должны соблюдать закон. Для этого и законы. — Да, абсолютно все. Но вы имеете... другие национальности, которые живут в России и не соблюдают законы. Они все должны соблюдать закон. — Мне почему-то кажется, что соблюдают и не соблюдают законы одинаково и русские, и не русские. — Да, абсолютно верно. — Так все-таки, какая Ваша основная идея вот по реформированию? Что именно Вы планируете сделать? — Чтобы была демократия. Потому что людей убивали за то, что они мне надевали трусы, понимаете. Потому что сперма, когда меня насиловали, стекала по ногам. Вот все. — Ну, Вы сейчас говорите о своей жизни. — Да. — А мы вроде бы начали говорить о таких макрополитических процессах. — Если я... я просто решила, что в этой стране будут жить только свободные люди, нормальные люди. — Как Вы это планируете сделать? — Я уже это сделала. В 91-м году. И уехала работать в Америку. Я уже уехала из этой страны... — А, Вы были в Америке? — Да. С 91-го года я уехала в Америку. Там погибли мои ребята, вертолетчики, и я приехала, чтобы попрощаться. Они меня хотели в ловушку заманить эти дурацкие ведьмы. — Когда Вы вернулись? — Да. — Ведьмы только здесь? — Ведьмы только здесь. — Или в Америке тоже? — Нет, нет. Ведьмы только здесь. — Ну, хорошо. А Вы помните, как Вы лечились в Архангельске в больнице? — Какие больницы? — В одной больнице в Архангельске. — В психиатрической? — Да, в психиатрической. — Да, конечно, помню. — Помните. Как будто бы после одной из госпитализаций у Вас полностью все прошло. — У меня прошло. Дело в том, что на меня таблетки не действуют. Потому что ну это психиатрические клиники каждый... ну, в этой стране, я прошла через все, и у меня ясность такая же ума, как и была до поступления. То есть я не чувствую, что мне легче каким-то способом. Я просто приняла действительность такая, какая она есть, вот и все. Это лекарства как таковые, они на меня не влияют, я не ощущаю вот. Ну, влияют, были скованность вот это, это есть. А в голове такая же ясность, как и всегда. — Я понял. Скажите, вот все-таки и Англия, и перелет в Америку — это же большие затраты финансовые. — У меня очень много денег. Я самая богатая женщина. Поэтому я и здесь, в вашей стране. Потому что все хотят получить мои деньги. — Ваши средства находятся где-то в России... — Нет, конечно. — ...или за рубежом? — Конечно. — Какие-то крупные счета зарубежных банков? — Да, абсолютно. Да. — Верно? — Верно. Но я*

сейчас не помню, ни коды банков, ни каких банков. — Есть недвижимостям какая-то, есть места, где Вы можете жить? — Конечно, есть. — Почему тогда так получалось, что Вы здесь жили? — Я ничего не помню, ничего не помню, вы понимаете. — Не помните. — Мне стирали память, я ничего не помню. Не знаю, кто. — Ведьмы? — Ведьмы. Я не знаю, кто я. Когда они меня выводят из себя. Я полностью, они заставляли меня танцевать, когда у меня руки-ноги вообще двигались, а я была просто как кукла тряпичная. Вот они имели надо мной такую власть, и все время. — Вы чувствовали себя как марионетка? — Как марионетка, да. А когда нужно было правительству приводить меня в себя, они платили ведьмам деньги, и тогда меня приводили в себя, чтобы я работала. И сказала, что надо делать. — Но наверняка Вы пробовали как-то бороться с этим? Не может быть, чтоб Вы спокойно сидели. — Ну, пробовала. Ну, естественно, пробовала. Если жила в теле, которое нашла. Но все равно они появлялись снова и снова. И ребята меня искали. — А, книги имеют к ним отношение? — Книжки, которые ведьмы читают. — Все, я понял. — Они же не самые умные. Они все знают из своих книг. — Поэтому Вы сожгли книги дома? — Нет. Книжки я сожгла не поэтому. Просто хотелось камин топить, а дров не было. — А что, у Вас не было отопления обычного? — Нет, я просто хотела камин. — Камин. — И сожгла заодно свою старую одежду. — Ну, Вы и мебель сожгли, и музыкальные инструменты. — Ну, какую-то скрипку, которая стоила 20 копеек. Он все равно на ней не играл. Это я настаивала, чтоб он закончил музыкальную школу. — Ну, сын — Ваш? — Конечно, мой сын. — Это Ваш сын? — Да. — Если не секрет, кто его отец? — Секрет. Я сама не знаю. Ну, сейчас я не помню ни фамилии, ни имени вообще английского. Но он зарегистрирован в Англии. — Он зарегистрирован в Англии. — У него есть английский паспорт. Мне надо только вспомнить, как его зовут, по правде. — Но точно известно, что он сейчас в Ярославле находится. — Абсолютно. Нет. Он, я... я там... — Зачем тогда ему быть в Ярославле, если он в Англии? — Нет, он в Англии. Я сказала, что в Англии у него есть вся регистрация о том, что он англичанин. Но сейчас он не помнит уже о том, что я ему говорила, что он англичанин. Он не знает языка, потому что я сама не говорю по-английски, когда я не в себе. Это уже там я попросила одну ведьму так сделать, чтобы они не использовали меня в качестве заработка денег. Понимаете? То есть ну многим пришлось поступиться, чтобы было жить хотя бы хоть как-то в человеческих условиях. — Понятно. Ясно. Ну, скажите, пожалуйста, Вам знакомо такое состояние как депрессия? — Абсолютно, да. — Известно, что Вы вроде бы даже и пытались совершить суицид? — Нет, никогда. Этого не было никогда. — Ну, по крайней мере, подходили к окну и говорили, что Вы сейчас сброситесь. — Нет, я такого никогда

не говорила. Около окна. — Этого не было, да? Хорошо. — Я люблю стоять около окна, смотреть в окно. Но никогда в жизни не собиралась бы бросаться из окна. — То есть у Вас таких планов нет. — Суцид просто исключен. — Ну, слава Богу. Это очень хорошо. — А у вас не так? А у вас не так? — У меня? — Да. — У меня тоже нет планов. — Нет. Я считаю, самоубийство — это самый большой грех. — Это грех большой. — Да. — Ну, а депрессии были? — Ну, были, конечно. Да. — Что такое депрессия, можете описать? — Лежишь на диване и смотришь телевизор. — Это когда нет сил, когда нет желаний. — Да. Нет желания идти что-то делать. — Может быть, еще какие-то переживания во время депрессии? Вспомните. — Нет, нет. Все. А как я буду дальше жить? — Тоска? — Нет. Как я буду дальше жить? Надо работу искать. Мне нужно ребенка содержать и воспитывать его, в общем. — Ну, эти состояния могут смениться, допустим, на состояние хорошего настроения? — Конечно, депрессия же не вечна. — Да. — Ну, что, депрессия может быть день, на следующий день уже остается хорошее настроение. — И вот эпизоды, когда полет души, такие эпизоды Вам знакомы? Когда у вас, наоборот, подъем? — Все хорошо? — Да. — Нет, такого не было. — Прекрасное настроение, радостное. — Нет. — Такого не помните? — Я только, летая на самолетах, испытываю это чувство. — На самолетах? Ясно.

Ведущий: Если Вы не возражаете, несколько вопросов зададут еще врачи. Прошу вас, коллеги.

— Вот такой вопрос. Допустим, если мы капсулируем все эти личности, которые вы чувствуете внутри себя. Пусть они будут, да, они как-то между собой договариваются. И Вам нужно жить дальше. Вы какая-то, вот Ваше есть тело, Ваша оболочка, женщина, которой нужно жить дальше. Даже, может быть, эти идеи сохранятся у Вас в той или иной степени. Как Вы планируете дальше жить с этим телом? Может быть, где-то работать? Кем Вы себя видите через 5 лет? — Я, абсолютно ... дело в том, что у меня не три личности в одном теле, а мое тело имело разные имена в разные сроки. Мое тело — это общая оболочка, что внутри и снаружи, единственная. Но у меня нет больше другого тела, и не будет никогда. Мое тело — это единственное. Просто имена разные, названия разные. Я собираюсь работать, конечно, и собираюсь, надеюсь, что моя память вернется ко мне обязательно. Но работать я, конечно, собираюсь, потому что мне просто не на что жить. — Вам с каким именем удобнее работать? Допустим, через 5 лет с каким именем Вам будет удобнее, какое имя использовать, и по какой специальности, как Вы себя видите? Где Вы будете жить? — Ну, если я останусь в России, то конечно, конечно, я останусь Евой Рюминой, потому что у меня только эти документы есть на руках. А если мне повезет, и я уеду в Англию, то буду Эмма Брейн, и все. То есть личность моя одна. У меня

не три личности в одной, которые разбегаются в разные стороны и думают, что как бы жить, чтобы вот одна никогда не делится, потому что я с собой сама даже не разговариваю никогда. Потому что я знаю точно, что я хочу в данный момент. Никаких раздвоенной личности у меня нет. — Ну, по крайней мере, для России удобней жить Евой Рюминой, да? И кем Вы будете работать? — Ну, я или секретарем, или бухгалтером. Потому что у меня небольшой стаж работы. Но секретарем удобней. Там не нужно никакой ответственности нести. Сидишь на телефоне, отвечаешь, переключаешь коммутатор, отвечаешь на звонки, выписываешь там квитанции. Я вот работала сейчас в Москве, и мне это очень нравилось. — А если вот выйдете Вы из больницы, Вы где будете жить? У Вас есть деньги что-то снять? — Наверное, поеду в Ярославль. Туда, где вот мои якобы родственники живут. Потому что больше-то жить негде. В Архангельск я не хочу возвращаться. Мы там решили продать квартиру и купить квартиру в Ярославле. Но я ему сказала, что я хочу жить в Москве. Но им все равно. Они всегда делают только то, что они хотят, и мое мнение никогда не спрашивалось. — Спасибо большое.

— Будьте добры, если можно, несколько слов скажите, пожалуйста, о самых важных для себя людях. Кто они? Так, чтобы можно было их себе представить. Кто для Вас самые важные люди? — Это моя семья настоящая. — Ну, кто это? — Ну, я не буду говорить. — Вам трудно говорить о них? — Я не хочу просто афишировать.

— А можно Вас спросить о самом раннем детском воспоминании? Я понимаю, конечно... — У меня нет детских воспоминаний вообще. Никогда. — Вообще нет детских воспоминаний? — Я никогда не помнила себя ребенком.

В. Н. Гладышев: Ева Юрьевна, я все опять о своем. Добрый день, рад Вас видеть. — Здравствуйте. — Все-таки с этой историей, когда Вы в Москве в это короткое время были, два месяца, там была и кредитная какая-то история, такая не очень чистая и честная, да? — Да, это, да. — Вы не можете пару слов про нее сказать? — Нет, я не хочу об этом говорить. — Но она реально была? — Да, реально. — А там порядок цифр какой? Чтобы... — Да, реальная была. Но я не хочу. — Сколько, сколько? — Два миллиона. Но денег я не получила. — Вы в каких-то банках получали кредит? Потому что... — Ну, вот я, те люди, которые заставляли меня это делать. — Как бы задать вопрос? То есть у Вас из всех документов был только паспорт? Так? — Да. — И Вам давали такие большие деньги? — Да. — Как это возможно? — Ну, возможно. — Может быть, действительно по паспорту можно получить? По одному паспорту. Ну, в разных местах. Я понимаю, не в одном месте это происходило? — Нет, да, в трех местах. — Вы знали, что это противоправное действие? — Нет, я не знала. Я хотела... — А как,

а для чего вы? — Я хотела получить кредит для себя, для того, чтобы мне жить надо было в Москве, работать и платить проценты. Я не знала, что это какая-то, что это обман. Я поняла то, что это обман, они просто не отдали мне деньги. — Вас ввели в заблуждение, то есть? — Да. — А эти-то люди, они реальные были? Которые Вас ввели в заблуждение? — Да, конечно. Но я контакты их все стерла. Я не буду подавать на них в суд. Это будет... — Они из спецслужб или они обычные мошенники? — Обычные мошенники. — Мошенники. — Ну, по виду их не скажешь, что они мошенники. Довольно приличные люди все. — Понятно. Надо отдавать. — Я знаю. — Как? — Ну, вот квартиру продадим в Архангельске, и будет возможность отдать проценты. — Ну, да, я забыл. У Вас несколько запасных вариантов есть. — Ну, я так и планировала с самого начала, когда брала кредиты. Я не собиралась никому их отдавать. — А вот здесь Вы уже работали и какую-то небольшую карьеру даже за 2,5 месяца сделали, да, вроде бы вот в этой фирме, здесь в Москве? — Нет, я карьеру какую? Секретаря? — Да. — Разве карьера? — Ну, от секретаря к помощнику руководителя. — Руководителя? — Ну, да, мне очень нравилась эта работа, очень. — То есть, несмотря на то, что были вот в таком состоянии, да, как-то? — Нет, у меня было хорошее состояние. — У Вас было хорошее? — Вполне хорошее состояние. — Вы были полностью... Но за Вами же следили? — Нет. Кто за мной следил? — Вот те люди, которых Вы... — Нет, они никто за мной не следил. Я абсолютно адекватный человек. Кому я нужна в Москве? Кто будет за мной следить? — А когда начали-то? — Когда? — Когда начали следить? — А, когда начали следить. — Ну, вот в камеры. Вы же говорили, в камеры. — Да. Ну, они мне сказали, что сказать, я и сказала в камеры, что надо было сказать. — Ну, когда это появилось? — Ну, когда вот с теми связалась. Когда первый день приехала, они меня пожалели, взяли к себе. И предложили взять кредит. И я подумала, что это разумная идея, пока у меня не будет продана квартира. Я думала продать квартиру и купить на те деньги кредитные квартиры, а потом отдать их. И все, проценты. Кредит был оформлен на 5 лет. Поэтому у меня время есть. Теперь главное найти работу. Если я не вспомню,... — Спасибо, спасибо. Выздоровливайте.

— Скажите, пожалуйста, Вам так работа нравилась, а почему Вы с нее ушли? — Не поняла вопрос. — Вот последняя ваша работа Вам очень нравилась, как Вы сказали. А почему Вы с нее ушли? Или что случилось? — Ну, у меня случился конфликт с одним руководителем отдела. И генеральный директор сочла, что мне лучше уйти. Но я хотела бы остаться, но вариантов не было. — Понятно. Спасибо.

— Позвольте еще вопрос. Обычно найти работу достаточно проблематично, нужно долго ходить на собеседования. Как быстро Вы нашли работу и каким

образом? — Я быстро нашла работу. Я через сайт... — Суперджоб. — Суперджоб. Суперджоб, искала. Там в основном я либо бухгалтер по первичной документации, или офис-менеджер. И нашла. Это было третье собеседование, на которое я пришла, и мне сказали, что меня возьмут. Но потом еще поступали несколько предложений, но я уже выбрала это, и там... а дальше уже пошли как бы сбои, что уже никто не прокатит как бы. — Но Вы следующую работу, когда выпишетесь, также будете через Суперджоб или Хэдхантер искать? — Конечно, через сайты, да.

— Еще такой вопрос, я забыл его задать Вам. Вы говорили о том, что память стирали. — Да. — Вот сейчас, когда Вы лечитесь, нет ли ощущения, что память восстанавливается? — Нет, нет. — Какие-то, может быть, проблески периодически появляются, да? — Я тоже надеялась на это, но... — Ну, вот Вы сейчас отвечали на вопросы, рассказывали про то, как Вы... — Это то, что я помню. — Ну? — Это только то, что я помню. Это очень мало. Мне надо лица вспомнить...

— Позвольте еще вопрос по поводу памяти. Ведь все-таки бухгалтер — это профессия, которая требует высоких ресурсов памяти. Вы справляетесь хорошо с работой? — Но я бухгалтером не работала. Я работала экономистом. Это было то же самое, но там есть помощь, компьютерная программа, в которую просто вносишь данные, и она сама считает. Сейчас новый век, новые технологии. Там не требуется ничего такого сложного. — То есть вам... — Выписать счет — это без проблем. Внести в базу данные, сделать отчет из компьютерной программы "1С", у меня нет никаких проблем. — То есть для этого памяти Вам хватает? — Я закончила курсы "1С". Конечно. Я специально окончила курсы. — А с сыном Вы поддерживаете контакт? — Нет. — Нет? Из-за чего? — А с кем? — Не хотите, да? — А с кем? Со своей мнимой семьей? Я не хочу. — Вы говорили, что сын — он Ваш. — Сын мой. — Вопрос как раз про сына, который в Ярославле. — А, про сына. Я хочу с ним общаться. Он не хочет со мной. — Он не хочет, да?

— Скажите, пожалуйста, в какой момент Вы вспомнили или Вы всегда знали о своей прошлой жизни? Вы в какой-то момент вспомнили это? — Да, да. — Когда это произошло? — Это было перед госпитализацией в 2015 году. Я просто была дома, и ко мне пришла домой семья. Это мой брат. — А после лечения в Архангельске в промежутках между госпитализациями было такое, что вот Вам стирали память, и Вы не помнили, кто Вы на самом деле? — Да, было. — И Вы жили... — Я потом просто забыла, что я англичанка Эмма Брейн. Не знаю, как это случилось, но просто забыла. — Но вы какое-то время жили как Рюмина Ева? — Да, да, опять вернулась к себе. Это потом, совсем недавно я вспомнила, что я англичанка. — Когда вот совсем недавно Вы вспомнили? — Ну, где-то в начале прошлого года. Но никаких других

воспоминаний не было. Где искать моих ребят и с кем связываться, и так далее. Тяжелый случай, да?

— Скажите, пожалуйста, какая на сегодняшний день самая большая трудность или проблема у Вас? — *Не поняла. Еще?* — Какая самая большая трудность и проблема у Вас в настоящее время, с которой Вам надо справиться? — *Мне надо вспомнить все, деньги достать, отдать кредиты.*

— Позвольте еще вопрос. Вы планируете как-то личную жизнь? Может быть, новый мужчина или еще что-нибудь? — *Нет, не планирую.* — Не хотите, да? Хорошо. — *Может случиться, но я не планирую.* — А досуг, чем Вы заполняете свободное время? После работы чем занимаетесь? — *Я смотрю в основном телевизор, читаю книги, которые еще остались, квартира была, я не сожгла. Я очень люблю читать книги.* — А что предпочитаете? — *Ну, я разное. И фэнтези, и фантастику, и публицистику, и классику очень люблю. Я все, всякая, могу все почитать, если есть настроение.* — Друзья, подруги — с кем-то Вы поддерживаете контакт? — *Да, поддерживаю.* — Они... — *Но сейчас реже. Сейчас реже. Сейчас нет. А когда уехала, я уже с ними не поддерживала больше.* — И в Москве никого не завели, да? — *Не-а.* — Спасибо.

— Скажите, пожалуйста, вот Вы сказали, что в 2015 году вспомнили, Вам пришла в голову мысль о том, что были прошлые жизни. А что-то случилось в этот момент с Вами? Какое-то событие или еще? Что Вас натолкнуло на эту мысль? — *Когда я вспомнила, что я англичанка?* — Да. — *Да, у меня была такая эйфория, что я наконец-то поняла, кто я такая.* — Но это уже как бы после Вы ощутили эйфорию, после того, как эта мысль пришла. Вот до этого? Может быть, что-то произошло, какой-то случай с Вами случился? — *Нет, нет, ничего не помню. Я просто сожгла все свои вещи старые. Может быть, с этим связано. Может, они это заговоренные какие-нибудь были, я не знаю.* — Спасибо.

— А вот первое воспоминание Рюминой о себе, Вы помните? Вот какое самое первое воспоминание у Рюминой? О себе как о Рюминой. — *Нет. Я не помню.* — А с какого... — *Я помню только себя, когда ну я стала Евой Рюминой.* — С какого времени вы помните себя как Рюмину? Ну, то есть, детских воспоминаний нет. — *Я поняла.* — Какие есть, самые первые? — *Сейчас я помню себя только как Ева Рюмина. Во втором классе, когда я по росту стояла второй, и нам все говорили: “Ты такая дылда”. То есть ростом-то я не менялась, я же не выросла. Я не родилась ребенком. Хотя там есть фотографии у этой семьи, что у них есть девочка. Но я не знаю, где эта девочка, и что с ней случилось. Может быть, она погибла или просто. Но мы с ней очень похожи. И я всегда принимала это за себя. Но моя семья, которая бабушки и дедушки, когда мы к ним приезжали, они все время в один голос твердили: “Это не нашей семьи ребенок”.*

Просто они это чувствовали и видели по моему поведению. Потому что они говорят, что “ты не наш ребенок, не из нашей семьи”. Подкидыши какой-то.

— Еще последний вопрос. Вы чувствуете себя одинокой или не одинокой? — *Не одинокой.* — Не одинокой. А что Вам дает или кто Вам дает ощущение неодинокства? — *Ну, я сама по себе такая* — То есть вам комфортно в таком состоянии? — *Да. Мне никогда не бывает скучно. Я как бы никогда... я не люблю развлечения какие-то там — цирк или еще что-то такое. Я комфортно чувствую сама с собой.* — Спасибо.

Ведущий: Ну, я предлагаю отпустить Еву. Ева Юрьевна, может быть, у Вас есть какой-то вопрос? Подумайте. — *Нет никакого. Спасибо вам большое.* — Ну, тогда всего Вам хорошего, скорейшего выздоровления. — *Спасибо.* — Спасибо. — *До свидания.*

Ведущий: Начнем разбор.

Врач-докладчик: Здесь должна быть дифференциальная диагностика. Рассматривая заболевание Евы Юрьевны в динамике, необходимо отметить, что оно возникало у личности с неотягощенной наследственностью. И вот я, наверное, в начале не сказала, мать описывает ее в детстве, общительной и коммуникабельной, но еще и очень яркой девочкой. Она в подростковом возрасте и в институте всегда ярко красилась, была такая эффектная. И в преморбиде развивалась как активная, жизнерадостная, сценичная, имела некоторые гипертимные черты характера, была лидером в группе и всегда самостоятельно принимала жизненно важные решения. Первый эпизод депрессивный зафиксирован в возрасте 25 лет после психотравмирующей ситуации, смерти ребенка, когда отмечалось снижение настроения, ухудшение аппетита, потеря интересов, сниженная работоспособность. Данный период длился от 1 до 2 месяцев, редуцировался самостоятельно. Интересно то, как больная сейчас описывает эти эпизоды, как после первой, так и второй психотравмы, после смерти своего сожителя. Она их описывает как отчужденные чувства на тот момент, что это чувства Рюминой Евы Юрьевны. Сейчас она и не раскрывает их так, как они были. Но на тот момент она переживала как навязанная ей личность. После смерти сожителя развивалось сниженное настроение, апатия, отказы от еды отмечались, и были мысли о нежелании жить, но это были только слова, со слов матери. После данного эпизода стала меняться характерологически, становится замкнутой, подозрительной, злобной. Отмечаются явления социального дрейфа, бросает работу, теряет друзей, близких. Можно предположить, что в период с 2015 года постепенно формируется паранойяльный этап развития эндогенного расстройства. Становится подозрительной, избегает родных, с подозрением относится к их стремлению с ней общаться. Жжет вещи, документы. И затем развивается параноидный этап, вот так, как она сегодня описала, она все это в первый раз рас-

сказывала, такое бредовое озарение, когда она поняла, что она все-таки гражданка Великобритании. И присоединяются идеи особого происхождения, величия и преследования.

На данный момент, учитывая клиническую картину, определяющуюся парафренным синдромом с бредовыми идеями величия, высокого происхождения, как сегодня она еще рассказала, реформаторства, богатства, а также идеями преследования, имеющими фантастический характер (ведьмы, стирающие память), с ретроспективными тенденциями преобразования в виде конфабуляторной парафрении с ложными узнаваниями, целесообразно остановиться на диагнозе **параноидная шизофрения, непрерывный тип течения со значительными изменениями личности, парафренный синдром.**

Ведущий: А какие рекомендации по терапии?

Врач-докладчик: По поводу рекомендации терапии у нас возникали вопросы. Она плохо переносит классические нейролептики, и в Архангельске ей также назначали rispoleпт на пролонгированную форму приема. Но комплаентности, конечно, у нее никакой нет и вряд ли когда-то возникнет. У нас была попытка приема rispoleпта, но она закончилась каким-то таким сумбурным немного способом. По поводу этого, кстати, у нас были мысли, может быть, провести ей МРТ, потому что все-таки эпизод был такой спутанности. Она еще слышала за дверью голос брата. То есть это именно за дверью, как по типу истинных галлюцинаций было. Ну, по терапии — это, естественно, пролонгированная терапия. Наверное, попробуем еще раз rispoleпт, но с более маленьких дозировок. Сейчас она, конечно, без терапии раскрутилась в академическую такую форму, все новое продуцирует и рассказывает. До этого она была более скрытной.

Ведущий: Понятно. Хорошо, спасибо. Есть ли иные мнения или какие-то дополнения к сказанному? В оценке ее психического статуса сегодняшнего и, может быть, всего анамнеза и болезни в целом?

В. Н. Гладышев: Коллеги думают. Этот случай показался нам достойным внимания. Во-первых, сама история, так сказать, поиск, идентификация личности через вот эти современные структуры. Но и также и способность наших пациентов — удивительная, правда, способность наших пациентов — жить свою жизнь, несмотря на имеющиеся нарушения, тем не менее, каким-то образом оставаться на плаву, каким-то образом совершать внешне целенаправленные действия, последовательные, устраиваться на работу, уже находясь в состоянии психоза, ну скажем, в состоянии такого бредового восприятия. Последовательно работать. Сначала ее начальница давала неплохую характеристику, сказала, что она в общем-то была полезна в работе и выполняла поручения и так далее. И вот несмотря на имеющиеся нарушения мышления, эмоционального восприятия, наша паци-

ентка могла вести социальную жизнь, снять квартиру, себя обслуживать, выполнять работу и так далее.

Ведущий: Спасибо большое. Может быть, есть какие-то вопросы к докладчику касательно этого диагноза? Вот этот диагноз, у меня вопрос сразу возникает, рассматривает, я так понимаю, давний период течения, поскольку там с выраженными изменениями личности, парафренный синдром, поэтапный период развития бредовых расстройств от параноидального к параноидному, к парафренному, начиная с 2005 года, когда произошло изменение, после психотравмы. В анамнезе отчетливо прослеживается период после первой госпитализации с 2015-го по 2017 годы, это два года здоровой жизни нашей пациентки. — **Врач-докладчик:** *В этом вопросе у нас тоже возникало такое двойственное мнение. Потому что в этот период, эти два года у нее было активное социальное функционирование. Она выполняла работу, практически восстановилась в своей жизни.* — Не просто работу, а высококвалифицированную работу. Путешествия, подруги. Ну, я уверен, совершенно, что, возможно, и роман какой-то там был, да и какие-то еще. Ну, в общем, она полностью обошлась, полностью. И вы сказали, что она не комплаентна, но она тогда два года, два раза в месяц приходила на консту. — *Нет, два года она не на консту ходила. Она принимала таблетки даже тогда.* — Ну, тем более. Два года комплаентности на таблетированных препаратах. Это большая редкость для наших больных параноидной шизофренией, непрерывно текущей. Ну, бывает, конечно, но все-таки. — *В этом у нас тоже были вопросы. Учитывая данную картину, выраженность симптоматики, остроту ее сейчас, мы почему-то на этом остановились. И, причем, все-таки, первая госпитализация была в 2015 году, а с 2017 года она уже отмечают эмоционально-волевые нарушения выраженные. Она ничем не занимается, обслуживается практически матерью. В этот момент уже видны дефекты.* — Ну, вот я не случайно спрашивал. Вроде бы было окно еще и с весны по август. — *Оно было очень маленькое. Но тоже было на терапии. Возможно, именно в процессе.* — Да. И был возврат на работу. — *Вот да, здесь уже в Москве.* — Конечно. И начальница, которая звонила, характеризует ее с лучшей стороны. Говорила, что она старательная. — *Да, да.* — Но опять же, это не увязывается с эмоционально-волевым снижением. — *Согласна.* — Для старательности нужно много воли. И еще один вопрос относительно аффекта. Какого участие вообще в ее болезни аффекта? Ну, аффективные расстройства были, это же очевидно. — *Были.* — Даже если не брать в расчет первые две депрессии, которые такие прямо очерченные, яркие, типичные, — дальнейшая динамика ее состояния была очень аффективно насыщенной. — *У нас были вопросы по поводу госпитализации самой последней. У нее там мать отмечает повышенную активность, когда она*

танцевала дома одна, ну под музыку какую-то, в начале, может быть, периодически были. Тратила деньги как-то необдуманно, дарила подарки. Но это только со слов родственников такой эпизод был. И при поступлении в больницу ей как раз был назначен депакин. — Ну, хорошо, тогда вопрос такой у меня сразу: как мы сейчас квалифицируем ее статус? Вот на сегодняшний день. Я понимаю, что вам сложно, потому что он еще вчера был другим, позавчера был совсем другим. Но вот как раз это и хорошо, что сегодня она вышла из этой спутанности, да, полностью. В каком она сейчас статусе? Ну, понятно, что это психоз, да. Какой? — Ну, да. Парафренный. У нее парафренный синдром. У нее мышление разорванное. Она периодически, ну очень часто даже соскальзывала с одной темы на другую. Продуцирует бредовые идеи, кажется, практически постоянно. — Вы совершенно справедливо указали название синдрома — конфабуляторная парафрения. — Да, да, это есть. — Совершенно справедливо. Действительно, она очень много конфабулирует. И это не совсем продуцирование. Это такой особый вид бредообразования, для которого не так важно расстройство мышления. Гораздо важнее аффект и нарушение памяти. — Да. И в принципе, в 2014 году, когда она описывает, что вспомнила, по сути, это и есть конфабуляторные идеи эти, бред. — Ясно. Значит, квалификация — парафренный синдром. — Ну, сейчас все равно это так. — И выраженные изменения личности с нарушением мышления? — Ну, наверное... Нарушения мышления сейчас есть, мне кажется. — Они есть в любом психозе. На то психоз и психоз. — Ну, вот я хочу отметить, что 9–10-го числа, когда мы ее смотрели, она тоже очень много рассказывала о том времени в Москве. Выраженных нарушений мышления не было. Видимо, это все равно связано именно с обострением психотической симптоматики, которая сейчас без нейролептической терапии... — Без терапии.

Ведущий: Коллеги, я прошу. Смелее. Кто хотел бы выступить, может быть, со своим мнением? Может быть, дополнением или тоже вопросами к докладчику. Для этого мы сегодня здесь собрались, собственно. Ну, по-моему, это действительно больная не типичная, не классическая. Ее нельзя назвать прямо вот больной из учебника. С моей точки зрения, здесь очень много таких нюансов, которые оставляют вопросы, в том числе и диагностические вопросы. Меня также очень смущает состояние, которое она перенесла совсем недавно, состояние ночной спутанности, которое случилось на отмене нейролептиков. Понятно, что это не rispериодовый психоз. То есть интоксикация не rispериодом. Это получается делирий. Если это произошло через несколько дней после отмены галоперидола. Но дозы галоперидола и аминазина были не запредельными. — Аминазин вообще был первые 5 дней — это с 9 декабря по 14 декабря. То есть аминазин был совсем давно. А галоперидол —

с 9-го по... ну по январь, было 15 миллиграмм в сутки. — Ну, это абсолютно средние дозы, даже ниже средних в таких психотических состояниях. Связано ли это с интоксикацией? Может быть, есть что-то еще, какая-то еще причина? Или эта интоксикация может быть не связана с лекарствами?

В. Н. Гладышев: Или с нарушениями дисциплины какой-то фармакологической.

Ведущий: Где-то нашла таблеток в отделении? Или алкоголь. — **В. Н. Гладышев:** Мы не знаем. Будем надеяться, что нет. — Алкоголь бы заметили. — Не факт. Тут же может быть... — Для того чтобы случился делирий, это должен быть не просто алкоголь, это должен быть э-ге-гей алкоголь. Ну, это не могли не заметить. — Ну, в сочетании с галоперидолом. — Нет, нет. Это я уверен совершенно, что этого не было. Если бы это было, это не могло быть не замеченным. Вот вопрос, что кто-то из больных мог поделиться лекарствами своими из доброты душевной... — Да, да. — ...Вот этот вопрос возможен. Ну... — Безусловно, нужно дообследовать. Действительно, МРТ было бы полезно сделать.

Ведущий: Какие еще есть версии и гипотезы произошедшего? Что еще можно исключать? Если мы говорим о биполярном расстройстве, то как тогда? Что в пользу БАР?

Участник разбора: Я все-таки психолог, а не психиатр. Но картина очень похожа на биполярные вспышки, то есть вот эти аффективные приступы, которые приводят к психозу и, соответственно, пациент попадает в больницу. Сейчас до сих пор аффективный приступ. Здесь и в виде парафренности. И в то же время она говорит про этапы депрессии, когда она неактивна, она лежит, ничего не делает. Если говорить про анамнез, то есть эпизоды, вы тоже на этом остановили свое внимание, когда она трудоспособна, она активная, работает, она даже усердна. Причем, уже было два приступа. Как минимум, тут непрерывное течение, возможно, шубообразное, если говорить про шизофрению. Но, в принципе, по анамнезу можно хотя бы задуматься о биполярных расстройствах.

В. Н. Гладышев: В качестве какого-то такого предположения, как бы это было, если... Коллеги, мы читали старых психиатров наших, книги психиатров XIX века, начала XX-го, и там есть описания истерических психозов. Сейчас вообще вопросов бы не возникло, поставили бы диагноз там — эндогенный, и все. Поэтому это перерождение, вторая-третья жизнь, вторая-третья личность с такой красивой историей, такой романтической даже, я бы сказал, она заставляет... ну, по крайней мере, я понимаю, что это в качестве какой-то фантастической версии, но рассматривать именно конверсионную природу этого расстройства. Переход туда, так сказать.

Ведущий: Скорее, тогда, диссоциативная — Да, диссоциативная. — Диссоциативное истерическое

расстройство. В американской классификации у нас есть диагноз — множественная личность. Да?

— Подождите, но она же говорит, что “я одна, документов у меня на 3 человека”. — Ну, она по-разному ведь говорит. И так, и так. — Да, да, да. Все равно эта история, когда говорят именно о личности, проживающей другую жизнь, которой стерли память, которую отправляли то туда, то сюда, — ну, некоторые вещи такие есть настораживающие. — Да, да. Вы знаете, я не стал бы стесняться этой версии, почему уж прямо говорить о ней как о фантастической, хотя бы потому, что у нас практически нет информации анамнестической. К сожалению, анамнез собран по телефону. И анамнез собран со слов человека, который был далеко от нее. Но он не жил с ней, брат. И мать тоже последнее время не жила с ней. Кроме этого... Ну, а тот анамнез, который мы получаем от женщины в психозе, да еще и в конфабуляторном парафреническом психозе, понятно, что мы просто не можем брать в расчет. Мне доводилось видеть такие тяжелые диссоциативные психозы, которые практически были неотличимы от парафренических, настоящих парафренических, и которые полностью обходились. У нее уже такое бывало, что полностью обошлось все, вышла совсем в здоровье. И первый, и второй психозы, ну депрессивные, правда, протекали всегда в критических ситуациях. Смерть 4-дневного сына. Да? — Дочери. — Ну, дочери. И гибель на глазах. Это со слов брата, эта информация. Гибель на глазах мужа, с которым много лет прожила в гражданском браке, который оставил предыдущую семью, и через... и вот все вроде бы наконец-то сошлось, срослось, и после этого смерть на глазах трагическая. Как раз такая психотравма очень часто дает именно психозы диссоциативного уровня, такого психотического уровня. И все эти воспоминания, которые тоже могут квалифицироваться не как конфабуляция, допустим, а как диссоциативная амнезия или парамнезия. — Парамнезия. — Да, парамнезия, скорее. То есть эта версия, я считаю, вполне заслуживает обсуждения, по крайней мере, или рассмотрения. А есть еще какие-то?

Участник разбора: А я хотела у вас уточнить такой момент. Доктор сказала, что у нее разорванность мышления присутствует. Но вы согласны с этим? — Вот есть у нас заключение психолога. Ктати, да, хорошо, что вы отметили. В заключении психолога отмечаются расстройства мышления, но не разорванность. — У нее сейчас в речи два раза была разорванность. — Да. Она в психозе. Мы все прекрасно понимаем. Ее мышление могут разорвать голоса, в какой-то момент возникшие. Ее мышление могут разорвать аффективные какие-то переживания, которые тоже есть, или психические автоматизмы, в которых она сейчас находится. Поэтому, конечно, естественно, я согласен, расстройства мышления бывают, в том числе и грубые, во время психоза. Но это психоз. Что будет, когда он пройдет? Или что было до его возник-

новения и развития? Мы не знаем. Ну, и все-таки, есть ли какая-то еще версия касательно парафреники, собственно, и вот такого делириозного эпизода? Серьезный эпизод. Интоксикационный. Может быть? Потому что все-таки галоперидол мог накапливаться какое-то время. И даже по 5 миллиграмм 3 раза в день. Это может быть, безусловно. Но все-таки, давайте я, может быть, подтолкну вас. Делирий короткий абортивный. Конфабуляторный и экспансивная парафреника. Богатство, замки, миллионы.

Врач-докладчик: Прогрессивный паралич? Но вроде не нашли ничего.

Ведущий: Ей делали реакцию Ланге. Ей делали РВ. Это ни о чем. Нашей пациентке 48 лет. Если гипотетически, вот совсем гипотетически предполагать эту версию, то заражение могло произойти лет 15 – 20 назад, в конце 90-х годов. Что вполне возможно в те годы, сегодня у нас периодически появляются пациенты из 90-х с этим заболеванием. И существуют разные формы прогрессивного паралича. Совсем не обязательно это парафреника такая. Есть делириозная форма прогрессивного паралича, есть амнестические формы, когда пациенты... ну и есть смешанные формы. Ну, конечно, это пока только очень далекая от реальности версия, но все-таки. Почему не предположить это? Получается, таким образом, у нас 4 диагноза.

Врач-докладчик: А до этого тогда психозы были связаны с чем? И они не лечились нейролептиком.

Ведущий: Ну, первая госпитализация в 2015 году. Три года назад всего лишь. Четыре там, три с небольшим. И у нас получается четыре версии тогда. Если мы берем, у нас получается два диагностических предположения из группы эндогенных заболеваний. Это параноидная шизофрения и биполярный аффективный, шизоаффективный психоз, назовем это так. У вас, кажется, на слайде там проскочило как раз в качестве диагноза шизоаффективный психоз. Одно заболевание из группы органических процессов головного мозга. Возможно, это прогрессивный паралич. И одно заболевание — из группы психогенных расстройств. Возможно, это истерический диссоциативный психоз по типу множественной личности, расстройств множественной личности. Остается вот такая дифференциальная диагностика.

На мой взгляд, клинический разбор был проведен очень красиво. Все эти мои записи, которые я планировал сказать, оказывается, уже у вас были. Вы читаете мои мысли, значит. Я хочу сказать, что, во-первых, я действительно хочу выразить свои эмоции относительно оперативности и удивительной продуктивности социальных служб нашей отечественной московской психиатрии, назовем это так. Ну, вы сделали огромную, колоссальную работу. Если бы этого не было, я не знаю, вряд ли бы мы что-нибудь могли здесь сделать. Вы даже связывались с консульством Англии, я так понял? Ну, это вообще. — Да. Они нам

потом перезванивали. — Это прекрасно, это очень хорошо, так и надо. Я бы не удивился, если бы там сказали: “Да конечно, мы ее давно уже ищем. Это наша... это же гражданка”, и все остальное. Конечно, то, что мы смогли восстановить, идентифицировать ее родственников и собрать с них анамнез — ну это огромная работа, и она заслуживает, как минимум, уважения.

Что касается собственно клинического разбора. С моей точки зрения, статус, конечно, следует расценивать как парафренный, тут никуда не денешься. Но, кроме конфабуляторной парафрении, я думаю, что есть и другие бредовые расстройства, о которых она упоминает периодически, и которые обнаруживаются в процессе беседы в виде внезапных остановок диалога, прекращения такого откровенного общения, закрытия. И потом после смены темы больная вновь начинает раскрепощаться и рассказывать, и отвечать на вопросы. Очень красиво она описала психические автоматизмы. С моей точки зрения, они есть и сегодня, и сейчас. И конечно, главный персонаж ее переживаний сегодня — это столичные ведьмы. И именно эта бредовая фабула, собственно, стала основанием для того поведения, из-за которого она оказалась в больнице здесь. То есть фактически поводом для госпитализации послужил не парафренный, а параноидный синдром, параноидный психоз, синдром Кандинско-Клерамбо. Насильственное стирание памяти, ну и вообще насилия, которые оказывались над этой пациенткой на протяжении всей продолжительности ее параноидного синдрома, насилие физическое, физиологическое, она говорила об этом насилии, и ментальное насилие, аффективное, это, конечно, синдром Кандинского, никуда от этого не деться. И это тоже тяжелое переживание, аффективно насыщенное. Тяжелое переживание. С моей точки зрения, есть и некоторые элементы агравации своего состояния. Вот этот надрывный голос, такой дрожащий надрывный голос с потребностью вызвать сочувствие у аудитории к себе, какая-то... ну где-то в чем-то, наверное, все-таки преувеличение тех или иных симптомов, это при том, что она недоступная бредовая пациентка, — указывает на то, что есть еще, помимо этого, и психогения. И мы знаем эту психогению. Совершенно справедливо Виталий Николаевич настойчиво ее расспрашивал по поводу кредитов, и конечно, она переживает эту кредитную историю, она ее осознает. И это добавляет масла в огонь, это в значительной степени искажает клиническую картину психоза, добавляя в нее вот именно этот истероневротический компонент. А может быть, истеропсихотический компонент — это то, о чем мы сегодня как раз говорили. Возможно, элементы диссоциативных расстройств истерического есть и в этом психозе. И тогда мы можем говорить о том, что это истеро-шизофренический психоз. Но конечно, есть расстройства мышления по шизофреническому типу. Для классической картины истерического психоза не хватает мимо-ответов, вот этих ответов,

которые дают пациенты в судебно-следственной ситуации, с элементами псевдодеменции какой-то или пуэлиризма. И она обнаруживает расстройства мышления все-таки по шизофреническому типу, никуда от этого не деться. Я не соглашусь, что они грубые, что они прямо явные, тяжелые. И конечно, я не соглашусь с тем, что это непрерывное течение болезни, поскольку все-таки объективные сведения позволяют нам говорить о существенных промежутках времени, когда больная полностью восстанавливалась. Если говорить об анамнезе, то я считаю, что абсолютно справедливо отмечена гипертимная преморбидность. Она лидер, она общественник, она вообще гуманитарный склад. Она педагог, педагог труда. Ну, что там говорить? Это человек практик, человек деятельный. Вот совершенно не аутист и не интроверт. Это человек, который быстро сориентировался в тяжелые 90-е годы и поменял свою профессию, то есть достаточно гибко подошла к этому вопросу, выбрала, в общем-то, самую, пожалуй, популярную профессию тех лет, бухгалтерия, и смогла создать семью. Я считаю, что в этом анамнезе, в этом преморбиде очень мало типичного для собственно параноидной шизофрении. Скорее, больше для какого-то аффективного заключения эндогенного. Вот опять же, либо биполярного, либо шизоаффективного психоза. И первые два приступа, очерченные аффективные приступы эндореактивных депрессий, эндореактивных, которые возникают в ситуации психотравмирующего воздействия, как реактивные депрессивные эпизоды с постепенной эндогенизацией аффекта в сторону снижения активности, снижения настроения, ангедонии и тому подобное. Очень хорошие промежутки, чистые промежутки между депрессивными эпизодами, первыми двумя эпизодами, это три года — 95-й первый и 98-й. И между вторым эпизодом и следующим, третьим эпизодом, который случился в 2005 году, у нас еще 7 лет абсолютно светлого периода, то есть периода, где она не обнаруживала каких-либо психических расстройств. Она не нуждалась в психиатрической помощи, у нее не было никакой терапии. Мало того, она была эффективна, она судилась, эффективно судилась с бывшей женой погибшего мужа. Для этого тоже требуется очень большой волевой ресурс, я могу себе представить, какое количество сил было отдано на все эти судебные заседания и прочее. Хотя у меня под вопросом стоит, возможно, гипомания была. Мы не знаем, и такая активность, может быть, возникла именно в связи с измененным аффектом. Ну, и в 2005 год — это первый уже психотический эпизод, но он тоже... я не могу его назвать просто бредовым, просто параноидным. Он тоже аффективно-бредовой, у нее появились дисфории, у нее появилась злобность. И одновременно с этим она была пассивна. Я не исключаю, что там была какая-то сдвоенная фаза аффективная, возможно, с выходом в дисфорическую, в гневливую манию. И будущие ее психотические бредовые эпизоды все

были окутаны вот именно этой аффективной симптоматикой, гневливой манией. И смотрите, опять. Там вообще без терапии. В 2005 году она не лечилась. Она обошлась самостоятельно. Значит, психоз был не такой уж и тяжелый. Раз она не оказалась в больнице, значит, не было грубых расстройств поведения, там ничего особенного она не делала. И вновь с 2005-го по 2011 год — 6 лет абсолютно чистой ремиссии. Ну, по крайней мере, из того, что мы знаем. Ничего психиатрического. Работает. Уже, я так понимаю, воспитывает сына. И успешна в работе. Дальше, 2011 год, вновь эндореактивное начало, смерть отца, и реакция на эту смерть, и дальше идет депрессивная симптоматика. Начинается все с депрессии. Запустила квартиру, перестала мыться. У нее снижается активность. А дальше произошла, как бывает в таких ситуациях, инверсия аффекта, выход в гневливую манию, которая тут же обросла бредовой фабулой. Запретила сыну бриться, мыться, сожгла мебель, инструменты. Уже тогда были ведьмы впервые, которые стали ей уже какие-то творить неприятности. И как бы опять это оказалось по времени очень очерченный эпизод. Кстати, напомню, что там были суицидальные угрозы. Она стоит у окна, когда родственники приходят и просят ее успокоиться. Она кричит: «Не подходите, я...» Я понимаю, что это может быть демонстративно. Но, так или иначе, все равно это говорит об аффекте. Это говорит об аффективной симптоматике, которая тогда была, и была достаточно ярко представлена. Четыре года после 2011-го, до 2015-го опять окно временное. В 2015 году пациентке исполняется 45 лет, и у нее начинается очередной психоз, аффективно-бредовой, опять возбуждение, опять дисфория, опять агрессия. Она начинает защищаться. Она берет ножи и вилки и уходит из дома. Уже начинается параноидное поведение, это естественно. И очень интересно, что с этого момента начинается именно, с 2015-го, с 45-летнего возраста только, начинается конфабуляторная парафрения. Вот когда появляется эта Эмма Брейн. И острый тяжелый психоз, первая госпитализация, хороший эффект на лекарственную терапию, она прекращает... Да. И она выписывается в абсолютную норму. Она обходится полностью. Вернулась в банк, работает, подруги, путешествия, ездит за границу. Два года ремиссия. 2017 год, отмена психотропной терапии, отмена нейролептиков, и возобновление психоза. Это тоже очень важный момент, что рецидив происходит на отмене антипсихотика, который она получала до этого. Это лишнее подтверждение того, что заболевание все-таки имеет эндогенную природу. Две госпитализации. Понятно, что это один был психоз, просто недолеченный в одном случае. И очень интересно: она сначала поступает с депрессивно-бредовым статусом, а потом на отмене дает опять инверсию аффекта и уходит в дисфорическую манию. Ждала вертолета от мужа в тот момент. И тогда появилась опять экспансивная парафрения и прочее. И как будто

бы тоже, хотя нет достаточных указаний, но очень похоже на то, что до августа вновь была в относительно стабильном состоянии. Безусловно, там какое-то снижение уже произошло, я имею в виду все-таки эмоционально-волевые расстройства, но оно не было критическим. Потому что, приехав в Москву, смогла, несмотря на начинающийся психоз, смогла при этом благополучно и активно работать, и вести себя так, что ею были довольны работодатели. Ну, конечно, вот эта история с кредитом, я здесь не могу исключать, опять же, то, что мошенник воспользовался ее манией, маниакальным состоянием. Возможно, это опять была какая-то любовная история. И она оказалась обманутой и получила в наследство эти кредиты. Ну, а дальше, конечно, развивается, интенсифицируется синдром Кандинского-Клерамбо, она управляется ведьмами, она становится куклой в руках этих ведьм. Они делают все, что хотят, они вмешиваются в ее мысли, они меняют ее личность, они превращают родных в неродных, знакомые становятся незнакомыми, незнакомые — знакомыми. Мы понимаем, что это симптом Капгра, положительного и отрицательного двойника. Окружающее становится угрожающим, стирается память, появляется острая парафрения с бредом высокого происхождения, бредом богатства и, как мы сегодня выяснили, еще и бредом реформаторства. Это очень патогномично, конечно, что есть потребность реформировать, все больше и больше среди наших парафренных пациентов появляются больные с бредом реформаторства. Это говорит о том, что обстановка непростая в нашей стране. Скажем это так.

И конечно, остается пока серьезной загадкой медицинской, пока непонятной для меня, вот эта спутанность. Мне думается, что все-таки здесь, возможно, есть что-то еще. Или мы имеем дело, я не могу этого исключить, возможно, с какими-то элементами, может быть, даже гипертоксического приступа. Я не знаю, не измеряли ей температуру, но в делирии интоксикация... — *У нее была температура, небольшая, 37 с чем-то* — Не исключено, что... нет, понятно, что не фебрильный приступ. Но мы не можем исключить, что он мог таким образом начинаться. И если это так, если мы подтверждаем эту версию, то тогда мы можем говорить о том, что это лишь подтверждает диагноз, к которому я веду. То есть я считаю, что эта пациентка все-таки страдает шизоаффективным психозом, и этот психоз вполне перспективен с точки зрения редукции и выхода в полную ремиссию. Я думаю, что вот так.

Что касается рекомендаций по лекарственной терапии, очень хочется сделать дообследование и помимо МРТ здесь, может быть, лабораторные исследования провести какие-то, может быть, иммунологию сделать какую-то, посмотреть. Не исключено, что есть что-то еще. Повнимательней пособирать анамнез. Возможно, в дальнейшем переделать реакцию

Вассермана. Или, может быть, поконсультироваться по этому поводу у специалистов дерматологов. Но ей нужен сейчас, конечно, антипсихотик, ей нужен эффективный антипсихотик, который будет контролировать ее психоз, и при этом мы должны быть уверены, что наша больная на этом антипсихотике не даст очередную делириозную симптоматику. Мне пока в голову приходит зипрекса. Зипрекса, оланзапин, как препарат выбора, по крайней мере, первого выбора в данной ситуации. Я не знаю, наверняка вы уже думаете и предполагаете, что назначить ей в какой-то ситуации. Но вот с учетом именно этого диагноза, то есть не параноидного, а шизоаффективного, с моей точки зрения, оланзапин должен сыграть, сработать. В отличие от респиридона, палиперидона или галоперидола. Ну, соответственно, антипсихотические дозы зипрексы, и мы можем ее титровать, можно начать с зидиса, с сублингвальной формы, и постепенно потихонечку увеличивать дозу, смотреть осторожно, как она из этого психоза будет выходить. Если окажется плохо и с зипрексой, то я бы рассматривал вопрос о проведении электросудорожной терапии. Потому что

резистентная к лекарственной терапии парафреническая симптоматика на протяжении длительного времени — это показание для ЭСТ. Опять же, нам нужно для этого еще раз обследовать нашу больную, убедиться в безопасности этой методики. Ну, это пока вот мои размышления.

В. Н. Гладышев: Дело в том, что, когда мне сказали, что случился такой органический какой-то психоз и делириозная симптоматика, я уже стал думать о том, чтобы заменить пациентку для разбора. Но потом мне Полина Сергеевна сказала, что ей стало лучше, все обходится, и я рад, что мы ее представили. Теперь не хочется уже бросать на полдороге. Мы ее дообследуем, проведем МРТ в 1-й Алексеевской больнице и сделаем здесь серологические анализы, которые мы можем сделать. Это нам будет интересно, и проконсультируем ее у нашего дерматовенеролога. У нас очень хороший специалист. Эту версию мы пройдем до конца. Так что, безусловно, спасибо за Ваш исключительный разбор.

Ведущий: Спасибо за такую интересную пациентку. До следующих встреч.

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

5 – 7 мая 2020 г., Санкт-Петербург

Оспаривание диагноза психического расстройства в судебном порядке

Ю. Н. Аргунова

Рассматривается один из наиболее сложных вопросов в правоприменительной практике — возможность “снятия диагноза” психического расстройства в судебном порядке. Приводятся позиция Верховного Суда РФ; примеры из судебной практики признания диагноза неправомерным, необоснованным, ошибочным, неверным и пр. Анализируется дискуссия по данной проблеме, состоявшаяся на Форуме НПА России.

Ключевые слова: снятие диагноза психического расстройства.

Диагноз психического расстройства как самостоятельный предмет судебного оспаривания

Вскоре после введения в действие Закона о психиатрической помощи возник вопрос о том, может ли диагноз психического расстройства быть самостоятельным предметом судебного оспаривания. Ответ на данный вопрос был дан заместителем Председателя Верховного Суда РФ В. М. Жуйковым, занимавшим эту должность с 1988 по 2007 г.¹ По его мнению, в тот период вопрос о пределах судебного контроля за оказанием психиатрической помощи оставался не вполне прояснённым. В судах появились дела, по которым граждане оспаривали не просто формально некоторые действия работников психиатрической службы (о постановке под диспансерное наблюдение, об отказе в его прекращении и т.п.), а их существо: правильность самих диагнозов, — дела о “снятии психиатрического диагноза”.

Психиатры оспаривали компетенцию суда в данном вопросе. Они относили его к своей исключительной компетенции и полагали, что суд должен исходить из формальных моментов: поставлен ли человеку диагноз; относится ли он к тем диагнозам, которые служат основанием для установления диспансерного наблюдения, госпитализации и т.п. Суды такой подход не разделили, при рассмотрении дел проверяли правильность постановки диагноза по существу и, если приходили к выводу о его неправильности, выносили решение “о снятии диагнозов”.

¹ Международные нормы о правах человека и применение их судами Российской Федерации. Практическое пособие / Под общ. ред. Жуйкова В. М. — М.: Права человека, 1996. — 426 с.

В связи с обращением директора Центра им. В. П. Сербского, считавшего такую судебную практику неправильной и просившего дать судам разъяснения о том, что “споры относительно постановления, отмены или изменения медицинского диагноза не входят в компетенцию суда”, этот вопрос был изучен в Верховном Суде РФ. Было признано, что с мнением о том, что такие споры не входят в компетенцию суда, согласиться нельзя. Оно противоречит Закону о психиатрической помощи, ст. 63 действовавшей в то время Конституции РФ (в ред. от 21 апреля 1992 г.) и ст. 46 ныне действующей Конституции, гарантирующей каждому судебную защиту его прав и свобод.

В силу ст. 47 Закона о психиатрической помощи действия медработников, врачебных комиссий, ущемляющие права и законные интересы граждан при оказании психиатрической помощи, могут быть обжалованы в суд. Согласно ч. 1 ст. 1 Закона психиатрическая помощь включает в себя диагностику психиатрических расстройств, т.е. постановку, отмену или изменение диагноза. Следовательно, действия медработников по установлению гражданину диагноза психического заболевания могут быть обжалованы в суд, если он считает их нарушающими в чём-либо его права или интересы. Суд должен рассмотреть дело по существу и, в зависимости от собранных доказательств, вынести решение об удовлетворении жалобы либо об отказе в её удовлетворении.

Безусловно, проверка правильности постановки диагноза представляет большую сложность, суд должен исследовать меддокументацию, допросить свидетелей (в т.ч. врачей) о поведении заявителя и, поскольку для решения спорного вопроса требуются специальные пояснения, — назначить экспертизу. Исходя из конституционного принципа состязатель-

ности, обязанность доказать правильность диагноза лежит на медработниках.

По мнению В. М. Жуйкова, употребляемая в судебных решениях формулировка “снять диагноз” является неудачной. В случае удовлетворения жалобы суд должен указать в решении о необоснованности или неправильности установления психиатрического диагноза. Однако это обстоятельство на существо проблемы — полномочия суда по проверке правильности постановки гражданам психиатрических диагнозов в случаях их оспаривания — не влияет.

Право граждан оспаривать в суде такие действия вытекает и из ч. 1 ст. 6 Закона о психиатрической помощи, согласно которой решение врачебной комиссии о признании гражданина непригодным вследствие психического расстройства к выполнению отдельных видов профессиональной деятельности может быть обжаловано им в суд. Совершенно очевидно, что для того, чтобы рассмотреть такую жалобу не формально, а по существу, суду необходимо проверить главное — правильность установления диагноза, на котором основано обжалуемое решение комиссии. Установление человеку диагноза психического расстройства безусловно затрагивает его права, поэтому он может обратиться в суд, если считает такой диагноз неверным, — заключает В. М. Жуйков.

Некорректность постановки вопроса о “снятии диагноза”

Слово “снятие” применительно к установленному диагнозу не является понятием или термином, поскольку оно не наполнено конкретным медицинским и тем более правовым содержанием. Выражение “снятие диагноза” в основном используется в устной речи для обозначения случаев, когда состояние человека перестаёт соответствовать ранее выставленному ему диагнозу, и диагноз может быть пересмотрен (изменён, аннулирован). То есть “снятие диагноза” — это процесс официального признания лица, более не страдающим тем или иным заболеванием (когда лицо выздоровело) либо вовсе не имевшим этого заболевания или имевшим другое заболевание.

Вместе с тем данное словосочетание, несмотря на свою неопределённость, присутствует в ряде ведомственных нормативных актов, в частности, в п. 7.13 постановления Главного государственного санитарного врача РФ от 8 июня 2017 г. № 84, в котором говорится о приёме на работу лица после снятия диагноза. Оно фигурирует в приказах Минобрнауки России, учётных формах Минздрава России, например, в форме № 470/у-10 “Извещение об установлении, изменении, уточнении и (или) снятии диагноза либо изменении иных данных о состоянии здоровья, физическом и умственном развитии детей, оставшихся без попечения родителей”. О снятии диагноза психического расстройства упоминается в инструкциях об организа-

ции военно-врачебной экспертизы в органах внутренних дел, ФСБ, УИС. Так, согласно п. 104 Инструкции, утверждённой приказом ФСБ России от 8 апреля 2016 г. № 241, граждане, уволенные с военной службы по состоянию здоровья вследствие психического расстройства, при освидетельствовании с целью пересмотра категории годности к военной службе на момент увольнения представляют в ВВК заключение специализированной медицинской организации государственной или муниципальной систем здравоохранения об изменении или снятии ранее установленно-го диагноза психического расстройства, по которому (на основании заключения ВВК) они были уволены с военной службы.

Между тем, процедура снятия ранее установленного диагноза законодательством не определена.² Порядок выдачи медицинскими организациями справок и медицинских заключений (утв. приказом Минздрава России от 2 мая 2012 г. № 441н) предусматривает выдачу справки или заключения о наличии (отсутствии) у гражданина заболевания, результатах медицинского обследования и (или) лечения. Заключения (справки) о снятии диагноза документ не предусматривает.

Соответственно суду нечем руководствоваться при разрешении подобных споров: требование о снятии диагноза, с юридической точки зрения, абстрактно, оно находится вне правового поля. Доказательства по делу могут указывать на то, что диагноз истцу выставлен ошибочно, незаконно, необоснованно или что истец в настоящее время не имеет такого диагноза. При таких обстоятельствах суд вправе принять решение в пользу истца, но не с формулировкой о снятии

² В этой связи представляются неубедительными решения ряда судов, опирающихся на некий “установленный” порядок снятия диагноза. Как правило, такие решения выносятся по искам прокуроров и касаются отобрания у граждан водительских удостоверений. Так, Волгодонский районный суд Ростовской области и Судебная коллегия по гражданским делам Ростовского облсуда (апелляционное определение от 11 июля 2017 г. по делу № 33-11388/2017), удовлетворяя иск прокурора о прекращении действия права на управление транспортными средствами и обязанности 3. сдать водительское удостоверение, исходили из того, что “в установленном порядке 3. не снят диагноз в связи со стойкой ремиссией (по выздоровлению)”. Обязательная в данном случае ссылка на нормативный акт, которым “установлен” такой “порядок” в решении не приводится. Такая же отсылка в никуда даётся в заочном решении Салехардского горсуда ЯНАО от 30 мая 2017 г. по делу № 2-837/2017. В нем сказано, что водительские права могут быть восстановлены “при снятии диагноза в установленном порядке”. Рубцовский горсуд Алтайского края по аналогичному делу (решение от 27 июня 2017 г. по делу № 2-1713/2017) прекратил действие права К. на управление транспортными средствами, указав, что “в любом случае вопрос о снятии диагноза при полной ремиссии может быть разрешён ответчиком в ином порядке”. Что это за “иной” порядок суд не конкретизирует.

оспариваемого диагноза. Решение с такой формулировкой не будет иметь чётких правовых последствий и механизмов исполнения. А у вышестоящих судебных инстанций появятся основания для отмены решения.

Неправомерность установления диагноза психического расстройства

Диагноз можно считать выставленным незаконно (неправомерно), если психиатрическое освидетельствование, обследование, диагностика были проведены не по основаниям и не в порядке, установленным Законом о психиатрической помощи и другими федеральными законами. Диагноз нельзя считать выставленным правомерно и при отсутствии полноценных сведений о человеке.

Так, Судебная коллегия по гражданским делам Ульяновского облсуда (апелляционное определение от 19 ноября 2013 г. по делу № 33-4072/2013) оставила без изменения решение Засвияжского районного суда г. Ульяновска об удовлетворении исковых требований П.В.Н. к УОКНБ. Суд признал установление ему диагноза <...> незаконным.

П.В.Н. 30 июня 2012 г. в 17.00 случайно оказался в УОКНБ: ожидал у регистратуры знакомого, который прошёл в помещение больницы. До обеда П.В.Н. выпил с ним спиртного и поэтому находился в состоянии опьянения. К П.В.Н. подошли санитары и предложили следовать за ними, потом взяли его под руки и стали силой заводить в больницу. Он вырвался и убежал на крыльцо, где споткнулся и упал лицом на асфальт, получив травму головы. Санитары завели его в больницу. Из-за травмы и состояния опьянения истец уже не помнил, что с ним происходило, и какие действия проводили с ним врачи. Спустя 3 часа его отправили в нейрохирургическое отделение стационара ЦРБ в связи с травмой, где он пробыл до 9 июля 2012 г.

Впоследствии П.В.Н. узнал, что 30 июня 2012 г. в УОКНБ врачи поставили ему диагноз <...>, указав в карте, что за помощью он обратился добровольно. С заключением врачей он не согласен. На протяжении всей жизни алкоголем не злоупотреблял, на наркоучёте не состоял. Работает в системе образования, имеет многочисленные поощрения. Считает, что врачи грубо нарушили требования ч. 1 ст. 4 и ч. 1 ст. 11 Закона о психиатрической помощи о добровольности обращения за психиатрической помощью и информированном добровольном согласии на медицинское вмешательство.

Ответчик пояснил, что диагноз П.В.Н. был поставлен на основании анамнестических сведений, полученных от пациента, находящегося в состоянии алкогольного опьянения в момент осмотра, а также на основании данных лабораторных исследований (наличие этанола в моче 3,13 промилле). Оснований не доверять сообщаемым пациентом сведениям не имелось, какой-либо личной заинтересованности у врачей психиатров-наркологов не было. На момент выставления диагноза были соблюдены все требо-

вания нормативных правовых актов, диагноз установлен законно.

Суд назначил АСППЭ. Эксперты Ульяновской ОКПБ пришли к выводу, что П.В.Н. психическим расстройством не страдал и не страдает в настоящее время. Диагноз <...> в период нахождения истца в УОКНБ был выставлен на основании анамнестических сведений, полученных от пациента врачом приёмного отделения и врачом отделения ННП, состояния опьянения пациента в момент осмотра и данных о наличии этанола в моче. Так как П.В.Н. находился в УОКНБ менее суток и был переведён в экстренном порядке для лечения в нейрохирургическое отделение, а также пребывал в состоянии опьянения, полноценные сведения о его личности, социальной адаптации, степени алкоголизации собрать не представлялось возможным. П.В.Н. за медицинской помощью в УОКНБ не обращался, к административной ответственности не привлекался, в полицию не доставлялся. По месту жительства и работы характеризуется исключительно положительно, алкоголем не злоупотреблял. Диагноз <...> в настоящее время подтверждения не находит.

Судебная коллегия пришла к выводу, что установление П.В.Н. диагноза <...> в отсутствие полноценных сведений о его личности, социальной адаптации и степени алкоголизации является *неправомерным*.

Иногда в своих исковых заявлениях граждане просят суд признать незаконным не установление диагноза, а заключение о наличии психического расстройства, т.е. документа об установлении диагноза. Такая формулировка также может иметь место.

Известен случай, когда суд признал незаконной запись о наличии психического заболевания “олигофрения в стадии выраженной дебильности” в акте освидетельствования лица с ДЦП и обязал бюро МСЭ выплатить истцу компенсацию морального вреда в сумме 20 тыс. руб.³

Признание диагноза необоснованным

Необоснованным можно назвать диагноз, который недостаточно аргументирован, при его установлении не применены или неверно применены необходимые методы и методики, а также когда он не находит клинического подтверждения при последующих обследованиях пациента.

Вместе с тем, как следует из судебной практики, судьи не всегда правильно воспринимают и оценивают выводы экспертов, пренебрегают возможностью вызова эксперта в суд для допроса, целиком полагаясь на собственный опыт.

³ Московская областная психиатрическая газета № 1 (45), 2009. С. 6.

Так, Судебная коллегия по гражданским делам Тверского облсуда (апелляционное определение от 1 апреля 2015 г. по делу № 33-739) частично удовлетворила иски Ф. к областному ПНД и признала диагноз психического расстройства в форме <...> необоснованным с ... (указана дата). С ПНД были взысканы в пользу Ф. расходы на оплату услуг представителя.

Ф. самостоятельно обратился в ПНД в связи с депрессией, ему был установлен диагноз <...>. Неоднократно проходил лечение в психиатрическом стационаре. Был освобожден от службы в армии, получал академотпуск в институте, признан инвалидом. После улучшения состояния истец перестал посещать ПНД. После его неявки на очередное переосвидетельствование инвалидность была снята.

Когда истец обратился к ПНД за справкой на вождение транспортным средством, ВК дала заключение, что «решение вопроса о разрешении вождения преждевременно. Наблюдение». При повторном обращении комиссия отказала ему в связи с диагнозом <...>. На его запросы о выдаче меддокументов ПНД ответа не дал.

Через некоторое время Ф. потребовал снятия диспансерного наблюдения, сообщил, что не согласен с диагнозом. Заключение ВК диагноз был подтвержден, но в связи с нахождением заболевания в стадии ремиссии Ф. был снят с диспансерного наблюдения.

По мнению Ф., ПНД нарушил его права, поскольку в настоящее время у него отсутствует клиническая картина заболевания и ему необоснованно отказывают в выдаче справки для обмена водительского удостоверения.

Амбулаторная СПЭ в связи с неясностью клинической картины на вопросы не ответила. Суд назначил стационарную СППЭ в Центре им. В. П. Сербского, поставив на разрешение экспертов вопросы: 1) страдал ли Ф. в период <...> заболеванием, если да, то каким? 2) страдает ли Ф. в настоящее время каким-либо заболеванием? По заключению экспертов Ф. каким-либо <...> заболеванием в настоящее время не страдает. Ф. обнаруживает <...>. Установленный Ф. диагноз хронического психического расстройства не находит клинического подтверждения.

Оценивая заключение экспертов, Судебная коллегия указала, что оно *не содержит категоричного вывода* о том, что Ф. в ... (указана дата) не страдал никаким психическим расстройством, в т.ч. , в виде <...>. Эксперты указали лишь на то, что диагноз хронического психического расстройства не находит клинического подтверждения. Оценивая указанный вывод в совокупности с другими доказательствами, которые также не опровергают установленный истцу диагноз, Судебная коллегия посчитала недоказанным факт отсутствия у Ф. в ... (указана дата) заболевания в виде <...>.

Вместе с тем, как указала Судебная коллегия, эксперты дали категоричный ответ, что на момент проведения СППЭ истец не страдает каким-либо <...> заболеванием. Этот вывод сделан не только на основе анализа меддокументации, но и на основа-

нии освидетельствования Ф., который находился в Центре им. В. П. Сербского более ... дней.

Судебная коллегия удовлетворила требования Ф. о признании установленного ему в ПНД диагноза психического расстройства в форме <...> необоснованным с ... (указана дата), а не с той даты, как об этом просил истец.

Судебная коллегия не приняла во внимание ссылку ПНД на то, что диагноз психического расстройства не может быть самостоятельным предметом судебного оспаривания, т.к. диагноз заболевания как его медицинская квалификация сам по себе прав и законных интересов лица не нарушает. Она указала, что Закон о психиатрической помощи не содержит ограничений круга действий врачей-психиатров, подлежащих оспариванию в суде.

Обоснованность признания судом отсутствия у истца психического расстройства в настоящее время (точнее, начиная с даты проведения СПЭ) очевидна. Сомнение вызывает правильность оценки судом заключения СПЭ в отношении наличия у истца такого заболевания в прошлом (в соответствии с диагнозом, установленным ПНД). По нашему мнению, вывод экспертов о том, что установленный Ф. диагноз хронического психического расстройства не находит клинического подтверждения, в «мягкой» форме указывает на его отсутствие, что могло бы служить для суда основанием для признания данного диагноза необоснованным с даты его установления ПНД.

Признание диагноза ошибочным или неверным

Суд может вынести решение об ошибочности выставленного диагноза при установлении явных нарушений правил диагностики психических расстройств.

Так, Ачинский горсуд Красноярского края (решение от 25 ноября 2016 г. по делу № 2-3629/2016) удовлетворил иски требования Савченко Д. В. к Краевому ПНД № 1 о признании ошибочным диагноза «органическое бредовое расстройство», выставленного ему в 2009 г.

Савченко в 2009 г. проходил лечение в стационаре ПНД, где ему был выставлен оспариваемый диагноз, затем долечивался в дневном стационаре. Был поставлен под диспансерное наблюдение, которое позже было снято. В 2012 г. его осмотрел врач-психиатр кафедры психиатрии и наркологии КрасГМУ и психотических расстройств у него не выявил. В 2015 г. ему провели освидетельствование в ООО «Медицинский центр «Метелица». По заключению центра, психическим расстройством он не страдает; диагноз, поставленный в 2009 г., не находит своего подтверждения ввиду того, что при его установлении не были учтены диагностические критерии МКБ-10 в их совокупности.

Суд назначил СПЭ. Эксперты также не подтвердили оспариваемый диагноз, ссылаясь на те же основания. При этом эксперты указали на наличие у Савченко в тот период другого хронического психи-

ческого расстройства (шизофрения), в связи с чем Савченко нуждался и нуждается в психиатрической помощи в амбулаторных условиях в форме лечебно-консультативного наблюдения.

Истец согласился с экспертами об отсутствии у него органического бредового расстройства, однако указание на наличие шизофрении его не устраивало, поскольку это также служило препятствием его трудоустройству в полицию. Полагал, что СПЭ проведена не полно, т.к. отсутствовал запрос и ответ из МВД России о факте «наличия чипа на платформе RFIT на имя Савченко».

Ответчик согласился с заключением СПЭ и признал иски требования. Пояснил, что указание на наличие у истца диагноза «шизофрения» будет рассмотрено на ВК и в случае подтверждения диагноза ПНД примет соответствующие меры, в т.ч. в отношении разрешения на занятие деятельностью охранника.

Учитывая признание иска ответчиком, суд удовлетворил требования истца. Несогласие истца с заключением СПЭ в части наличия у него другого психического расстройства, по мнению суда, не имеет правового значения при рассмотрении данного иска.

Правила ст. 47 Закона о психиатрической помощи позволяют гражданам предъявить иск не только к лечебной, но и к экспертной организации, в ходе рассмотрения которого подлежат разрешению вопросы о наличии (отсутствии) врачебной ошибки, допущенной экспертами при постановке диагноза.

Так, Судебная коллегия по гражданским делам Красноярского краевого суда (апелляционное определение от 2 октября 2013 г. по делу № 33-9347/2013) оставила без удовлетворения апелляционную жалобу О. на решение суда первой инстанции.

О. обратился в суд с иском к Минздраву России и экспертам Краевого ПНД № 1. Он просил взыскать с министерства в счёт компенсации морального вреда 4000000 руб. Суд отказал на том основании, что Минздрав является ненадлежащим ответчиком, поскольку ПНД не относится к его ведению, а к самим экспертам ПНД материально-правовых требований истцом не заявлено.

По заключению стационарной СППЭ, проведённой ПНД в рамках уголовного дела, О. страдал психическим расстройством в форме шизофрении. Ему было рекомендовано принудление в психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением. Установление психического заболевания у О., содержащегося под стражей, явилось основанием к его переводу в психиатрический стационар по постановлению районного суда. При проведении повторной СПЭ в Центре им. В. П. Сербского установлено, что О. психическим расстройством не страдал и не страдает в настоящее время. В принудлении не нуждается.

О. указал, что в результате врачебной ошибки, умышленных неправомерных действий медработников ПНД ему причинены моральные страдания в

связи с помещением на длительное время в психиатрический стационар.

Судебная коллегия отметила, что истец не лишен возможности на предъявление исковых требований к надлежащему ответчику, в ходе рассмотрения которого подлежат разрешению вопросы о наличии (отсутствии) врачебной ошибки, допущенной врачами-экспертами при постановке диагноза О.

Суды выносят решения о неверной постановке психиатрического диагноза не часто, в основном по так называемым резонансным делам.

Так, Промышленный районный суд г. Ставрополя (решение от 17 августа 2010 г. по делу № 2-2218/10) частично удовлетворил иск Медкова Д. Ю. и взыскал с Центра им. В. П. Сербского в пользу истца 200000 руб. в счёт компенсации морального вреда, причинённого неверно поставленным диагнозом.

Медков был незаконно обвинён в причинении тяжкого вреда здоровью своей сестры, повлекшем её смерть. По результатам СПЭ он был признан невменяемым и направлен на принудление в психиатрический стационар специализированного типа. В 2007 г., когда выяснилось, что сестра Медкова жива и долгое время проживала в другом регионе, постановление суда о применении принудительных мер медицинского характера было отменено, и Медков был немедленно выписан из больницы.

Суд признал вину экспертов Центра им. В. П. Сербского в неверно поставленном диагнозе «параноидная шизофрения F 20.0». Было установлено, что в декабре 2003 г. в период проведения с Медковым следственных действий параноидной шизофренией он не страдал. В условиях привлечения к уголовной ответственности со второй половины января 2004 г. у него отмечалось состояние декомпенсации смешанного расстройства личности, о чём свидетельствуют данные о заострении присущих ему патохарактерологических особенностей в виде неустойчивости эмоциональных реакций, сниженного настроения, подозрительности с присоединением тревоги.

В данном случае была неправильно определена не только правовая, но и медицинская составляющая принудительных мер медицинского характера; отсутствовали как правовые, так и медицинские основания для помещения в стационар.

Признание отсутствия психического расстройства в настоящее время

В своих исковых требованиях граждане иногда просят признать установленный им диагноз «недействительным»⁴, т.е. не существующим на самом деле, мнимым, вымышленным. Зачастую, иск подаётся спустя десятилетия после диагностирования психического расстройства. Установить истину в отношении

⁴ См., например, кассационное определение Судебной коллегии по гражданским делам Тюменского облсуда от 26 января 2011 г. по делу № 33-299/2011.

прошлых событий бывает затруднительно. В таких случаях вместо оспаривания обоснованности выставления диагноза проще доказать отсутствие психического расстройства (или наступления стойкой ремиссии) на текущий момент, особенно, если гражданин в истекший период времени успешно работал, водил автомашину, признавался профпригодным и т.д.

Так, Судебная коллегия по гражданским делам Верховного Суда Республики Адыгея (апелляционное определение от 17 апреля 2015 г. по делу № 33-9/2015) отменила решение Майкопского районного суда и вынесла новое решение, которым отказала в удовлетворении иска прокурора к Ф. о прекращении действия права на управление транспортными средствами.

Прокурор сослался на то, что по результатам психиатрического освидетельствования у Ф. установлены противопоказания для управления наземными транспортными средствами. Суд вынес решение о прекращении действия права на управление транспортными средствами категорий "В" и "С", выданного Ф., до подтверждения медзаключением факта улучшения его состояния здоровья.

Ф. пояснил, что первое водительское удостоверение выдано ему в 2004 г. В 2009 г. он получал медицинскую справку по освидетельствованию водителей транспортных средств. Ни разу с 2004 г. не возникал вопрос о наличии у него заболевания, препятствующего управлению транспортом. В 2014 г. перед очередным получением удостоверения ему выдали заключение комиссии ПНД. В нём указывалось, что в 2004 г. по направлению военкомата Ф. обращался в амбулаторно-поликлиническое отделение ПНД, где был заполнен акт исследования состояния здоровья Ф., выставлен диагноз "органическое расстройство личности" и заведена карта амбулаторного больного. По мнению Ф., постановление его на учёт в ПНД с указанным диагнозом — ошибка. Для её устранения необходимо проведение СПЭ, в чём судом ему было незаконно отказано.

Судебная коллегия установила, что в материалах дела нет данных о том, что с 2004 г. по настоящее время Ф. обращался за психиатрической помощью, как нет и сведений, что ответчику снят диагноз психического заболевания. Суд первой инстанции исходил из того, что установленный в 2004 г. диагноз свидетельствует о возможной опасности причинения вреда ответчиком при управлении им транспортным средством. Однако данное решение постановлено с нарушением норм материального права и при недоказанности обстоятельств, имеющих значение для дела.

Заболевание у ответчика было выявлено в 2004 г. При этом из меддокументов следует, что ни до 2004 г., ни после даты постановления на учёт Ф. к врачам по поводу какого-либо психического заболевания не обращался. Согласно заключению АСПЭ в настоящее время Ф. каким-либо психическим расстройством не страдает. Поскольку иск заявлен о прекращении действия права на управление транспортными средствами до подтверждения медзак-

лючением факта улучшения состояния здоровья, а такое подтверждение представлено в суд апелляционной инстанции, то следует признать, что факт улучшения здоровья Ф. нашёл своё подтверждение.

Суд первой инстанции, ввиду неверного определения обстоятельств, имеющих значение для правильного разрешения спора, отклонил ходатайство ответчика о назначении СПЭ и не исследовал вопрос о его состоянии здоровья на период рассмотрения дела. Хотя основания для проверки доводов об отсутствии заболевания и назначения СПЭ имелись, поскольку болезнь ответчика выявлена более 10 лет назад и в течение всего периода постановки его на учёт не было данных, подтверждающих наличие рецидивов заболевания. Так как заключением СПЭ подтверждено отсутствие у Ф. в настоящий период психического заболевания, то данное обстоятельство свидетельствует об отсутствии оснований для удовлетворения иска.

Обязание медорганизации внести в карту сведения об отсутствии заболевания

Суд вправе своим решением обязать медорганизацию внести в карту пациента те или иные сведения, в частности об отсутствии у него психического расстройства.

Так, Дудинский районный суд Красноярского края (решение от 4 октября 2013 г. по делу № 2-454/2013) удовлетворил в полном объёме исковые требования Белечук Е. Г. к Таймырской ЦРБ и признал необоснованным заключение (диагноз) врача-психиатра о наличии у несовершеннолетнего К. хронического психического расстройства в форме "лёгкая умственная отсталость, психопатоподобное поведение". На больницу возложена обязанность внести в меддокументацию сведения об отсутствии у К. данного расстройства.

По заключению СПЭ К. хроническим психическим расстройством не страдал и не страдает; ранее выставленный диагноз вызывает сомнения. К. выявляет другие непсихотические расстройства в связи с другими заболеваниями.

Судебная коллегия по гражданским делам Красноярского краевого суда (апелляционное определение от 16 декабря 2013 г.) оставила решение суда без изменения, а апелляционную жалобу главврача больницы — без удовлетворения, несмотря на недостаточную категоричность выводов экспертов, высказавшихся о наличии у них "сомнений" по поводу ранее выставленного диагноза.

* * *

Промышленный районный суд г. Смоленска (решение от 30 января 2013 г. по делу № 2-172/2013) удовлетворил исковые требования Б. к Смоленскому областному ПНД и обязал диспансер внести в меддокументацию сведения об отсутствии у Б. по состоянию на день проведения СПЭ хронического психического расстройства в форме шизофрении.

В 1984 г. из-за конфликтов с женой Б. дважды находился в стационаре с диагнозом “шизофрения”. Это не отразилось на его работоспособности, он продолжал работать, был принят на работу в автоколонну водителем автобуса, затем водителем автомобиля в зеленхоз. Б. регулярно проходил медосвидетельствования на право управления транспортными средствами, никогда в допуске к вождению ему не было отказано. Позднее полученное заключение аннулировали со ссылкой на наличие психического заболевания, с чем истец не согласен. На протяжении более 20 лет за психиатрической помощью он не обращался, никаких признаков и подтверждений поставленного ему диагноза “шизофрения” ни он, ни его близкие и знакомые не обнаруживали. Просил суд снять диагноз “шизофрения”, установленный ему в 1984 г.

Ответчик разрешение вопроса о снятии диагноза оставил на усмотрение суда. Пояснил, что Б. после госпитализаций находился под диспансерным наблюдением. В дальнейшем переведён в консультативно-лечебную группу. С 2005 по 2011 г. обращался по поводу освидетельствования для продления разрешения на управление транспортными средствами. По решению ВК истцу предложена стационарная экспертиза, от которой тот отказался. В 1989 – 1990 г. Б. однократно консультирован в ПБ № 4 им. Ганнушкина и неоднократно приглашался для завершения амбулаторной экспертизы. Сведений о результатах экспертизы нет. Если на основании СПЭ суд придёт к выводу об удовлетворении требований истца, то диспансером будут внесены необходимые записи в меддокументацию.

Представители Смоленской ОКПБ, привлечённой к участию в деле в качестве соответчика, иск не признали, пояснив, что в психиатрии диагноз представляет собой сугубо медицинское средство квалификации болезней, сам по себе он не является правовой категорией и не может быть предметом спора. Цель установления диагноза — предоставление пациенту показанной ему по состоянию здоровья медицинской помощи. Установление наличия заболевания не может каким-либо образом нарушить личные неимущественные права граждан или посягать на принадлежащие им нематериальные блага. Диагноз психического расстройства установлен истцу в соответствии с МКБ-10 на момент осмотра во время стационарного обследования в марте и октябре 1984 г. При вынесении решения о наличии психического расстройства врач исследует клинические данные (анамнез, медицинское наблюдение, клиническая беседа), проводит анализ имеющихся симптомов психиатрических расстройств и только на основе всей совокупности сведений и проведённого осмотра выставляет диагноз. Истец не имеет медицинского образования и не может судить о наличии или отсутствии у себя психического расстройства на момент обращения в 1984 г. Таким образом, диагноз, являющийся констатацией состояния здоровья на момент оказания психиатрической помощи, не может быть “снят”, а действия врачей по установлению диагноза по своей сути не могут нарушить личные неимуществен-

ные права истца. Для более точного определения психического состояния Б. требуется проведение не амбулаторной, стационарной СПЭ.

Суд указал, что установление диагноза психического заболевания является исключительной компетенцией врача-психиатра или комиссии врачей-психиатров. Для определения, страдает ли лицо психическим расстройством, проводится психиатрическое освидетельствование. Данный вопрос может быть разрешен на основании СПЭ, что подтвердили представители ПНД и больницы.

В судебном заседании установлено, что в 1984 г. на фоне психоэмоциональной ситуации истец был госпитализирован в ПБ. После лечения выписан с диагнозом “шизофрения шубообразная, аффективно-бредовой приступ”. После выписки трудился. Повторно поступил в стационар после ухода жены. В 1994, 1997, 2000 и 2003 г. проходил медкомиссии, каждый раз признавался годным к управлению автомашинами. В мае 2005 г. по заключению комиссии врачей-психиатров признан негодным к управлению транспортными средствами, решением Промышленного районного суда г. Смоленска в удовлетворении заявления об оспаривании действий ПНД о постановке на учёт и об отказе в допуске к управлению транспортными средствами Б. отказано. В последующем по указанному вопросу обращался в 2011 и 2012 г. С 1996 г. находится под консультативно-лечебным наблюдением ПНД, под диспансерным наблюдением не состоит, врача-психиатра не посещает.

По ходатайству истца была назначена амбулаторная СПЭ, обнаружившая у Б. органическое не психотическое расстройство в связи с сосудистыми заболеваниями. Анализ меддокументации в сопоставлении с катamnестическими данными и результатами психолого-психиатрического исследования показывал, что клиническая картина заболевания в 1984 г. характеризовалась наличием у Б. аффективно-бредовой симптоматики, которая позволяла установить в тот период диагноз “шизофрения”. Имевшее место психотическое состояние носило транзиторный характер, т.к. катamnестически не прослеживаются характерные для эндогенной патологии аффективной уплощённости, личностного снижения, нарушения идентификации с высоким уровнем социальной адаптации, что позволяет отвергнуть наличие хронического психического расстройства. Вопрос о возможности осуществлять деятельность, связанную с источником повышенной опасности, а именно управлять транспортными средствами, входит в компетенцию ВК. Вместе с тем, по результатам данного исследования противопоказаний для осуществления такой деятельности у Б. не выявлено.

Допрошенный в суде эксперт пояснил, что из заключения СПЭ можно сделать вывод об отсутствии у истца на момент проведения экспертизы хронического психического расстройства в форме шизофрении, диагностированного ему в 1984 г. У истца установлено наличие не психотического расстройства.

После прохождения СПЭ Б. уточнил требования и просил суд обязать ПНД внести сведения в меддокументацию об отсутствии у него по состоянию на дату проведения экспертизы диагноза хронического психического заболевания в форме шизофрении.

Приведённое решение вызвало немало споров на Форуме НПА России⁵. Психиатры согласились, что в настоящее время диагноз “шизофрения” истцу ставить нельзя, что диагноз требовал пересмотра, что они тоже и без суда приняли бы такое решение. Только вот проблема в том, что в психиатрии принято руководствоваться правилом, согласно которому, если диагноз поставлен в стационаре, то психиатры не могут его снять амбулаторно. Впрочем, сами же психиатры назвали такое правило дурацким, а позицию ПНД: “А вот вы вынесите судебное решение, и мы диагноз изменим” — ущербной. Ведь врач независим в своих решениях.

В то же время психиатрам близка позиция соотечественника-больницы. Хотя в данном случае решение суда, по их мнению, обоснованное и справедливое, создание судебного прецедента — изменение диагноза по решению суда — это “мина, заложенная под само право врачей на диагностику”. Диагноз по сути своей — врачебное суждение. Оно основывается на медицинских критериях, вытекающих из системы медицинских знаний, и выносится людьми, которые специально этому учились и имеют признанное государством право на диагностику. Судебное же решение — это юридическое суждение. Оно основывается на правовых критериях, вытекающих из системы правовых знаний. Юридические принципы не должны использоваться при диагностике. Было отмечено, что диспансеру следовало бы “с ходу признать иск и прецедента не создавать”, хотя истец, как следует из пояснений ПНД, не слишком хотел снимать диагноз во внесудебном порядке, отказываясь от предлагавшихся ему обследований.

Запись в медкарте об отсутствии у истца заболевания “на момент” названа “убогим протезом”, поскольку неизвестно, что в большей степени способно повлиять на решение вопроса профпригодности, ради которого и был затеян судебный спор: шизофрения в стадии стойкой и длительной ремиссии или органическое расстройство, которое как раз является стойким. По мнению одного из участников Форума, смоленским психиатрам надо было разрешать истцу разные виды деятельности, несмотря на диагноз “шизофрения”, и не искать “судебных приключений” ни на свою, ни на его голову.

Другие специалисты видят в такой практике позитив. По их мнению, давно пора формализовать психиатрические диагнозы с точки зрения доказательной

медицины. Они считают, что психиатрам надо как можно меньше вмешиваться в судьбу пациента, пусть он сам отвечает за свои решения, в т.ч. за сокрытие заболевания. Психиатр должен только лечить и по желанию самого пациента оказывать социальную помощь (а не навязывать её насильно). Ряд участников Форума склонны рассматривать данное решение суда как результат правовой проверки методов обследования и принятия решений в медицине вообще. Просто до других направлений ещё не дошли.

“Снятие” диагноза в суде многие рассматривают как следствие неправильного поведения некоторых врачей. Ограничения на какие-то виды деятельности налагаются в связи с наличием диагноза. Однако заболевания, даже хронические, могут проходить. И как же быть, если, несмотря на справку о выздоровлении или о многолетней стойкой ремиссии, врач упирается и не подписывает разрешение на работу, получение водительского удостоверения? В такой ситуации остаётся только судиться. Причём судиться по поводу незаконного недопуска придётся каждый раз, а по поводу признания здоровым — один раз.

Поддерживая допустимость оспаривания диагноза в суде, один из постоянных участников Форума заметил, что диагноз был оспорен на основании заключения СПЭ, т.е. суд запросил-таки мнение врача-психиатра, причём психиатра-эксперта о его мнении по поводу диагноза пациента, потом оценил это мнение как одно из доказательств по делу. Спрашивается, где тут вмешательство суда в процесс диагностики? Где юридические методы для принятия медицинских решений? Суд вполне компетентен оценить заключение эксперта, ведь он это делает постоянно. Компетентного и незаинтересованного психиатра спросили: “Есть у человека шизофрения?” Он ответил, руководствуясь врачебным долгом и законом: “Нет, (или да)”, обосновал своё мнение, а суд потом вынесет решение. Позиция эксперта здесь не будет преимущественной по сравнению с позицией врача-психиатра с большим стажем и опытом. Просто обосновывать позицию придётся обоим. Если суду понадобятся разъяснения экспертных выводов простым языком, суд вызовет эксперта для допроса.

Действительно, оценку убедительности выставленного диагноза психического расстройства суд производит по многим категориям дел: по делам о добровольном освидетельствовании или госпитализации, по делам о признании лица недееспособным и ограниченно дееспособным, по уголовным делам применительно к вопросам вменяемости и назначения принудительного лечения. Не исключение и дела, рассматриваемые в порядке ст. 47 Закона о психиатрической помощи.

Применительно к выше описанному гражданскому делу для нас важно, что “снятие” диагноза стало возможным на основании амбулаторной, а не стационарной СПЭ. Не следует слепо доверять заверениям

⁵ <http://www.npar.ru/forum/index.php?mode=thread&id=15137#p15137>.

психиатров в том, что при обращении в суд лицо неминуемо будет помещено в стационар.

В своих публикациях некоторые юристы, выступающие против возможности оспаривания диагноза психического расстройства в суде, для пущей убедительности утрируют ситуацию и, используя заведомо некорректную терминологию, пытаются продемонстрировать абсурдность позиции своих оппонентов. Они утверждают, что суды, якобы, выносят решения об “отмене” диагноза, но тогда суды должны обладать правом его постановки или изменения. В этом случае диагностика психических и соматических болезней переместится из врачебных кабинетов в залы судебных заседаний. Поскольку вступившее в законную силу судебное решение обязательно для всех, включая врачей, пациент получит право обратиться к врачу за психиатрической помощью, требуя лечить его лишь в соответствии с диагнозом, который установлен в суде, или не разрешая лечащему врачу пользоваться диагнозом, который судом был отменён. Такая постановка вопроса не только противоречит принципу независимости врача при исполнении им профессиональных обязанностей, но и здравому смыслу. Недопустимость отмены судом психиатрического диагноза обусловлена к тому же неопре-

делённостью действий, которые требуется для этого совершить.⁶

Данная позиция не нашла поддержки среди специалистов на Форуме НПА России.⁷

Изученная нами судебная практика также не подтверждает подобных опасений. Решения об “отмене” диагноза нам не встречались. Диагноз отменить нельзя. Отменить можно приём препарата и другие назначения врача, ограничения, связанные с состоянием здоровья и т.п. В своих решениях по делам об оспаривании диагноза суды прописывали конкретные, соответствующие ситуации действия, которые надлежало произвести медорганизации.

Пересмотр диагноза психического расстройства в понимании человека, которому установлен такой диагноз, — это снятие многочисленных запретов и ограничений. Разумеется, в определённых случаях целесообразнее обжаловать не диагноз, а действия (бездействие) и решения (заключения) должностных лиц и организаций, содержащих тот или иной запрет в связи с наличием у лица психического расстройства. Несмотря на то, что психическое расстройство действительно может иметь место, принятое должностным лицом решение может не соответствовать требованиям закона, нарушать права, свободы и законные интересы гражданина.

⁶ Дмитриева Т. Б., Шишков С. Н. Гарантии прав граждан при оказании психиатрической помощи // Законность, 1995. № 11.

⁷ <http://npar.index.msk.ru/forum/index.php?id=7584>.

РЕКОМЕНДУЕМ:

Ю. Н. Аргунова

НЕДЕЕСПОСОБНОСТЬ И ОПЕКА (Вопросы и ответы). — М., 2013. — 224 с.

ВРАЧЕБНАЯ ТАЙНА (Вопросы и ответы). — М., 2014. — 288 с.

**ПРАВА ГРАЖДАН ПРИ ОКАЗАНИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
(Вопросы и ответы). — М., 2014. — 640 с.**

**ПРАВА ГРАЖДАН С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ
(Вопросы и ответы). Изд. 4-е, перераб. и доп. — М., 2015. — 768 с.**

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

Заказать книги можно по электронной почте: info@npar.ru

или по телефону: 8 (495) 437-0991

Кого и как должны защищать психиатры?

В общественную приемную НПА России обратилась молодая женщина 33 лет, которая на 4-ом месяце после родов перенесла острое аффективно окрашенное психическое расстройство, в связи с чем была стационарирована в Калужскую областную психиатрическую больницу. Психотическую симптоматику удалось быстро купировать: уже через неделю она была адекватна, ее отпускали в домашний отпуск, а через 3 недели длительный домашний отпуск закончился выпиской из больницы. Она была рада возвращению домой, к своему мужу и ребенку, благодарна врачам за то, что помогли, но через некоторое время узнала, что выписали ее с диагнозом: шизофрения параноидная, эпизодический тип течения с нарастающим дефектом, депрессивно-параноидный синдром. Как легко можно перечеркнуть жизнь человека! Во всех отношениях успешная социально адаптированная женщина, единственное стационарирование, и уже “нарастающий дефект”, и ходи к психиатру не реже 1 раза в месяц. С тех пор прошло более трех лет. Татьяна живет с мужем, родила второго ребенка, занимается хозяйством и воспитанием детей, в психиатрической помощи не нуждается, чувствует себя хорошо, собирается возобновить работу, поскольку декретный отпуск подходит к концу, и получить водительские права, поскольку живет в маленьком областном городе, и детей часто нужно возить в областной центр. Но как это сделать при том, что она состоит под диспансерным наблюдением и имеет такой серьезный диагноз? Согласно Закону о психиатрической помощи, “ограничение прав и свобод лиц, страдающих психическими расстройствами, только на основании психиатрического диагноза, фактов нахождения под диспансерным наблюдением или пребывания в медицинской организации, оказывающей помощь в стационарных условиях, не допускается”. Это дискриминация. Но психиатры занимаются перестраховкой: вот пройдет пять лет, тогда подумаем, а пока будем держать вас под диспансерным наблюдением со всеми вытекающими отсюда ограничениями. За помощью Татьяна обратилась в НПА России.

Печатникова Татьяна Н., 1986 г. рожд., проживающая в Калужской области, освидетельствована комиссией специалистов НПА России по ее просьбе, в связи с желанием сняться с диспансерного наблюдения, пересмотреть диагноз.

На комиссию представлены документы:

1. Эпикриз из медицинской карты стационарного больного ГБУЗ “Калужская областная психиатрическая больница им. А. Е. Лифшица”.
2. Экспериментально-психологическое исследование, проведенное в ГБУЗ КОПБ им. А. Е. Лифшица;
3. Консультативное заключение из диспансерного отделения ГБУЗ КОПБ им. А. Е. Лифшица;
4. Характеристики с мест работы за 2014 г.

Проведены клинико-психопатологическое и экспериментально-психологическое исследования, изучены представленные документы.

Жалоб на самочувствие нет.

АНАМНЕЗ (со слов исследуемой и представленных документов). Наследственность психическими заболеваниями неотягощена. Матери 62 года, по характеру добрая, спокойная, детей не баловала, но и не наказывала, “отношения были доверительные, всегда все обговаривали”. Отец в 2008 г. погиб при пожаре, в это время проживал отдельно. Последние годы злоупотреблял алкоголем. Обстановка в семье была спокойной, отец никогда не скандалил, в состоянии опьянения спал, по характеру был добрым, очень мягким. Из-за пьянства отца родители развелись, когда не знает, потому что продолжали жить вместе. Исследуемая была вторым ребенком в семье, сестра старше на 7 лет, отношения с нею хорошие. Родилась в срок от нормально протекавшей беременности и родов. Развивалась по возрасту. Росла спокойной, послушной, общительной, “мама говорила, что со мной было легко”. С полутора лет посещала детские дошкольные учреждения (ясли, сад). Адаптировалась достаточно быстро. Играла с детьми, но шумных игр не любила, нравилось читать, рассматривать картинки. В детском саду был эпизод, когда днем стала отказываться спать с детьми, укладывали отдельно в игровой комнате, дома также засыпала на руках у матери. С чем это было связано так и не выяснили, за медпомощью не обращались, дня через 2 – 3 все само наладилось. В школу пошла с семи лет, училась на 4 – 5, с учителями и сверстниками ладилась, имела близких подруг. Занималась плаванием, с 12 лет увлеклась туризмом, ходила в походы пешие и на байдарках, в турклубе занималась на скалодроме. Когда было 17 лет, отец переехал жить в деревню, мать повторно вышла замуж, отчим “человек хороший и отношения с ним хорошие”. Печатникова Т. Н. закончила 11 классов, сразу после школы поступила и в 2009 г. закончила Всерос-

сийский Заочный Финансово-Экономический институт, факультет менеджмента и маркетинга. С 2006 г. работала сначала бухгалтером, а затем оператором ЭВМ в МСЧ № 2, как следует их представленной характеристики, зарекомендовала себя добросовестным работником, хорошо справлялась с поставленными задачами, пользовалась уважением в коллективе. В 2008 г. была принята на должность инженера в ФГУП “Калугаприбор”, где также характеризовалась положительно, как спокойная, выдержанная, отмечалась ее высокая работоспособность, качественное и точное выполнение производственных заданий, хорошие отношения с коллегами, активное участие в общественной жизни коллектива. Работая в “Калугаприборе”, Печатникова Т. Н. продолжала на 0,5 ставки работать в МСЧ № 2 вплоть до ухода в декретный отпуск. В возрасте 20 лет навещала своих знакомых, которые ушли жить в монастырь, с этого времени сама заинтересовалась религией, стала верующей, регулярно ходит в церковь. Работала волонтером в православной просветительской общественной организации “Милосердие”, с 2008 г. по 2014 г. была куратором направления “Помощь детям сиротам”. Познакомилась с молодым человеком из религиозной семьи, который также занимался волонтерской деятельностью. Три года встречались, а в 2014 г. (28 лет) вышла за него замуж, брак по любви, муж старше на 4 года, отношениями в семье довольна. Сначала проживали в Калуге, но в сентябре 2015 г. переехали в Калужскую область, купили там дом. Решение о переезде было принято по обоюдному согласию, говорит, что “муж всегда хотел жить в своем доме, быть ближе к природе”. На момент переезда была в декретном отпуске по беременности, беременность протекала нормально, но в анализах крови отмечался пониженный гемоглобин. В ноябре 2015 г. родила дочь, кормила ее грудью. Занималась ребенком, домашним хозяйством, чувствовала себя хорошо, но днем часто хотелось спать, а еще “не хватало общения, было непривычно, родные и друзья остались в Калуге, изменился образ жизни”. В конце февраля 2016 г. мать сообщила, что тяжело заболел отчим, волновалась за них, несколько снизилось настроение. Считает, что психическое состояние изменилось с 8 марта 2016 г., когда с мужем и ребенком поехали в Калугу к родителям. Встретились с родственниками, “было слишком много информации, у всех какие-то проблемы”. На этом фоне появилась тревога, страх за близких, плохо спала. На следующий день вернулись домой, но состояние не улучшилось: нарастала тревога, была беспокойна, не спала, испытывала страх за ребенка, мужа, отказывалась от еды. 11 марта 2016 г. мужем была доставлена в областную психиатрическую больницу и госпитализирована. Из эпикриза КОПБ следует, что “Психическое состояние стало ухудшаться с начала марта. Настроение снизилось, была несколько экзаль-

тирована, “восхищалась природой”. 7.03 – 8.03 неожиданно проснулась ночью в страхе, сообщила мужу, что во сне видела смерть, поняла, что ее и ее близких ждет несчастье, кто-то умрет. Спрашивала маму, все ли у нее в порядке. Не разрешала спать мужу и ребенку, все время их будила, т.к. считала, что во сне они умрут. Сама также перестала спать ночью. Тревога, страх еще больше усилились. 9.03 во время церковной службы, читая молитву, разговаривала с невидимым собеседником, что-то ему отвечала, спорила, но не объясняла, с кем говорит. Считала себя виновной в бедах людей, говорила, что “несет людям смерть”. В день госпитализации была очень тревожна, отказывалась от еды, стискивала зубы, не хотела глотать лекарства. При поступлении ориентирована правильно. Очень тревожна, отказывается сидеть на месте, то хватается ребенка, то подбегает к мужу, обнимает его. На вопросы врача отвечает путано, сумбурно, невпопад. Твердит, что “надо ехать”, “надо уходить”, зовет куда-то мужа. После уговоров согласилась на госпитализацию. В отделении первое время была крайне тревожной, на лице было выражение страха. Инструкций не выполняла, сопротивлялась при переодевании. Хватала руками предметы, цеплялась за медиков. На вопросы не отвечала. Подходила к дверям, дергала за ручки, стремилась куда-то уйти. Просила принести ей ребенка. В плане бредовых переживаний оставалась недоступной. Выплывывала таблетки и еду, сжимала зубы. На свиданиях с родственниками также продуктивному контакту была недоступна, была занята своими мыслями. Постепенно стала более активной, отвечала на вопросы. Признавалась, что в голове слышала “голоса” демонов, которые говорили, что ее и ее близких убьют, слышала похоронную музыку. Понимала, что находится в больнице, но была не уверена, что вокруг нее больные люди, видела среди них своих родных. Говорила, что ей непонятно, что происходит вокруг, было ощущение, что вокруг нее идет игра, что окружающие специально для нее ведут себя так. Оставалась вялой, жаловалась на слабость, сонливость. Получала: галоперидол, тригексифенидил, дифенгидрамин, кломипрамин, гидроксизин, инфузионную терапию, витаминотерапию. В процессе лечения психическое состояние значительно улучшилось, стала активной, настроение выровнялось, исчезли страхи, бредовые переживания, наладился аппетит. В поведении была спокойной, время проводила за чтением книги о воспитании ребенка. Отрицала наличие галлюцинаторных расстройств. Часто навещалась родственниками, с которыми охотно общалась. Критика к острому периоду частичная, несколько формальная. На выходные дни отпускалась в домашний отпуск с мамой, со слов которой поведение дома было удовлетворительным, занималась ребенком”. 23.03.2016 г. (12-й день стационарирования) проведено экспериментально-психологическое ис-

следование, по результатам которого “выявляется достаточный объем непосредственного и опосредованного запоминания. При исследовании ассоциативных процессов продуцируемые ответы адекватны по содержанию стимульному материалу, преимущественно конкретного и конкретно-ситуационного характера, отражают содержание предъявленных понятий, но обеднены эмоционально. Прослеживается стереотипность в исполнении рисунков. Испытуемой доступно выполнение основных мыслительных операций, с актуализацией малосущественных латентных признаков. В единичных случаях имеет место своеобразие формулировок, паралогичность суждений. Индивидуально-психологические особенности характеризуются тревожностью, неустойчивостью состояния, потребностью в отстаивании собственных установок, упорством, противодействием обстоятельствам, ориентировкой на собственное мнение, трудностями общения, практичностью и трезвостью суждений, выраженной избирательностью в межличностных отношениях, состоянием разочарованности, неудовлетворенности”. Печатникова Т. Н. находилась на лечении в стационаре с 11.03.2016 г. по 12.04.2016 г. Выписана с диагнозом: Шизофрения параноидная, эпизодический тип течения с нарастающим дефектом, депрессивно-параноидный синдром. Было рекомендовано диспансерное наблюдение, поддерживающее лечение галоперидолом и кломипрамином. Дома лекарств не принимала, чувствовала себя хорошо, занималась ребенком, домашним хозяйством. Вскоре забеременела и в феврале 2017 г. родила сына. Беременность, роды и послеродовой период протекали нормально. После выписки из ПБ к психиатру не обращалась, “не знала, что должна наблюдаться”. Весной 2017 г. была вызвана на прием к врачу-психиатру городской больницы, которая сообщила, что Печатникова Т. Н. взята на диспансерное наблюдение. Посещала врача-психиатра раз в месяц, лечения ей не назначали, врач отмечала стабильность психического состояния и в сентябре 2017 г. сама предложила Печатниковой Т. Н. поехать в ПНД областной больницы для комиссионного осмотра и снятия с диспансерного наблюдения, дала положительную выписку из амбулаторной карты. Но по консультативному заключению из диспансера КОПБ от 14.09.2017 г. следует, что “по результатам клинического обследования и данным ЭПИ подтвержден ранее выставленный диагноз. Оснований для изменения группы наблюдения в настоящее время не имеется”. После возвращения домой она продолжает раз в месяц посещать поликлинику, врача психиатра в настоящее время в ней нет, “медсестры делают записи в амбулаторной карте, отмечают стабильность состояния”. Печатникова Т. Н. в настоящее время не работает, находится в отпуске по уходу за детьми. С мужем отношения хорошие, он работает инженером. Отмечает, что за это время муж

построил на участке большой и удобный дом, благоустроил территорию. И она с удовольствием занимается воспитанием детей, домом, с мужем и с детьми часто бывают в церкви, этим летом всей семьей отдыхали в Калининградской области. Поддерживает хорошие теплые отношения с родными. За время проживания в области она приобрела много знакомых, появились друзья, “с другими мамочками пытаемся организовать для детишек образовательные занятия”, им дали помещение при воскресной школе церкви. В декретный отпуск уходила с предприятий г. Калуги, в которых числится и по сей день, но после окончания отпуска по уходу за детьми предполагает устраиваться на работу поближе к дому, опасается, что из-за диспансерного наблюдения у психиатра при трудоустройстве могут возникнуть затруднения. Отмечает, что дети подрастают, и уже сейчас приходится возить их на занятия в различные кружки, поэтому в будущем хотела бы получить права на управление автомобилем. Собирается вновь обратиться в диспансер для снятия с диспансерного наблюдения, возможно изменения диагноза. Предварительно решила пройти психиатрическое освидетельствование в НПА России.

ПСИХИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ. Сознание не изменено. Ориентирована в полном объеме. Астенического телосложения, выглядит на свой возраст, за внешностью следит. Поведение адекватно ситуации. В начале беседы волнуется, выражены вегетативные стигмы (красные пятна на коже лица, шеи), но быстро успокаивается, в беседе доброжелательна, достаточно откровенна. Анамнестические сведения излагает последовательно, на вопросы отвечает по существу. Говорит, что во время психотического эпизода в марте 2016 г. испытывала сильную тревогу, страх, беспокойство, не спала. Не помнит, чтобы были “голоса”, но и не отрицает данных эпикриза, объясняет, что тогда была очень растеряна и могла что-то не запомнить. На фоне лечения, уже через неделю почувствовала себя лучше. Говорит, что была отпущена домой с матерью 4 апреля, больше в больницу не возвращалась, а выписка оформлена 12 апреля. Оценивает свое состояние тогда, как болезненное. После выписки из ПБ первый год испытывала опасения, что болезненные симптомы могут вернуться, об этом предупреждали в больнице. Но самочувствие было хорошим, и опасения прошли, почувствовала себя более уверенно, с удовольствием занимается детьми, домом, устройством образовательных занятий для маленьких детей, со всем справляется. Тепло с любовью рассказывает о муже, детях, как они любят, когда мама им читает, занимается с ними, как они проводят свободное время, показывает семейные фотографии. Поддерживает теплые родственные отношения с родителями, сестрами родной и двоюродными. При этом мимически и эмоционально невыразительна, на лице постоянно улыбка, о чем бы не вспоминала и не гово-

рила. Настроение ровное. Мышление последовательное, логичное, нарушений мышления по эндогенному типу не выявляет. С критикой относится к перенесенному психотическому состоянию, настоящей ситуации. Интересуется результатами проведенного исследования, спрашивает, как лучше ей поступить, чтобы снять диспансерное наблюдение, изменить диагноз. Продуктивной психотической симптоматики, суицидальных мыслей не выявляет.

Проведено **экспериментально-психологическое исследование** с использованием направленной беседы, методик запоминания 10 слов, счета по Крепелину, пиктограммы, классификации, исключения предметов, простых аналогий, сравнения пословиц, рисуночного теста “Дом и три человека”.

Испытуемая держится непринужденно, доброжелательно, с чувством дистанции, на вопросы отвечает по существу, достаточно откровенно, не может внятно объяснить причину госпитализации, говорит, что послушалась мужа, а вообще могла бы лечиться дома. Занимается воспитанием детей, думает о том, чтобы совмещать работу с воспитанием детей, хочет руководить детскими развивающими кружками. Религиозна, следует всем церковным установлениям, но без фанатизма. С большой теплотой рассказывает о муже, который ее поддерживает, о детях. Понимает смысл исследования, хочет “снять” диагноз, который кажется ей необоснованным, боится, что он впоследствии помешает ей устроиться на работу, получить водительские права. Задания выполняет добросовестно, инструкции усваивает с первого раза и следует им в процессе работы. При незначительных ошибках легко принимает помощь экспериментатора, и сама корректирует ответ.

Кривая запоминания: 9-10-10. В отсроченном воспроизведении называет 10 из 10 предъявленных слов. При опосредованном запоминании из 14 понятий правильно воспроизводит все 14, при этом добавляя к слову “семья” эпитеты “дружная, крепкая”. Все ассоциации адекватно отражают смысл понятия, конкретные соседствуют с обобщенными. Рисунки среднего размера, упорядочены на пространстве листа, отделены друг от друга линиями, достаточно подробные, но без лишних деталей, много человеческих фигур, изображенных в разных позах, с настроением. Со счетом по Крепелину справляется не слишком быстро, но без ошибок. Все задания на мышление выполняет легко, быстро, практически без ошибок, с хорошими формулировками. В классификации испытывает некоторые затруднения на втором этапе, пытаясь объединить людей с различными предметами, которые отражают профессии, однако после наводящих вопросов экспериментатора самостоятельно формирует две группы “живое” и “неживое”. В задании “исключение предметов” встречаются единичные ответы по конкретно-ситуационному признаку, которые она сама быст-

ро исправляет. Так, из группы: мяч, коньки, лыжи, конькобежец исключает мяч, поскольку остальное — зимние виды спорта, однако поле вопроса “Вы уверены?” дает правильный ответ. На рисунке “Дом и три человека” изображает мужчину и женщину, взявшихся за руки и стоящих возле дома, в котором они живут, а также мальчика, играющего в мяч. Рисунок достаточно экспрессивный, хотя несколько схематичный, без перспективы.

Среди индивидуально-психологических особенностей выделяется некоторая нерешительность в ситуации принятия решения, однако затем испытуемая упорно добивается своей цели. В настоящее время испытывает беспокойство в связи с неопределенностью ситуации (заканчивается декретный отпуск, нужно устраиваться на работу, “мешает диагноз”), чувствует себя несколько изолированной. Нуждается в признании и безопасности, легко подвергается воздействию окружающей среды и эмоций окружающих. Хорошие коммуникативные способности сочетаются с избирательностью в контактах, стремится к взаимопониманию, пытается достичь гармонии в отношениях с другими людьми. Испытуемую отличает склонность к упорядочиванию своей деятельности и высокая ответственность, упорство в достижении цели, значимость духовных ценностей и благополучия семьи.

Таким образом, в результате экспериментально-психологического исследования у испытуемой выявляются хорошие когнитивные способности (высокие мнестические способности, устойчивость внимания, хорошие аналитические, критические и прогностические способности) и отсутствие нарушений мышления по эндогенному типу. Испытуемую отличает чувствительность к внешним воздействиям при наличии стойких духовных ценностей и сверхценного отношении к семье.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: По мнению комиссии, Печатникова Т. Н. однократно перенесла острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении (F 23.1), которое при назначении терапии быстро купировалось (длилось менее месяца). Диагноз “Шизофрения параноидная, эпизодический тип течения с нарастающим дефектом” представляется необоснованным: до 2016 г. психических расстройств у Печатниковой Т. Н. не отмечалось, однократный эпизод острого психотического расстройства, аффективно окрашенный, возникший через 4 месяца после родов, продолжался менее 1 месяца, характерных расстройств мышления и восприятия, а также эмоционально-волевого снижения в настоящее время у Печатниковой Т. Н. не имеется. Наблюдения пациентки в остром психотическом состоянии в течение месяца недостаточно, чтобы сделать вывод о “нарастании дефекта”. После выписки из психиатрического стационара в апреле 2016 г. Печатникова Т. Н. медикаментозной терапии не получает, психическое со-

стояние стабильное, жалоб на самочувствие нет, в социально-бытовом плане адаптирована, имеет реальные планы на будущее.

Печатникова Т. Н. в настоящее время психических расстройств не обнаруживает. Она не страдает “хроническим и затяжным психическим расстрой-

ством с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями”, в связи с чем диспансерное наблюдение рекомендовано прекратить. У Печатниковой Т. Н. нет медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством, а также ограничений для работы с детьми.

Чьи интересы важнее: пациента или государства?

Есть в Москве замечательная организация — Центр социальной (постинтернатной) адаптации. Она оказывает помощь детям-сиротам и детям, оставшимся без попечения родителей, которые по достижении совершеннолетия имеют право на получение жилья от государства, но воспитывались в детских домах и поначалу не способны проживать самостоятельно. В ЦСА их готовят к самостоятельной жизни: учат готовить, стирать, убирать и обустроить квартиру, делать покупки, планировать свой бюджет, оплачивать коммунальные платежи, общаться с представителями государственной власти и т.п. Каждый молодой человек живет в отдельной однокомнатной квартире со всеми удобствами, он/она должен самостоятельно поддерживать чистоту, готовить, покупать себе еду, одежду и другие необходимые вещи. ЦСА помогает получить профессию, устроиться на работу, готовит к прохождению вневедомственной комиссии в Департаменте труда и социальной защиты, которая решает вопрос о возможности самостоятельного проживания и постановки на очередь для получения жилья. В числе прочих документов, которые рассматривает комиссия, есть заключение врача-психиатра о психическом здоровье претендента. Легкие психические расстройства, которые часто встречаются у детей из неблагополучных семей, к тому же выросших в детских учреждениях, не являются противопоказанием для получения жилья и самостоятельного проживания. Так все раньше и было. Но вот в ПНД № 5 г. Москвы направляют двух молодых девушек, которые уже год проживают в Центре социальной адаптации. У обеих диагноз “умственная отсталость легкой степени”. Обе уже получили специальность “кондитер” и сейчас учатся в колледже на “рабочего зеленого хозяйства”. Получение второй специальности связано вовсе не с тем, что работа кондитером оказалась им не по силам. Просто в ЦСА считают, что в нынешних непростых условиях молодым людям нужно иметь две разные специальности, чтобы не остаться без работы. Одна из девушек в свободное время подрабатывает помощником официанта в кафе: обслуживает посети-

телей, принимает заказы, разносит еду, принимает оплату и получает чаевые. У обеих хорошие характеристики из ЦСА: никаких нарушений поведения, хорошие социальные установки, реальные планы на будущее. Осталось только помочь им получить жилье, о котором они мечтают, и организовать поддержку в первое время самостоятельной жизни. Однако сотрудники ПНД думаю иначе. А что, если девушки неправильно распорядятся своей собственностью? Они ведь никогда не имели дело с недвижимостью. И ПНД подает в суд заявление о признании девушек ограниченно дееспособными. Чьи интересы защищают врачи? Пациентов, которые на сегодняшний день не имеют никакой собственности, а в случае получения квартир, согласно московским законам, в течение пяти лет не могут совершать никаких сделок с имуществом? Или государства, которому такой статус позволяет по крайней мере, приостановить рассмотрение вопроса о предоставлении жилья? Судебные психиатры-эксперты быстро провели экспертизу, суд вынес соответствующее решение и документы были направлены в отдел опеки и попечительства. В результате от ЦСА требуют либо назначить девушкам попечителей, которые — по мнению опеки — должны забрать их к себе домой, либо направить девушек в психоневрологический интернат. Комиссия специалистов НПА России провела освидетельствование и пришла к выводу, что в обоих случаях медицинские основания для помещения в ПНИ отсутствуют. Пребывание в условиях закрытого психиатрического учреждения в данном случае лишь дезадаптирует девушек, им необходимо продолжать реабилитационные занятия в Центре социальной адаптации, готовиться к прохождению вневедомственной комиссии и получению жилья. Обе уже сегодня способны проживать самостоятельно при минимальной поддержке социальных служб. Решение об ограничении дееспособности принято не в интересах пациенток и не отвечает реальному положению вещей, его следует впоследствии пересмотреть.

Европейский комитет по предупреждению пыток о психиатрических больницах России¹

24 сентября 2019 г. Комитет Совета Европы по предупреждению пыток и бесчеловечного или унижающего достоинство обращения или наказания (ЕКПП) опубликовал доклад по итогам своего специального посещения Российской Федерации в период с 19 по 29 октября 2018 г. Надо сказать, что открытая публикация доклада возможна только при наличии согласия проверяемой стороны. Россия является членом Совета Европы с 1996 года, и за это время ЕКПП неоднократно посещал страну, однако его доклады обычно не публиковались. На этот раз опубликован полный текст доклада, а также официальные комментарии Правительства РФ по отдельным его пунктам.

Целью внеочередного специального посещения была проверка психиатрических больниц и психоневрологических интернатов страны, поскольку на эту сферу поступает значительное количество жалоб. Накануне визита члены ЕКПП встречались с представителями Минздрава и Минтруда России, а также провели отдельную встречу с представителями Независимой психиатрической ассоциации России, поскольку информация, полученная от неправительственных организаций, всегда расценивается ими как необходимое дополнение к официальным сведениям.

Делегация посетила две психиатрические больницы специализированного типа с интенсивным наблюдением — в Казани и в Волгоградской области, и две обычные психиатрические больницы, а также психоневрологические интернаты Москвы, Бурятии и Иркутской области. Публикуем первую часть доклада ЕКПП, касающуюся психиатрических больниц, в первую очередь, с интенсивным наблюдением. Это особенно важно, учитывая тот факт, что российские общественные наблюдательные комиссии (ОНК) недавно получили право контролировать соблюдение прав человека в психиатрических учреждениях, осуществляющих принудительное лечение. Конечно, члены ОНК не обладают такими широкими полномочиями как сотрудники ЕКПП, которые имеют право беспрепятственно заходить в любые помещения, беседовать без ограничений и с пациентами, и с сотрудниками, изучать любые документы и т.п., однако они

также многое могут и теперь у них появилась реальная возможность проверить, как российские власти выполняют рекомендации Европейского комитета по предупреждению пыток и бесчеловечного или унижающего человеческого достоинство обращения или наказания. НПА России начинает проект по обучению членов ОНК основам контроля психиатрических учреждений и будет содействовать тому, чтобы проводимые проверки с одной стороны, осуществлялись эффективно, а с другой, не препятствовали нормальной работе психиатрических учреждений.

Факты, обнаруженные в процессе посещения.

Психиатрические учреждения

1. Предварительные замечания

Делегация впервые посетила Федеральные специализированные психиатрические больницы с интенсивным наблюдением в Казани и Волгограде, отделение № 2 Волгоградской областной психиатрической больницы № 2 и Красноармейскую областную психиатрическую больницу имени Юрия Алексеевича Калямина в Саратовской области.

Психиатрические учреждения в Российской Федерации, как правило, управляются муниципальными или региональными органами власти. Исключение составляют восемь специализированных психиатрических больниц с интенсивным наблюдением, которые обеспечивают принудительное лечение лиц, признанных невменяемыми, или тех, у кого развилось психическое заболевание в период после совершения преступления. Полную ответственность за них несет Министерство здравоохранения РФ. Ранее ЕКПП посетил другие учреждения такого типа: в Санкт-Петербурге в 1999 году, в Калининграде в 2003 году и в Новосибирске в 2016 году.

Федеральная специализированная психиатрическая больница с интенсивным наблюдением в г. Казани (далее — Казанская федеральная больница) расположена в пригороде г. Казани. Она была построена в 1900 году путем расширения региональной психиатрической больницы, построенной в 1869 году, и в 1909 году стала первой судебно-психиатрической больницей в России. В 1939 году этот специальный блок стал напрямую подчиняться НКВД и был переименован в Казанскую тюремную психиатрическую

¹ Вторая часть доклада, посвященная психоневрологическим интернатам, будет опубликована в следующем выпуске журнала.

больницу; в 1998 году больница была передана в ведение федерального министерства здравоохранения. В настоящее время стационар принимает на принудительное лечение женщин со всей территории Российской Федерации и мужчин из десяти субъектов Российской Федерации. При официальной вместимости в 1020 коек на момент посещения в Казанской федеральной больнице находился 741 пациент — 216 женщин и 525 мужчин (один из них — 16-летний, т.е. несовершеннолетний).

Федеральная специализированная психиатрическая больница с интенсивным наблюдением в Волгограде (далее — Волгоградская федеральная больница) расположена в сельской местности в селе Дворянское, примерно в 240 км от Волгограда и в 20 км от ближайшего города Камышин. Больница была открыта в 1978 году на территории бывшей женской исправительно-трудовой колонии, и на момент посещения в нее поступали для принудительного лечения мужчины из 20 субъектов Российской Федерации. При официальной вместимости в 710 коек на момент посещения в больнице находилось 723 пациента (все взрослые).

Филиал № 2 Волгоградской областной психиатрической больницы № 2 (далее — отделение № 2 Волгоградской больницы), расположенный в пригороде города Волгограда, ранее назывался Волгоградская областная психиатрическая больница № 5 (открыт в 1958 году). Затем после реорганизации учреждений здравоохранения в Волгоградской области в 2016 году он стал структурным подразделением Волгоградской областной клинической психиатрической больницы № 2. На момент посещения в больнице, имеющей официальную вместимость 195 человек, размещалось 165 человек, 90 мужчин (в том числе один 16-летний) и 75 женщин (в том числе одна 15-летняя). Было 10 пациентов, поступивших в порядке недобровольной госпитализации; пациенты, проходящие принудительное лечение в связи с совершением уголовно-наказуемого деяния и признанные невменяемыми, отсутствовали.

Красноармейская областная психиатрическая больница имени Юрия Алексеевича Калямина (далее — Красноармейская больница), открытая в 1960 году, находится в отдаленном месте в станице Каменской, примерно в 110 км от Саратова и в 40 км от ближайшего города Красноармейска. При официальной вместимости в 610 коек на момент посещения в больнице находилось 577 пациентов (318 в мужских палатах, 171 в женских и 88 в смешанных). Пациентов, оформленных как “недобровольные” не было, 66 человек проходили принудительное лечение после экспертизы по решению суда. Из них пять женщин были размещены в отделении общего типа, а 61 пациент мужского пола — в отделении специализированного типа (в том числе пять, в отношении которых суд вынес ре-

шение о принудительном лечении в стационаре общего типа).

Следует отметить, что администрация Красноармейской больницы проинформировала делегацию о том, что приблизительно 250 пациентов (более одной трети от общего числа) больше не нуждаются в госпитализации, но продолжают оставаться в больнице (во многих случаях, по словам опрошенных пациентов, против их воли) из-за отсутствия адекватного ухода / размещения в обществе. По мнению Комитета, то, что из-за отсутствия соответствующих условий в обществе лица остаются де-факто лишенными свободы, является весьма прискорбным.

В целях улучшения качества жизни пациентов и снижения вероятности жестокого обращения **Комитет рекомендует российским властям приложить все усилия для дальнейшего продвижения в приоритетном порядке деинституционализации и предоставления хорошего ухода, размещения и социальной поддержки в обществе; это также актуально в контексте обязательств страны, вытекающих из Конвенции ООН о правах инвалидов.**

Кроме того, должны быть предприняты шаги для обеспечения неизменно высокого качества помощи и поддержки пациентов. Они должны получать лечение в наименее ограничительных условиях и, следовательно, сокращать свое пребывание в стационаре (или даже вообще избегать его). Помощь и проживание внутри сообщества должны принимать форму небольших жилых блоков — в идеале в городах, со всеми необходимыми удобствами под рукой. Помещение пациентов в крупные стационарные учреждения социального обслуживания не является реальной деинституционализацией и надлежущей реинтеграцией в общество. Не является решением также преобразование психиатрических больниц в психоневрологические интернаты с помещением в них тех же людей². Другими словами, трансинституционализация не может заменить истинную деинституционализацию на уровне сообщества. Комитет рекомендует, чтобы Министерство здравоохранения и Министерство труда и социальной защиты работали в тесном сотрудничестве для реализации этих предписаний.

Прогресс в этом направлении позволит также решить серьезные проблемы, обнаруженные в психиатрических больницах, в том числе переполненность, улучшит эффективность лечения и его результаты для пациентов.

2. Ненадлежащее обращение

Многие пациенты, опрошенные делегацией, положительно отзывались о медицинском персонале, особенно в двух больницах Волгоградской области (от-

² К сожалению, именно такую “деинституционализацию” мы наблюдаем сейчас в нашей психиатрической службе и, в первую очередь, в Москве.

деление № 2 Волгоградской больницы и Федеральная больница г. Волгограда). Делегация не получала каких-либо указаний на применение физического насилия к пациентам со стороны персонала в трех из посещенных больниц, однако в Казанской федеральной больнице она услышала жалобы в отношении конкретной медсестры (которая, по сообщениям избивала пациентов в одной палате) и в отношении некоторых санитаров, которые изредка толкали, били и пинали пациентов. Личность медсестры была раскрыта директору учреждения. **ЕКПП просит российские власти предоставить информацию о последующих действиях в связи с этими утверждениями.**

Кроме того, во всех посещенных больницах делегация получила сообщения о том, что иногда санитары оскорбляют пациентов. Принимая во внимание сложный характер их работы, крайне важно, чтобы санитары тщательно отбирались и чтобы они проходили соответствующее обучение, прежде чем приступить к своим обязанностям, а в последствии — курсы повышения квалификации. Кроме того, во время выполнения своих обязанностей они должны всегда находиться под пристальным наблюдением квалифицированного медицинского персонала и подчиняться его указаниям.

Комитет рекомендует, чтобы руководящие органы психиатрических больниц постоянно проявляли бдительность и регулярно и часто напоминали персоналу о том, что к пациентам следует относиться с уважением и что любая форма жестокого обращения с пациентами, будь то словесная или физическая, абсолютно неприемлема и будет наказана.

Более того, **очень важно, чтобы персонал отделений тщательно отбирался и проходил соответствующую подготовку по гуманному и безопасному обращению с пациентами, находился под постоянным контролем и получал соответствующую поддержку и консультирование, чтобы избежать выгорания и обеспечить качественный уход.**

Что касается других форм ненадлежащего обращения, то значительное число пациентов мужского пола в Казанской федеральной больнице заявили, что, если сотрудники увидят, что они занимаются мастурбацией (приватно, в своих кроватях), они получат инъекции психотропных препаратов или будут подвергнуты физическому стеснению. **Такая реакция или любое другое наказание пациентов, занимающихся мастурбацией приватно, равносильны унижающему достоинство наказанию и никогда не должны иметь место.**

В Волгоградской федеральной больнице делегация узнала, что три сотрудницы-женщины недавно нарушили профессиональные границы и имели сексуальный контакт с пациентом мужского пола; двое из трех впоследствии уволились. В связи с этим **ЕКПП хотел прояснить, что, учитывая внутреннюю уяз-**

вимость лиц, лишенных свободы, нет никаких оправданий для сексуальных контактов, совершенных по обоюдному согласию, между персоналом и задержанными; это в равной степени относится и к пациентам. Такое поведение со стороны персонала всегда должно рассматриваться как злоупотребление полномочиями и на него должна быть соответствующая реакция. Комитет хотел бы получить информацию о том, проводилось ли (внутреннее) расследование этих трех случаев и, если да, каков был результат расследований и какие меры были приняты.

Что касается насилия между пациентами, то ни в одной из больниц это не было существенной проблемой, хотя некоторые разногласия и случайные драки между пациентами все же имели место.

3. Условия жизни пациентов

С самого начала Комитет хотел бы подчеркнуть, что во всех посещенных больницах помещения для пациентов, как правило, были чистыми, теплыми, хорошо освещенными и вентилируемыми, с явными подтверждениями завершенной или продолжающейся реконструкции. Однако, все посещаемые учреждения, за исключением отделения № 2 Волгоградской больницы, были сильно переполнены, и многие кровати касались друг друга. Ни в одном из учреждений не выполнялись санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность (санитарно-эпидемиологическая норма № 2.1.3.2630-10), утвержденные Главным государственным санитарным врачом Российской Федерации в 2010 г., согласно которым в психиатрических больницах должно быть не менее 7 м² жилой площади на пациента в многоместных палатах. **ЕКПП рекомендует российским властям пересмотреть имеющиеся мощности во всех психиатрических больницах Российской Федерации, чтобы обеспечить их соответствие вышеуказанным нормам.**

3.1. Федеральная специализированная психиатрическая больница с интенсивным наблюдением в г. Казани

Казанская федеральная больница, расположенная на обширной территории площадью 2,2 га, состоит из трех блоков для размещения пациентов, а также нескольких вспомогательных зданий, окруженных по периметру стеной безопасности, оснащенной колючей проволокой. Пациенты были размещены в 13 отделениях по 37 – 115 койко-мест в каждом — десять отделений для пациентов мужского пола (приемное отделение, отделение интенсивной терапии, четыре лечебных отделения, три реабилитационных и одно сомато-психиатрическое) и три отделения для лечения пациентов женского пола. (в том числе отделение интенсивной терапии, и реабилитационное отделение

ние). Пациенты проживали в палатах по 10 коек; все палаты, за исключением тех, которые находились в реабилитационных отделениях, были заперты. У пациентов не было никакого личного запираемого пространства, в палатах в основном были только кровати, и иногда несколько шкафов. Кроме того, отсутствие каких-либо украшений или личных вещей во всех отделениях, кроме реабилитационного, создавало обезличенную и аскетичную атмосферу. Некоторые пациенты отделения интенсивной терапии также жаловались на наличие тараканов в палатах.

В связи с этим ЕКПП хотел бы подчеркнуть, что палаты большой вместимости в целом считаются несовместимыми с современными стандартами размещения психически больных. По мнению Комитета, размещение пациентов небольшими группами (предпочтительно, не более четырех пациентов), является решающим фактором сохранения и восстановления достоинства пациентов, а также ключевым элементом психологической и социальной реабилитации пациентов. Такого рода размещение также облегчает распределение пациентов по соответствующим категориям в терапевтических целях.

Как уже упоминалось выше, в больнице наблюдалась значительная переполненность, особенно если учесть, что в день визита делегации в ней было на 280 пациентов меньше ее официальной вместимости. Даже при нынешней наполненности в палатах часто предоставляется менее 3 м² жилой площади на пациента.

Делегация увидела недавно построенный незаселенный жилой блок на 100 пациентов (50 мужчин и 50 женщин), который должен начать функционировать в 2019 году. После ввода в эксплуатацию новый блок должен хотя бы частично уменьшить перенаселенность до тех пор, пока не будут найдены соответствующие долгосрочные решения.

В ходе бесед с пациентами делегация получала жалобы на то, что в некоторых мужских отделениях не всегда гарантировался доступ к туалету: пациентов якобы доставляли в туалет два раза в день (перед обедом и перед ужином), и они получали ведро в палату на ночь. В этом контексте ЕКПП хотел бы подчеркнуть, что беспрепятственный доступ к надлежащим туалетам и соблюдение высоких стандартов гигиены являются важными компонентами гуманной окружающей среды; практика испражнения в ведро в палате для нескольких человек унижительна и вредна для здоровья. Условия в санузлах были удовлетворительными. Однако, как правило, пациенты могут принимать душ только один раз в неделю; что явно недостаточно.

Комитет рекомендует российским властям принять необходимые меры для улучшения условий жизни в Казанской федеральной больнице и, в частности, обеспечить, чтобы:

- уровень заполненности снижался, чтобы предоставить пациентам жилую площадь, предусмотренную национальным законодательством;

- проводились тщательные и регулярные меры по дезинсекции там, где это необходимо, чтобы устранить проблему заражения тараканами;

- условия в палатах способствовали лечению и благополучию пациентов и обеспечивали визуальную стимуляцию и персонализацию в свете вышеупомянутых замечаний;

- всем пациентам предоставлялось личное запираемое пространство, в котором они могут хранить свои вещи;

- все пациенты имели беспрепятственный доступ к туалетам без неоправданной задержки в любое время дня (в том числе ночью);

- все пациенты имели неограниченный доступ к душе.

Кроме того, ЕКПП хотел бы получить подтверждение того, что вышеупомянутый новый блок теперь полностью готов к работе. В долгосрочной перспективе должны быть предприняты шаги по реконструкции зон размещения пациентов, с тем чтобы заменить общие палаты для пациентов большой вместимости комнатами меньшего размера (до четырех пациентов).

3.2. Федеральная специализированная психиатрическая больница с интенсивным наблюдением в г. Волгограде

В Волгоградской федеральной больнице лечебные и нелечебные корпуса были расположены за охраняемой оградой и окружены благоустроенной территорией и множеством приятных зеленых зон. Пациенты размещались в восьми отделениях, в палатах, содержащих от трех до 12 коек — приемное отделение, отделение интенсивной терапии, два отделения для начальной реабилитации, три реабилитационных отделения и отделение для больных туберкулезом.

Условия проживания в палатах варьировались от приемлемых до хороших: комнаты в реабилитационных отделениях украшены цветами, личными вещами и фотографиями и оснащены телевизорами и кондиционерами. Делегация отметила значительные усилия персонала, направленные на то, чтобы сделать обстановку домашней и уютной. Однако, как уже упоминалось выше, больница была значительно переполнена; в некоторых палатах на одного пациента приходилось менее 2 м² жилой площади, многие кровати касались друг друга, и в двух палатах нескольким пациентам приходилось спать на матрасах на полу.

Делегация отметила планы завершения строительства нового трехэтажного блока вместимостью 180 коек; однако руководство больницы не могло сказать, когда строительные работы возобновятся (после того, как работы были приостановлены на некоторое

время) и, что более важно, когда они будут завершены.

Переуплотненность была также очевидна на прогулочных двориках, которые в большинстве своем были слишком маленькими для такого количества пациентов. В некоторых из них в случае полной заполненности имелось лишь 1,5 м² личного пространства, так что пациенты часто просто стояли не месте, вместе того, чтобы двигаться и заниматься физическими упражнениями.

Условия в общих санузлах были удовлетворительными. Однако, как правило, пациенты могут принимать душ только один раз в неделю; этого недостаточно.

Комитет рекомендует российским властям принять необходимые меры в Волгоградской федеральной больнице для обеспечения того, чтобы:

- у каждого пациента была своя кровать, а уровень заполняемости в палатах снизился, чтобы обеспечить пациентам жилое пространство, предусмотренное национальным законодательством;
- у пациентов было достаточно места, чтобы в полной мере использовать физическую нагрузку во время ежедневных прогулок на свежем воздухе;
- все пациенты имели неограниченный доступ к душе.

Кроме того, ЕКПП хотел бы получить информацию о шагах, предпринимаемых для завершения строительства нового жилого блока, в том числе о выделенном финансировании и предполагаемой дате его ввода в эксплуатацию. Также делается ссылка на рекомендации, данные выше в отношении Казанской федеральной больницы, которые в полной мере относятся и к Волгоградской федеральной больнице.

3.3. Филиал № 2 Волгоградской областной психиатрической больницы № 2

В филиале № 2 Волгоградской больницы пациенты были размещены в четырех отделениях (в двух двухэтажных корпусах) по 40 – 60 коек в каждом. Делегацию проинформировали, что ремонт двух отделений (1 и 2) в одном из зданий был завершен в 2018 году; оставшиеся два отделения (3 и 4), хотя были чистыми, светлыми и теплыми (как и отремонтированные палаты), но имели изношенные деревянные полы, старые окна и изношенные кровати. Кабинет психолога, в котором находились пациенты, находился в отдельном полузаброшенном здании и также остро нуждался в ремонте. Отделения для пациентов не были переполнены и состояли из больших, довольно аскетичных и совершенно безликих палат без дверей (до 13 пациентов), которые не обеспечивали пациентам никакой приватности или личного запираемого пространства и в основном содержали только кровати, и иногда несколько шкафов.

Комитет рекомендует российским властям принять необходимые меры в филиале № 2 Волгоградской больницы, чтобы:

- отделения 3 и 4, а также кабинет психолога были полностью отремонтированы в приоритетном порядке;
- условия в палатах способствовали лечению и благополучию пациентов и обеспечивали визуальную стимуляцию и персонализацию;
- всем пациентам предоставлялось личное запираемое пространство, в котором они могут хранить свои вещи.

3.4. Красноармейская областная психиатрическая больница

На территории Красноармейской больницы было разбросано несколько многоцелевых зданий; пациенты были размещены в четырех из них, в восьми отделениях по 65 – 90 койко-мест в каждой — три отделения для пациентов мужского пола, два — для женщин, отделение наркомании, сомато-психиатрическое отделение и отделение специализированного типа с отдельным защищенным периметром для пациентов мужского пола, находящихся на принудительном лечении. Еще два отделения пустовали и находились на ремонте, который планировалось завершить в течение 2019 года. За исключением отделения для наркоманов, где в палатах было не более 4 койко-мест, пациенты размещались в очень больших палатах (до 33 коек) без дверей. Как уже упоминалось, палаты были сильно переполнены, при этом почти все кровати касались друг друга, иногда с жилой площадью всего 2,1 м² на пациента, фактически размером с кровать, на которой они лежали. Мрачные и строгие палаты без каких-либо украшений (например, фотографий, картин или растений) или личных вещей содержали только кровати, и иногда несколько шкафов; не было индивидуального запираемого пространства.

Условия жизни в психиатрических больницах должны способствовать лечению и благополучию пациентов; в психиатрическом плане они должны обеспечивать положительную терапевтическую среду. По мнению ЕКПП, такие большие и переполненные палаты, как в Красноармейской больнице, оказывают контр-терапевтическое, институционализирующее воздействие на пациентов, ущемляют их личную жизнь и достоинство и даже ставят под угрозу их безопасность. Ситуация, когда сотни пациентов живут в таких условиях без какой-либо конфиденциальности и личного пространства, недопустима; в сочетании с почти полным отсутствием индивидуализации, обнаруженным в Красноармейской больнице, где пациенты проводят годы в больничной пижаме, без личного имущества или каких-либо перспектив выписки, это можно назвать только дегуманизацией.

Комитет рекомендует российским властям принять срочные меры в Красноармейской больнице для обеспечения того, чтобы:

- уровень заполненности снижался, чтобы предоставить пациентам жилую площадь, предусмотренную национальным законодательством;

- были найдены архитектурные решения для разделения палат на более мелкие единицы, что позволило бы сделать жилье более индивидуальным;

- условия в палатах способствовали лечению и благополучию пациентов и обеспечивали визуальную стимуляцию и персонализацию;

- всем пациентам предоставляется личное запираемое пространство, в котором они могут хранить свои вещи;

- всем пациентам разрешалось (и это поощрялось) носить собственную одежду, чтобы усилить чувство собственного достоинства и индивидуализировать лечение.

Кроме того, ЕКПП хотел бы получить подтверждение того, что ремонт двух отделений, упомянутых выше, уже завершен; Комитет также хотел бы получить подробную информацию об условиях жизни и количестве пациентов, размещенных в этих отделениях.

4. Персонал и лечение

В Казанской федеральной больнице работало 30 психиатров (среди них 14 заведующих отделениями), два врача общей практики, два невролога, физиотерапевт, рентгенолог, лаборант и старшая медсестра. Персонал по уходу состоял из 287 медсестер (из них 14 старших медсестер) и 130 санитаров. Что касается междисциплинарного медицинского персонала, то здесь было четыре психолога, 18 социальных работников и 18 инструкторов по трудотерапии.

Директор проинформировал делегацию о том, что имеется много вакантных должностей — около 20 % должностей врачей (в основном психиатров), около 30 % должностей медсестер и более 50 % должностей санитаров, — и заявил, что такой кадровый дефицит является серьезной проблемой. Делегация отметила, что большая часть персонала работает в смены по 12 часов, и что обычно в одну смену работает две или три медсестры и один санитар, что совершенно недостаточно для обеспечения надлежащего ухода, помощи и надзора, а также для обеспечения безопасной обстановки в отделениях, где в среднем 60 пациентов.

В Волгоградской федеральной больнице работали 19 психиатров, четыре других врача (рентгенолог, пульмонолог и два лабораторных врача), 193 медсестры (некоторые из них также работали в качестве специалистов по трудотерапии) и 209 санитаров; в учреждении не было специального врача общей практики, эту роль выполняли психиатры. Многопрофильный клинический персонал включал психотерапевта, четырех психологов и 15 социальных работников.

Как и в Казанской федеральной больнице, многие должности оставались вакантными, а ряд сотрудников работал на 2 или 3 ставки. 12-часовые смены в отделениях включали недостаточное количество сотрудников, например, четыре медсестры и четыре санитары в отделении с 129 пациентами.

В филиале № 2 Волгоградской больницы работают 11 психиатров, врач общей практики, лаборант, физиотерапевт, 85 медсестер (еще 51 должность вакантна) и 34 санитары; кроме того, там было два психолога и социальный работник, но не было профессиональных терапевтов. Персонал по уходу работал в основном по 12-часов в смену (в некоторых отделениях санитары работали по 24-часа в смену), и обычно в отделении приблизительно с 50 пациентами было две или три медсестры и три или четыре санитары.

В Красноармейской больнице работали семь психиатров, врач-терапевт, работающий на полставки, невролог, работавший на полставки, пульмонолог, 63 медсестры и 119 санитаров (несколько должностей были вакантными, в том числе восемь психиатров, около 40 медсестер и 30 санитаров). Персонал по уходу состоял из двух медсестер и трех санитаров, работающих в 24-часовые смены в каждом отделении (приблизительно с 90 пациентами), а также старшей медсестры и процедурной медсестры в рабочие дни. Другой многопрофильный клинический персонал включал психолога (работающего почти исключительно в отделении наркомании) и 11 социальных работников.

Комитет неоднократно заявлял в своих предыдущих докладах, что кадровые ресурсы в психиатрических больницах должны быть адекватными с точки зрения численности и категорий персонала (психиатры, врачи общей практики, медсестры, психологи, специалисты по трудотерапии, социальные работники, так далее.). Недостатки в кадровых ресурсах могут серьезно подорвать эффективность реабилитационных и терапевтических мероприятий; кроме того, они могут привести к возникновению ситуаций высокого риска для пациентов, несмотря на благие намерения и искренние старания обслуживающего персонала.

Кроме того, КПП считает, что нецелесообразно, чтобы медицинский персонал отделений работал в 24-часовые смены, как это было в филиале № 2 Волгоградской больницы и в Красноармейской больнице. Помимо того, что это наносит ущерб собственному здоровью персонала, это не позволяет сотрудникам оптимально выполнять свои обязанности по отношению к пациентам и неизбежно оказывает негативное влияние на профессиональные стандарты.

В свете вышеизложенных замечаний Комитет рекомендует российским властям принять срочные меры для устранения серьезных трудностей с набором медицинского персонала, среднего и младшего персонала и междисциплинарного медицинского персонала в посещенных больницах (и, в

зависимости от обстоятельств, в других психиатрических больницах в РФ). Для этого может потребоваться пересмотр заработной платы и условий работы, чтобы необходимое количество персонала соответствующей подготовки использовалось для надлежащего ухода за пациентами и, таким образом, предлагало необходимый полный спектр современных психиатрических методов лечения.

Кроме того, необходимо предпринять шаги, чтобы положить конец практике круглосуточной работы клинического персонала отделения в психиатрических больницах.

Наконец, руководству Волгоградской федеральной больницы следует принять срочные меры для заполнения вакантной должности врача общей практики.

Делегация отметила, что безопасность в Казанской и Волгоградской федеральных больницах осуществляли сотрудники Федеральной службы исполнения наказаний (ФСИН); обычно в каждой палате присутствовал один охранник. Хотя охранники были одеты в белый халат поверх своей формы (в Волгоградской федеральной больнице у них были видны дубинки), пациентам было хорошо известно о присутствии сотрудников ФСИН.

Признавая необходимость обеспечения надлежащей безопасности при уходе за потенциально опасными психиатрическими пациентами, и понимая, что медицинскому персоналу может потребоваться вызвать сотрудников ФСИН в случае неблагоприятного инцидента (и что персонал ФСИН может затем вмешаться в присутствии и постоянно консультируясь с квалифицированным медицинским персоналом), основные меры безопасности в лечебных зонах медицинского учреждения должны обеспечиваться медицинским персоналом с использованием соответствующих средств обеспечения экологической и динамической безопасности. Постоянное присутствие охранников ФСИН не только по периметру, но и в лечебных отделениях медицинского учреждения излишне пугает пациентов и не способствует созданию терапевтической среды.

ЕКПП рекомендует немедленно прекратить открытое ношение дубинок охранниками ФСИН в пределах лечебных зон Волгоградской федеральной больницы, а в случае необходимости, и в других федеральных специализированных психиатрических больницах с интенсивным наблюдением.

В более общем плане Комитет рекомендует прекратить практику регулярного присутствия охранников ФСИН в лечебных отделениях федеральных специализированных психиатрических больниц с интенсивным наблюдением; это может потребовать внесения поправок в соответствующие положения Федерального закона об обеспечении безопасности психиатрических больниц специального типа с интенсивным наблюдением и /

или разработки новых межведомственных инструкций по этому вопросу.

Что касается лечения, то во всех посещенных больницах оно основывалось преимущественно на фармакотерапии и не было пациент-центрированным. Психотропные препараты нового поколения, к сожалению, не были широко доступны ни в одной из больниц и полностью отсутствовали в Красноармейской больнице из-за финансовых ограничений. **Комитет призывает российские власти стремиться обеспечить адекватный запас и ассортимент психотропных препаратов нового поколения для пациентов в Красноармейской больнице, а в случае необходимости и в других психиатрических учреждениях в Российской Федерации.**

Делегация с обеспокоенностью отметила, что отсутствует систематический мониторинг количества лейкоцитов у пациентов, получавших клозапин, который может иметь побочные эффекты, в том числе может привести к смертельно опасному снижению количества лейкоцитов (гранулоцитопении). Поэтому **Комитет рекомендует российским властям принять срочные меры для обеспечения того, чтобы на национальном уровне были составлены указания об обязательном мониторинге количества лейкоцитов у пациентов, получавших клозапин. Кроме того, медицинский персонал должен быть готов к выявлению ранних признаков потенциально опасных побочных эффектов клозапина.**

Что касается психосоциального лечения, то за исключением Волгоградской федеральной больницы, оно было предложено небольшому количеству пациентов или даже полностью отсутствовало; это было связано с совершенно неадекватным уровнем междисциплинарного медицинского персонала. В результате было замечено, что многие пациенты целыми днями лежали без дела, некоторые в запертых и переполненных палатах, или бесцельно бродили, не участвуя в реабилитационных мероприятиях или какой-либо значимой деятельности. Такой пренебрежительный подход к психосоциальным вмешательствам не отражает современную психиатрическую практику. Кроме того, возможности для отдыха и досуга были очень ограничены. Например, в Казанской федеральной больнице и в некоторых отделениях Волгоградской федеральной больницы во многих закрытых палатах не было ни радио, ни телевизоров. Что касается Красноармейской больницы, то там было только 10 сидячих мест для просмотра одного телевизора в отделении, в котором находилось более 90 пациентов. Еще более неприемлемая ситуация была в отделении № 2 Волгоградской больницы и в Красноармейской больнице, где пациенты не имели доступа к занятиям на свежем воздухе более шести месяцев в году (примерно с сентября по май). Пациентке, проходившей принудительное лечение в Красноармейской больнице, не было разрешено выходить на улицу с момента ее

прибытия в больницу, 19 месяцев назад, предположительно из-за риска побега.

Комитет рекомендует российским властям предпринять необходимые шаги для того, чтобы:

- обеспечить всем пациентам, включая тех, что находятся там недобровольно или по решению суда, в отделении № 2 Волгоградской больницы и Красноармейской больнице (и, в случае необходимости, в других психиатрических больницах Российской Федерации), ежедневный доступ к активным упражнениям на свежем воздухе (если нет четких медицинских противопоказаний). Для этого пациентам, которые хотят находиться на открытом воздухе в ненастную погоду, должна быть предоставлена соответствующая одежда и обувь;

- разработать в Казанской федеральной больнице, филиале № 2 Волгоградской больницы и Красноармейской больнице широкий спектр терапевтических возможностей (включая групповую терапию, индивидуальную психотерапию, искусство, драму, музыку и спорт) и вовлечь пациентов в клинически значимые реабилитационные психосоциальные мероприятия, чтобы подготовить их к более самостоятельной жизни и / или возвращению в свои семьи; трудотерапия должна быть важной частью долгосрочной программы лечения, предусматривающей мотивацию, развитие навыков обучения и взаимоотношений, приобретение определенных компетенций и улучшение самооценки.

Очевидно, что для проведения терапевтических и реабилитационных мероприятий потребуются набор квалифицированных специалистов (психологи, специалисты по трудотерапии и социальные работники);

- обеспечить, чтобы всем пациентам предлагался целый ряд развлекательных мероприятий, соответствующих их потребностям; кроме того, пациенты должны иметь регулярный доступ к соответствующим образом оборудованным комнатам отдыха.

Во всех посещенных больницах (за исключением очень небольшого числа повторно госпитализированных пациентов в Волгоградской федеральной больнице) индивидуальные планы лечения содержали только биологические компоненты терапии (например, фармакотерапия и / или электросудорожная терапия). По мнению Комитета, психиатрическое лечение должно основываться на индивидуальном подходе, который охватывает как фармакотерапию, так и психосоциальную деятельность. Для каждого пациента должен быть составлен индивидуальный план лечения (принимая во внимание особые потребности пациентов в остром состоянии, находящихся на длительном лечении или на судебно-психиатрической экспертизе, включая, в отношении последних, необходимость снижения любого риска, который они мо-

гут представлять), с указанием диагноза, целей лечения, используемых терапевтических средств и ответственного сотрудника, а также сроков проводимых вмешательств. План лечения должен также обеспечивать регулярный контроль за состоянием психического здоровья пациента и принимаемой им терапии. Пациенты должны быть проинформированы о своих индивидуальных планах лечения и результатах их выполнения; они также должны участвовать в разработке и реализации этих планов. Для пациентов, помещенных в палаты неотложной помощи, планы должны четко отражать насущные потребности пациента и определять любые факторы риска, а также фокусироваться на целях лечения и на том, как они будут достигнуты. Для пациентов реабилитационных отделений, планы должны отражать ранние предупреждающие признаки рецидива и любые известные триггеры, а также план действий, который пациент и члены семьи должны предпринять в ответ на рецидив. В плане также должно быть указано последующее лечение.

ЕКПП рекомендует российским властям принять срочные меры для обеспечения того, чтобы вышеупомянутые предписания эффективно выполнялись на практике в отношении пациентов всех психиатрических больниц Российской Федерации, где это еще не так.

В Казанской федеральной больнице делегация отметила, что пациентам в некоторых отделениях назначаются курсы электросудорожной терапии (далее — ЭСТ) с двухсторонним отведением для лечения “острой шизофрении”. ЭСТ проводили вне поля зрения других пациентов в отдельной палате. Тем не менее, делегация была крайне обеспокоена тем, что ЭСТ проводили в немодифицированной форме, без присутствия анестезиолога и без введения анестетиков, несмотря на то, что почти 20 лет назад ЕКПП рекомендовал российским властям прекратить эту практику. Медицинский персонал, опрошенный делегацией, признал, что проведение ЭСТ было очень болезненным для пациентов.

Как уже упоминалось выше, в заключение визита делегация, ссылаясь на пункт 5 статьи 8 Конвенции по правам человека, просила российские власти в течение одного месяца подтвердить, что во всех психиатрических больницах РФ прекращено проведение ЭСТ в немодифицированной форме. К сожалению, в своем письме от 28 декабря 2018 года российские власти не предоставили такого подтверждения. При этом власти сообщили ЕКПП, что в Российской Федерации проведение ЭСТ регулировалось двумя приказами министерства здравоохранения, которые предусматривают проведение ЭСТ под наркозом.

Кроме того, по данным российских властей, Российское общество психиатров также рекомендует применять ЭСТ под наркозом. Однако власти заявили, что в исключительных случаях, когда есть сроч-

ные показания и другие методы лечения неэффективны, ЭСТ можно применять без анестезии. Комитет также был проинформирован о том, что министерство здравоохранения проведет проверку в Казанской федеральной больнице на предмет использования немодифицированного варианта ЭСТ.

В свете вышеупомянутого ответа российских властей, ЕКПП должен еще раз подчеркнуть, что — хотя ЭСТ является признанной формой лечения пациентов, страдающих некоторыми особыми формами психических расстройств, — всегда следует соблюдать осторожность, чтобы терапия соответствовала Плану лечения пациента и чтобы ее проведение сопровождалось соответствующими мерами предосторожности. В частности, применение ЭСТ в неизменном виде (то есть без анестетиков и миорелаксантов) более не может считаться приемлемым в современной психиатрической практике. Использование этого устаревшего метода влечет за собой повышенный риск эмоциональных расстройств, ненужного причинения боли и нежелательных медицинских осложнений. По мнению ЕКПП, применение ЭСТ в неизменном виде может ставить вопросы о несоответствии со статьей 3 Европейской конвенции о правах человека.

Комитет призывает российские власти немедленно прекратить практику применения ЭСТ в немодифицированном виде (то есть без анестезирующих средств и миорелаксантов) в Казанской федеральной больнице, а также в любом другом психиатрическом учреждении Российской Федерации, где этот метод все еще применяется. Он просит российские власти в течение одного месяца подтвердить, что согласно соответствующим положениям Министерства здравоохранения, эта рекомендация была выполнена.

В более общем плане Комитет рекомендует российским властям уделять первоочередное внимание обеспечению того, чтобы все психиатрические учреждения, в которых используется ЭСТ, были обеспечены необходимым персоналом, оборудованием и средствами, чтобы это лечение можно было проводить в его современной форме (т.е. анестетик и мышечные релаксанты) и эффективным и достойным образом.

Кроме того, в целях обеспечения того, чтобы ЭСТ использовалась только в надлежащих случаях и осуществлялась надлежащим образом, Комитет рекомендует разработать четкие, подробные и обязательные письменные правила проведения ЭСТ и разослать их всем учреждениям, где это лечение применяется. Эти правила должны включать в себя следующие меры предосторожности:

- ЭСТ проводится только специально обученным для этого персоналом;
- обязательно должен присутствовать квалифицированный анестезиолог, должен проводиться соответствующий физический мониторинг

(включая электроэнцефалографию и электрокардиографию) и должно быть реанимационное оборудование;

- запрашивается и хранится в истории болезни письменное информированное согласие пациента (или опекуна, если соответствующее лицо лишено дееспособности судом) на применение ЭСТ и связанной с ней анестезии, основанное на полной и понятной информации, за исключением особых обстоятельств, четко и строго определенных законом; лечение не проводится до тех пор, пока не будет получено такое согласие в отношении каждого курса лечения;

- ЭСТ проводят вне поля зрения других пациентов (предпочтительно в палате, которая была отведена и оборудована для этой цели);

- применение ЭСТ регистрируется в специальном отдельном журнале и является частью письменного индивидуального плана лечения, включенного в медицинскую карту пациента.

Кроме того, ЕКПП хотел бы получить информацию о том, какой правовой акт Российской Федерации предусматривает проведение немодифицированного варианта ЭСТ в исключительных случаях.

Наконец, Комитет хотел бы получить результаты проверки Казанской федеральной больницы, в том числе имена пациентов, которым проводили немодифицированную ЭСТ, а также информацию о каждом пациенте, количестве и частоте сеансов и о том, какие другие виды лечения применялись к этому пациенту и какие были показания к срочному применению ЭСТ в связи с неуспешностью предыдущего лечения.

Что касается соматической помощи психиатрическим пациентам, ЕКПП был особенно обеспокоен, узнав, что пациенты с ВИЧ-инфекцией в Казанской федеральной больнице с 2016 г. не получали антиретровирусные препараты³, предположительно, из-за недопонимания между соответствующими федеральными и региональными властями. Комитет рекомендует принять срочные меры для обеспечения адекватной соматической помощи этим пациентам.

Делегация также отметила, что случаи смерти, произошедшие в Красноармейской больнице, не подвергались никакому посмертному исследованию,

³ В 2014 – 2017 гг., выполняя проект “Мониторинг медицинской помощи в местах принудительного содержания”, НПА констатировала, что во всех тюрьмах, колониях и колониях-поселениях ВИЧ-инфицированные осужденные в обязательном порядке проходят регулярные обследования и получают антиретровирусную терапию. Проблемой, над которой работают сотрудники медицинской службы ФСИН, является лишь обеспечение преемственности терапии при перемещении заключенного из одной колонии в другую и непрерывность лечения во время переездов. Как видим, в гражданской медицине совсем не так.

если семья возражала против этого. По мнению Комитета, вскрытие следует проводить во всех случаях, когда пациент умирает в психиатрической больнице, если до смерти не был установлен четкий диагноз смертельного заболевания.

ЕКПП рекомендует российским властям принять меры для обеспечения того, чтобы вышеупомянутые принципы эффективно применялись на практике во всех психиатрических больницах. В более общем плане, Комитет рекомендует российским властям ввести практику проведения тщательного и независимого расследования каждой смерти пациента, в частности, чтобы выяснить, были ли допущены какие-либо ошибки в отношении качества медицинской помощи и операционных процедур.

ЕКПП имеет ряд опасений относительно распределения психиатрических пациентов по отделениям в посещаемых больницах.

В Красноармейской больнице, в одном из отделений смешанного типа для сомато-психиатрических пациентов, небольшое количество пациентов мужского пола размещалось вместе с большим количеством пациентов женского пола. По мнению Комитета, явные преимущества смешанных отделений не должны наносить ущерб частной жизни. Особые меры предосторожности необходимы для обеспечения того, чтобы пациенты не подвергались ненадлежащему взаимодействию с другими пациентами, которое может угрожать их личной жизни; чтобы сохранить свое достоинство, пациенты мужского и женского пола должны быть размещены в палатах для определенно-го пола.

В Казанской федеральной больнице находился один пациент в возрасте 16 лет, а в филиале № 2 Волгоградской больницы — два пациента в возрасте 15 и 16 лет, все трое были размещены со взрослыми пациентами. Следует отметить, что Комитет неоднократно выражал свою обеспокоенность в связи с этой практикой, впервые почти 20 лет назад. Комитет должен еще раз повторить, что с учетом уязвимости и особых потребностей несовершеннолетние, нуждающиеся в психиатрической помощи, должны размещаться отдельно в учреждениях с удобствами, соответствующими их возрасту, в которых имеется персонал, специально подготовленный для удовлетворения психиатрических потребностей молодых людей.

Наконец, во всех посещенных больницах пациенты со снижением интеллекта размещались вместе в одних и тех же отделениях или даже в одних и тех же палатах с психически больными пациентами. Комитет неоднократно выражал серьезные опасения по поводу этой практики. Должно быть разделение пациентов, страдающих психическими заболеваниями и тех, кто страдает от интеллектуальной недостаточности и проблем обучения, размещение их в разных палатах

способствует получению выгоды от индивидуального лечения для обеих групп пациентов.

Комитет призывает российские власти принять срочные меры для обеспечения того, чтобы вышеупомянутые предписания эффективно применялись на практике в отношении пациентов во всех психиатрических больницах Российской Федерации, где это еще не так; по мере необходимости должны быть изменены соответствующие правовые положения.

5. Изоляция и другие средства стеснения

Изоляция использовалась в двух федеральных больницах, которые посещал ЕКПП. В отделениях интенсивной терапии обеих больниц пациенты иногда проводили месяцы или даже годы в одиночестве в очень маленьких пустых комнатах, таких как 1,1 м (в Казанской федеральной больнице) и 1,3 м (в Волгоградской федеральной больнице) в ширину, с общей площадью 3,7 – 4,7 м² (в которых невозможно даже ходить внутри), почти без дневного света и с искусственным освещением, включенным 24 часа в сутки (что некоторые считают дезориентирующим). Некоторые пациенты, находящиеся в изоляции, с которыми разговаривала делегация, были явно подавлены и просили делегацию помочь им уйти, сказав, что они больше не могут терпеть одиночества. Пациентов также иногда механически удерживали (с 4- или 5-точечной фиксацией) на кроватях в этих комнатах.

В Казанской федеральной больнице пациенты в изоляции не имели доступа к туалету (вместо этого им приходилось пользоваться ведром, установленным в углу комнаты); в Волгоградской федеральной больнице в углу комнаты рядом с дверью с решеткой находился небольшой неприкрытый туалет на уровне пола. В дополнение к отсутствию или почти полному отсутствию доступа к прогулкам на свежем воздухе, а также к тому, что невозможно делать какие-либо физические упражнения в комнатах, некоторым пациентам в обеих больницах даже не давали зубную щетку или ложку (таким образом, они вынуждены были есть руками) в течение нескольких месяцев или даже лет.

Таким образом, условия, в которых пациенты помещались в изоляцию в Казанской и Волгоградской федеральных больницах, не соответствовали медицинскому учреждению и, по мнению Комитета, являются бесчеловечными и унижающими человеческое достоинство⁴.

В прошлом Комитет неоднократно подчеркивал, что помещение в изолированную комнату без соот-

⁴ Еще в 2014 г. в деле “Коровины против России” Европейский суд по правам человека отметил недопустимость условий содержания и неконтролируемого применения мер стеснения в Казанской специализированной психиатрической больнице с интенсивным наблюдением, приравняв их к пыточным. Похоже, с той поры ничего не изменилось.

ветствующих сопутствующих гарантий может иметь неблагоприятные последствия. Исключение должно применяться очень осторожно, должно быть лишь крайней мерой и в течение как можно более короткого периода; к нему не следует прибегать только потому, что не хватает альтернативных стратегий, персонала и обеспечения режима.

Комитет также считает, что, хотя в целях безопасности вполне может потребоваться прибегнуть к изоляции пациента в больницах с высоким уровнем опасности (и в двух посещенных федеральных больницах, по-видимому, не было непосредственной альтернативы), использование существующих комнат изоляции должно быть прекращено, и они должны быть как можно скорее заменены гуманными и адекватными условиями изоляции. Кроме того, нельзя запрещать пациентам пользоваться зубными щетками, столовыми приборами⁵ или упражнениями на свежем воздухе / в помещении, за исключением кратковременных периодов, если этого требует их психическое или физическое состояние. В других случаях такие основные удобства должны быть разрешены, с дополнительным контролем персонала, если необходимо.

Из бесед с клиническим персоналом в отделениях интенсивной терапии двух посещенных федеральных больниц стало очевидно, что причина, по которой небольшое количество пациентов содержалось в комнатах для изоляции в течение очень длительных периодов времени, заключалась в том, что они считались устойчивыми к лечению и представляли долговременную, непосредственную и очень серьезную опасность для окружающих.

По мнению Комитета, хотя применение долговременной профилактической индивидуальной изоляции таких пациентов в больницах с высоким уровнем опасности может быть исключительно необходимым по соображениям безопасности, после периода изоляции такое вмешательство должно начинаться только по клинически обоснованным причинам и согласно критериям, которые тщательно контролируются, пересматриваются и содержат специальные меры для нивелирования вредных воздействий долговременной изоляции.

Комитет рекомендует российским властям принять срочные меры, чтобы гарантировать гуманные и достойные условия для изоляции и долговременной превентивной индивидуальной сегрегации в Казанской и Волгоградской федеральных больницах, включая меры по обеспечению того, чтобы каждый пациент имел:

- беспрепятственный доступ к туалету без неоправданной задержки в любое время (в том числе ночью);
- предложенную ежедневную прогулку на свежем воздухе (если нет явных медицинских противопоказаний);
- столовые приборы и зубную щетку, с дополнительным наблюдением персонала, если необходимо.

Кроме того, Комитет рекомендует российским властям вывести из эксплуатации нынешние совершенно неподходящие комнаты для изоляции и заменить их специально разработанными комнатами для долгосрочной профилактической индивидуальной сегрегации, которые обеспечат пациенту безопасную и успокаивающую среду, а также жилую площадь, предусмотренную национальным законодательством. Комитет хотел бы получить информацию о сроках вышеупомянутого вывода из эксплуатации этих комнат в течение одного месяца.

Наконец, ЕКПП просит российские власти обеспечить, чтобы были предприняты более активные усилия для ограничения использования изоляции несколькими часами, пока длится острое возбуждение пациента, а если состояние пациента, в исключительных случаях, после нескольких дней, проведенных в изоляции, требует долговременной профилактической сегрегации для того, чтобы добиться устойчивого долговременного эффекта лечения и избежать серьезных рисков для окружающих, то должны быть предприняты шаги для того, чтобы:

- причины начала и продолжения долговременной изоляции обоснованы с медицинской точки зрения и согласованы, отражают междисциплинарную клиническую информацию и анализ рисков, а также зафиксированы в истории болезни пациента как часть индивидуального плана лечения, который также должен включать помимо лекарственной психосоциальную терапию, которая предложена пациенту;
- существует четко описанный запланированный план, сформулированный в консультации с пациентом, который определяет, как будут осуществляться максимально быстрая реинтеграция пациента обратно в ситуацию взаимодействия с другими людьми в менее ограничивающей среде;
- пациент имеет регулярные, значимые, ежедневные личные контакты с людьми, имеет возможность участвовать в различных мероприятиях (включая развлекательные, с доступом к материалам для чтения и радио или телевидению) и имеет возможность поддерживать контакты с внешним миром посредством посещений или телефонной связи;
- персонал ежедневно отслеживает и регистрирует состояние пациента, и продолжение долго-

⁵ В своих комментариях официальные власти указали, что были случаи, когда пациенты проглатывали зубные щетки и черенки от ложек. И решили, что лучше всего просто запретить всем их использовать.

срочной изоляции рассматривается и обосновывается многопрофильной группой как минимум на еженедельной основе;

- если период превентивной индивидуальной изоляции все же наступает лишь через несколько месяцев, проводится официальный независимый внешний клинический анализ случая пациента для рассмотрения возможных альтернативных подходов;

- пациент имеет возможность обжаловать введение / продление меры изоляции в независимый орган;

- создается отдельный журнал для регистрации всех случаев долгосрочной превентивной индивидуальной изоляции. Записи в реестре должны включать время начала и окончания изоляции; причины обращения к мере; ежедневные записи сотрудниками о клиническом осмотре состояния пациента, времени пребывания вне помещения, предлагаемых и предпринимаемых действиях; еженедельные записи на рассмотрение многопрофильной команды.

Кроме того, каждое психиатрическое учреждение такого рода должно иметь всеобъемлющую, тщательно разработанную сформулированную в письменном виде политику по использованию долгосрочной профилактической индивидуальной изоляции.

Во всех посещенных больницах практиковалось физическое стеснение пациентов (с использованием брезентовых ремней). Однако, несмотря на письменные руководящие указания по использованию средств стеснения в этих больницах, международно признанная надлежащая практика в отношении механического стеснения не была соблюдена, в разной степени, во всех четырех учреждениях. Иногда в Волгоградской федеральной больнице и во всех случаях в двух «гражданских» больницах пациентов помещали в палаты или коридоры перед другими пациентами, и, кроме отделения № 2 Волгоградской больницы, они не имели непрерывного контроля со стороны персонала, который должен реагировать на любые насущные потребности пациента.

Комитет хотел бы подтвердить свое мнение о том, что не следует использовать механическое сдерживание при других пациентах (что унизительно, потенциально небезопасно и может угрожать другим пациентам) или без постоянного личного наблюдения со стороны члена персонала. Фиксировать взволнованного и возбужденного пациента и оставлять одного в комнате, как это практикуется в Казанской федеральной больнице, недопустимо.

В Красноармейской больнице не было даже журналов, фиксирующих использование механического стеснения; такое ограничение может иногда применяться по усмотрению медсестры без немедленного предварительного разрешения врача и может быть

очень поверхностно зарегистрировано в журнале медсестры или в истории болезни пациента, если таковое вообще имеется.

Хотя в трех из четырех посещенных больниц механическое стеснение обычно не применялось в течение неоправданно длительных периодов, особую обеспокоенность вызывало то, что в Казанской федеральной больнице пациенты подвергались фиксации в четырех / пяти местах в течение нескольких дней без какого-либо освобождения, находясь при этом одни в изолированных комнатах. Несколько пациентов, с которыми беседовала делегация и которые подвергались таким длительным мерам, сообщили делегации, что отказались от кормления, поскольку посчитали слишком сложным испражняться в кровать, будучи зафиксированными горизонтально. Пациенты объяснили, что после нескольких дней неспособности к дефекации, их брюшная полость раздувается и становится очень болезненной.

У одного молодого пациента мужского пола, который сообщил делегации, что недавно его удерживали в течение недели, при медицинском осмотре одним из врачей делегации было обнаружено несколько пролежней на крестцовой области.

В свете вышеизложенных выводов, Комитет должен подчеркнуть, что применение средств сдерживания в течение нескольких дней ставит под угрозу пациента и не может иметь какого-либо медицинского обоснования и, по его мнению, это равнозначно жестокому обращению. Кроме того, пациенты, находящиеся под механическим сдерживанием, должны, насколько это возможно, самостоятельно есть и пить, а также достойно удовлетворять естественные потребности в санузле.

В исключительных случаях ограничение психиатрических пациентов, склонных к насилию и представляющих опасность для себя или других, может потребоваться. Тем не менее, оно всегда должно применяться в соответствии с принципами законности, необходимости, соразмерности и ответственности.

Комитет рекомендует российским властям принять срочные меры для изменения существующей практики использования средств сдерживания в посещаемых психиатрических больницах и во всех других психиатрических учреждениях Российской Федерации, где это применяется, с тем чтобы обеспечить, чтобы:

- пациентов ограничивают только в качестве крайней меры, чтобы предотвратить неизбежный вред себе или другим, и ограничения всегда используются в течение как можно более короткого времени (обычно от нескольких минут до нескольких часов). Когда чрезвычайная ситуация, приводящая к применению ограничения, перестает существовать, пациент должен быть немедленно освобожден;

- если считается необходимым ограничить добровольного пациента и пациент с этим не согласен, правовой статус пациента пересматривается;

- средства сдерживания никогда не используются в качестве наказания, для удобства, из-за нехватки персонала или для замены надлежащего ухода или лечения;

- каждое средство сдерживания всегда прямо предписывается врачом после индивидуальной оценки или немедленно доводится до сведения врача с целью получения его / ее одобрения. С этой целью врач должен осмотреть пациента как можно скорее. Формальное общее разрешение не должно приниматься;

- пациенты не подвергаются механическому ограничению на глазах у других пациентов (если только пациент явно не выражает желание оставаться в компании определенного пациента); посещения других пациентов должны проводиться только с явного согласия пациента с ограничениями;

- каждый пациент, который подвергается механическому ограничению или изоляции, находится под постоянным наблюдением. В случае физического стеснения, в комнате должен постоянно присутствовать квалифицированный сотрудник, чтобы поддерживать терапевтический контакт с пациентом и оказывать ему / ей помощь. Если пациенты содержатся в изоляции, сотрудник может находиться за пределами комнаты пациента (или в соседней комнате с соединительным окном) при условии, что пациент может полностью видеть сотрудника, а последний может постоянно наблюдать и слышать пациента. Очевидно, что видеонаблюдение не может заменить постоянного присутствия персонала;

- после снятия средств стеснения проводится опрос пациента, чтобы, с одной стороны, объяснить, почему он был подвергнут ограничению, а с другой, предложить объяснить свои эмоции до ограничения, что может улучшить понимание поведения пациента как им самим, так и сотрудниками;

- создан специальный центральный реестр для фиксации всех случаев обращения к средствам сдерживания, с тем чтобы руководство могло контролировать их использование. Это должно быть в дополнение к записям, содержащимся в личной медицинской карте пациента. Записи в реестре должны включать время начала и окончания мер стеснения или изоляции, обстоятельства дела; причины обращения к мере; имя доктора, который назначил или одобрил его; и отчет о любых травмах, полученных пациентами или персоналом. Пациенты должны иметь право оставлять свои комментарии к реестру и должны быть проинформированы об этом праве; по их просьбе они должны получить копию полной записи.

Кроме того, должны быть предприняты шаги для обеспечения того, чтобы существующее письменное руководство по использованию средств сдерживания в больницах, посещаемых ЕКПП, было изменено с учетом требований, перечисленных выше. Такие руководящие принципы должны быть направлены на предотвращение, насколько это возможно, обращения к средствам сдерживания и должны четко указывать, какие средства сдерживания могут использоваться, при каких обстоятельствах и как именно они могут применяться, как должен быть организован внешний контроль и какие действия должны быть приняты после прекращения ограничений. В руководящих принципах также должны содержаться разделы по другим важным вопросам, таким как обучение персонала, политика в отношении жалоб, механизмы внутренней и внешней отчетности и разбор случаев. Пациентам следует предоставить соответствующую информацию о политике сдерживания учреждения.

О частоте и продолжительности случаев ограничения следует регулярно сообщать надзорному органу и / или назначенному внешнему контрольному органу. Это будет способствовать общенациональному мониторингу существующих методов сдерживания с целью реализации стратегии ограничения частоты и продолжительности использования средств сдерживания.

Делегация отметила, что во всех посещенных больницах применялось химическое сдерживание, часто в сочетании с другими средствами сдерживания. Несмотря на то, что в отделении № 2 Волгоградской больницы, применение химического сдерживания было зарегистрировано в реестре ограничений, когда оно использовалось в сочетании с механическим ограничением, соответствующие меры предосторожности не были полностью соблюдены ни в одной из больниц. Действительно, в Красноармейской больнице делегация наблюдала использование назначений "при необходимости" с одинаковыми дозами инъекционного аминазина; в одном отделении врач разрешил списком выдавать лекарство 75 из 96 пациентов исключительно по усмотрению медсестер. Излишне говорить, что такая практика совершенно неприемлема.

Комитет хотел бы еще раз подчеркнуть, что, если необходимо прибегнуть к химическому сдерживанию, такому как седативные, антипсихотические, снотворные и транквилизаторы, на него должны распространяться соответствующие меры предосторожности. Следует использовать только одобренные, хорошо зарекомендовавшие себя препараты короткого действия. Самое главное, химическое сдерживание никогда не должно применяться без предварительного разрешения врача, который оценил пациента непосредственно перед введением лекарства.

Необходимо постоянно помнить о побочных эффектах, которые такие лекарства могут оказывать на конкретного пациента, особенно когда лекарство используется в сочетании с физическим стеснением или изоляцией. Кроме того, пациенты, подвергшиеся физическому стеснению, никогда не должны получать лекарства без согласия, за исключением случаев, когда они могут подвергнуться риску серьезных последствий для здоровья, если лекарство не будет применено, и только с соответствующими мерами предосторожности.

Комитет повторяет свою рекомендацию о том, чтобы российские власти приняли необходимые меры для обеспечения соблюдения вышеупомянутых принципов во всех психиатрических учреждениях; соответствующие правовые положения должны быть изменены по мере необходимости.

В Казанской федеральной больнице у делегации сложилось впечатление, что многие пациенты рассматривают использование изоляции или физического / химического стеснения не как краткосрочное и чрезвычайное вмешательство для того, чтобы безопасно купировать острый эпизод нарушенного психического состояния и связанное с этим поведение в общем терапевтическом контексте, но как потенциальное и запугивающее наказание за нарушение формальных правил отделения и неформальных кодексов одобряемого поведения. Похоже, что персонал ничего не делает, чтобы развеять такое убеждение, и это, возможно, закрепляет угрозу применения средств стеснения как средства контроля поведения пациентов, за которое они отвечают, и тем самым усиливает восприятие мер стеснения в качестве карательной меры. Похожая ситуация сложилась в отделении принудительного лечения в Красноармейской больнице. Признавая необходимость соблюдения порядка в отделениях, в которых размещается большое количество потенциально опасных судебно-психиатрических пациентов, Комитет хотел бы подчеркнуть, что для достижения этой цели следует использовать более широкий спектр терапевтических некарательных подходов (как это было сделано в Волгоградской федеральной больнице), например, предлагать психосоциальные вмешательства, вознаграждение и консультирование пациентов в духе сотрудничества, для того, чтобы помочь им понять последствия и преимущества для себя и других просоциального поведения, когда их знакомят с проблемой и помогают психологически изучить альтернативные стратегии поведения.

ЕКПП рекомендует, чтобы руководство Казанской федеральной больницы и Красноармейской больницы развивало клиническую практику в своей судебно-психиатрической среде и использовало более широкий спектр психосоциальных методов, чтобы положительно влиять на поведение пациентов, чтобы угроза применения средств сдерживания перестала быть необходимой и не

воспринималась как карательная, а средства сдерживания использовались только клинически надлежащим образом и в строгом и понятном соответствии с национальным законодательством.

6. Меры защиты

Нормативно-правовая база, регулирующая обязательное психиатрическое лечение (для судебно-психиатрических пациентов) и принудительную “гражданскую” госпитализацию, практически не изменилась с очередного планового посещения в 2016 году.

Следует напомнить, что процедуры принудительного лечения лиц, признанных невменяемыми, или у которых развилось психическое заболевание в период после совершения преступления, регулируются статьями 433–446 УПК, а также Законом о психиатрической помощи (ЗоПП). Принудительное лечение применяется, когда психическое расстройство человека связано с опасностью для него или других лиц или возможностью причинения другого существенного вреда. Статья 97 Уголовного кодекса (УК) предусматривает, что решение о помещении таких лиц в психиатрическое учреждение принимается судом, в котором также указывается тип режима (больница общего типа или специализированного типа или специализированного типа с интенсивным наблюдением), которому заинтересованное лицо должно быть подвергнуто (Раздел 99 УК).

Решение о продлении, изменении или прекращении принудительного лечения принимается судом по запросу администрации больницы на основании рекомендации комиссии психиатров или по запросу пациента, его / ее адвоката или законного представителя (раздел 445 КПК). Во время госпитализации обследование комиссией психиатров должно проводиться не реже одного раза в 6 месяцев (по инициативе лечащего врача); кроме того, пациент сам, его / ее родственники или законный представитель могут запросить его в любое время.

На основе интервью с пациентами и персоналом и изучения историй болезни пациентов в трех больницах, в которых размещаются пациенты, проходящие принудительное лечение, у делегации сложилось впечатление, что пациенты посещали заседания комиссий больниц каждые 6 месяцев и — в Казанском федеральной больнице — могли присутствовать на судебных слушаниях (проводимых на территории больницы) и были там представлены назначенными адвокатами. В отличие от этого, в Волгоградской федеральной больнице и в Красноармейской больнице появление пациентов в суде, по-видимому, не приветствовалось персоналом и происходило крайне редко; кроме того, пациентам не разрешалось просматривать заключения психиатрических комиссий. По мнению Комитета, явка пациента в суд (при наличии законного представителя и семьи по запросу), с тем чтобы

мнение комиссии больницы могло быть изучено и потенциально оспорено, является важной гарантией, закрепленной в законе; оно должно быть легко доступным для пациентов. Пациенты также должны иметь доступ к медицинской информации (например, к своим медицинским записям) и клиническим отчетам, написанным о них. **ЕКПП рекомендует российским властям принять необходимые меры для обеспечения соблюдения вышеупомянутых принципов при рассмотрении дальнейшей необходимости принудительного лечения.**

В соответствии со ст. 30ПП “гражданский” пациент может быть принудительно помещен в психиатрическую больницу, если его / ее обследование или лечение возможно только в условиях больницы, он / она страдает от серьезного психического расстройства, и если выполняется одно из следующих условий: а) человек представляет непосредственную опасность для себя или окружающих; б) человек беспомощен, т.е. не в состоянии самостоятельно удовлетворить свои основные потребности; в) оставление человека без психиатрической помощи может нанести вред его здоровью. В течение 48 часов после поступления пациент должен быть осмотрен комиссией психиатров (Ст. 32 30ПП). Если комиссия решает, что есть основания для госпитализации, заключение комиссии должно быть передано в компетентный суд в течение следующих 24 часов администрацией больницы или прокурором (после получения запроса о принудительной госпитализации суд санкционирует госпитализацию, пока такой запрос не будет рассмотрен). В соответствии со ст. 34 30ПП, суд должен быть созван в течение 5 дней после запроса о принудительной госпитализации. Пациент имеет право присутствовать в судебном заседании (в помещении суда или больницы), присутствие представителя больницы, прокурора и представителя пациента обязательно. Кроме того, решение суда может быть обжаловано в течение 10 дней с момента его вынесения.

В соответствии со ст. 36 30ПП принудительная госпитализация должна быть прекращена, как только побудившие ее обстоятельства, прекращают действовать. В течение первых шести месяцев пребывания в больнице пациент должен обследоваться не реже одного раза в месяц комиссией психиатров, которая решает, следует ли продлить госпитализацию. Для продления срока госпитализации пациента за пределы шестимесячного срока требуется новое судебное заседание. Впоследствии комиссия психиатров проверяет состояние пациента не реже одного раза в 6 месяцев, а суд собирается один раз в год, чтобы принять решение о необходимости продления госпитализации.

В ходе посещений Красноармейской больницы и отделения № 2 Волгоградской больницы стало ясно, что многие пациенты, которые подписали формы согласия на госпитализацию и все еще считались добро-

вольными, тем не менее, на самом деле не соглашались на госпитализацию. Действительно, примечательно, что только 1,5 % пациентов, размещенных в этих двух больницах (10 из 165 в отделении № 2 Волгоградской больницы и ни один из 527 в Красноармейской больнице), были де-юре госпитализированы недобровольно в рамках 30ПП. Однако многие из этих так называемых “добровольных” пациентов четко заявили делегации, что не дают информированного согласия на их дальнейшую госпитализацию и лечение.

Такие “добровольные” пациенты, таким образом, были де-факто лишены свободы, а некоторым даже не позволяли выходить из отделения, чтобы заниматься физическими упражнениями, не говоря уже о том, чтобы самостоятельно покинуть больницу, например, в связи с тем, что в историях болезни они были помечены как “склонные к побегу”. Кроме того, такие “добровольные” пациенты иногда получали принудительное лечение и подвергались физическому стеснению. Многие пациенты, по-видимому, уступили патерналистскому контролю со стороны персонала.

Кроме того, в отношении небольшого числа формально недобровольных пациентов в отделении № 2 Волгоградской больницы имели место значительные задержки в предоставлении суда письменных решений, подтверждающих принудительную госпитализацию (например, более одного месяца).

Комитет повторяет свою рекомендацию о том, чтобы российские власти предприняли эффективные шаги для обеспечения того, чтобы положения 30ПП, касающиеся “гражданской” принудительной психиатрической госпитализации, были полностью реализованы на практике. Российские власти также должны обеспечить, чтобы надлежащая информация и соответствующая подготовка по этому вопросу предоставлялись в приоритетном порядке всем заинтересованным структурам и лицам (в частности, психиатрам, руководству больниц и судьям) в Российской Федерации.

Кроме того, Комитет повторяет свою рекомендацию о том, чтобы лицам, госпитализированным в психиатрические учреждения, предоставлялась полная, четкая и точная информация, в том числе об их праве соглашаться или не соглашаться на госпитализацию и о возможности впоследствии отозвать свое согласие. Кроме того, пациенты, которые считаются добровольными и юридически компетентными, должны быть проинформированы о своем праве покинуть палаты в любое время, в том числе покинуть учреждение без промедления, если они захотят выписаться. Когда суд подтверждает принудительную госпитализацию, пациент и больница должны получить решение в кратчайшие сроки и в письменном виде.

Что касается более конкретно Красноармейской больницы и отделения № 2 Волгоградской

больницы, Комитет рекомендует срочно пересмотреть правовой статус всех пациентов, которые в настоящее время считаются “добровольными”, независимым внешним органом, который гарантирует, что согласие на госпитализацию является полностью обоснованным решением, включая предоставление пациентам информации о мерах защиты, гарантированных недобровольным пациентам законом.

В соответствии со ст. 11 ЗоПП лечение человека, страдающего психическим расстройством, осуществляется при наличии добровольного и осознанного согласия на такое лечение. Тем не менее, пункт 4 этого раздела предусматривает, что согласие не требуется для лечения судебно-психиатрических или “гражданских” недобровольных пациентов. Лечение таких пациентов осуществляется на основании решения комиссии психиатров. ЕКПП хотел бы еще раз подчеркнуть, что каждый пациент, будь то добровольный или недобровольный, должен в принципе иметь возможность дать свое свободное и осознанное согласие на лечение, а также отозвать его в любое время. Помещение лица в психиатрическое учреждение на принудительной основе — будь то в рамках гражданского или уголовного судопроизводства — не должно исключать возможности получения информированного согласия на лечение. Любое отступление от этого основополагающего принципа должно основываться на законе и касаться только четко и строго определенных исключительных обстоятельств.

Кроме того, соответствующее законодательство должно требовать независимого психиатрического заключения в любом случае, когда пациент не согласен с лечением, предложенным врачами учреждения. Кроме того, пациенты должны иметь возможность обжаловать решение об обязательном лечении в независимом внешнем органе и должны быть проинформированы в письменной форме об этом праве.

Комитет повторяет свою рекомендацию о том, чтобы российские власти внесли изменения в соответствующие правовые положения, чтобы обеспечить эффективное выполнение вышеупомянутых предписаний на практике.

Что касается более конкретно Красноармейской больницы и отделения № 2 Волгоградской больницы, Комитет рекомендует срочно пересмотреть правовой статус всех пациентов, которые в настоящее время считаются “добровольными”, независимым внешним органом, который гарантирует, что согласие на госпитализацию является полностью обоснованным решением, включая предоставление пациентам информации о гарантированных мерах доступных недобровольным пациентам посредством закона.

Что касается контакта пациентов с внешним миром, им не разрешалось хранить при себе свои мобильные телефоны, а доступ к телефону был очень ог-

раниченным или даже невозможным в посещенных больницах.

ЕКПП считает, что разрешать пациентам сохранять свои мобильные телефоны — это хорошая практика, учитывая, что телефон часто является неотъемлемой частью повседневной жизни человека и используется не только для хранения контактов и личной информации, но и для повседневной деятельности. Тем не менее, Комитет признает, что в судебно-психиатрических больницах, вероятно, существуют четкие ограничения безопасности в этом отношении. Тем не менее, больницы должны четко регулировать такие ограничения, объяснять их пациентам и предоставлять эффективные альтернативы.

Делегация отметила отсутствие согласованности в отношении возможностей для посещения пациентов — от ежедневных в Красноармейской больнице и Волгоградской федеральной больнице до двух раз в неделю в филиале № 2 Волгоградской больницы и до чрезмерно ограничительных — раз в месяц — в Казанской федеральной больнице. **Комитет рекомендует значительно увеличить частоту посещений в филиале № 2 Волгоградской больницы и в Казанской федеральной больнице.**

Кроме того, **ЕКПП предлагает российским властям пересмотреть существующую схему, в соответствии с которой судебно-психиатрические пациенты женского пола, которым назначено лечение в стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением, направляются в Казанскую федеральную больницу со всей территории Российской Федерации. Как отмечалось в ходе визита, нахождение таких пациенток вдали от дома отрицательно сказалось на поддержании их контактов со своими семьями.**

Делегация отметила, что существуют значительные возможности для улучшения доступных механизмов подачи официальных жалоб пациентам в посещенных больницах, особенно в Казанской федеральной больнице. Там лишь очень немногие пациенты полагали, что могут безопасно и конфиденциально жаловаться в администрацию больницы или другие органы. Пациенты чувствовали, что их наказывают, если они жалуются. Во всех больницах пациентов не поощряли активно высказывать свои опасения.

По мнению Комитета, должна существовать более надежная и эффективная формализованная система подачи жалоб с центральным реестром жалоб, в котором регистрируются жалобы / темы, а также ответы, данные в установленные сроки, и предпринимаемые действия. Должен также быть ясный доступ пациентов к внешним и независимым органам, которые также имеют право расследовать жалобы. Психиатрические больницы должны иметь системы, использующие принципы клинического управления, которые демонстрируют междисциплинарное обучение на основании жалоб и расследований с целью даль-

нейшего улучшения качества обслуживания пациентов. Кроме того, пациенты должны быть обеспечены информационными брошюрами о правилах внутреннего распорядка больницы, правах пациентов, юридической помощи, порядке размещения (и праве пациента оспаривать это), согласии на лечение и процедурах подачи жалоб. **ЕКПП рекомендует российским властям принять срочные меры для обеспечения эффективного выполнения вышеупомянутых требований в отношении всех пациентов всех психиатрических больниц в Российской Федерации, где это еще не сделано.**

* * *

В качестве общего замечания Комитет отмечает, что многие области клинической практики и условия жизни в посещенных больницах значительно разли-

чались. Были примеры хорошей, приемлемой и плохой практики. По мнению ЕКПП, существуют значительные возможности для большей согласованности качества оказания медицинской помощи в психиатрической системе, что позволило бы широко распространять и внедрять передовую практику и усовершенствования, а также обеспечивать, по крайней мере, приемлемые стандарты повсеместно и постоянно. Это может значительно улучшить условия пребывания и лечение для многих пациентов. Комитет призывает российские власти внедрять системы, обеспечивающие большую согласованность надлежащего ухода, а также распространять и внедрять примеры передовой практики в рамках всей системы психиатрических больниц.

Перевод Л. Н. Виноградовой

РЕКОМЕНДУЕМ:

**“Воспоминания русского Шерлока Холмса.
Очерки уголовного мира царской России:
воспоминания бывшего начальника московской сыскной полиции
и заведывающего всем уголовным розыском империи”**

Ельцин-центр, М., 2019 (Париж, 1926, 1929)

На международном съезде криминалистов в 1913 г. в Швейцарии возглавляемая Кошко русская сыскная полиция была признана лучшей в мире. В книгу вошел уникальный материал по делу Бейлиса (с. 362 – 390). Располагая “всем материалом законченного следствия”, Кошко, по личной просьбе Николая II и министра юстиции Щегловитова, инициатора процесса, составил обширнейший доклад, который возмутил министра и был им, видимо, уничтожен. Дается емкое описание этого дела.

Прекратить сегрегацию людей с ментальной инвалидностью!

Организации родителей детей-инвалидов и НКО, работающих с людьми с инвалидностью вследствие психического заболевания, обращаются к Президенту России В. В. Путину

Поводом для обращения стало массовое строительство дорогостоящих и многонаселенных закрытых учреждений — психоневрологических интернатов. В то время как одобренные Президентом внестационарные формы жизнеустройства людей с ментальной инвалидностью практически отсутствуют. Поручение Президента РФ о законодательном утверждении сопровождаемого проживания, данное им еще 23 августа 2017 г. после встречи с лидерами НКО, работающими с ментальными инвалидами, фактически проигнорировано.

Обращение подписали 120 организаций из 46 регионов России, и этот вопрос уже внесен в программу встречи Президента РФ и Совета по правам человека и развитию институтов гражданского общества. НПА России поддерживает Обращение и активно участвует в обсуждении данного вопроса. Российское общество психиатров пока молчит.

Президенту Российской Федерации ПУТИНУ В. В.

От организаций родителей детей-инвалидов и некоммерческих организаций, работающих с инвалидами (согласно приложенному списку заявителей)

Уважаемый Владимир Владимирович!

Общественные организации родителей детей-инвалидов и некоммерческие организации, работающие с людьми с инвалидностью, обращаются к Вам с просьбой не допустить расширения неприемлемой для России XXI века практики сегрегации инвалидов и усиления их изоляции от общества в результате развернутого по всей стране строительства дорогостоящих закрытых учреждений — психоневрологических интернатов.

Резервации для людей с ментальной инвалидностью

Психоневрологические интернаты в нашей стране фактически являются резервациями для людей с ментальной инвалидностью. Большая часть таких интернатов строится в отдаленной от городов сельской местности, то есть вне доступа к социальной инфраструктуре: к учреждениям здравоохранения, образования, культуры и местам проведения досуга. В эти интернаты помещаются инвалиды из разных районов, большинство из них фактически без их согласия. Это приводит к принудительному разрыву родственных и дружеских связей таких людей.

Нарушения прав на охрану жизни и здоровья

Особенное беспокойство вызывают нарушения прав на охрану жизни и здоровья проживающих в интернатах людей, большинство из которых часто нуждаются в квалифицированной медицинской помощи, поскольку они являются инвалидами 1 и 2 группы. Так, руководитель Росздравнадзора Михаил Мураш-

ко на заседании Совета по вопросам попечительства в социальной сфере при Правительстве 28 марта 2019 года (далее — заседание Совета по вопросам попечительства) сообщил, что в интернатах “люди не могут получить своевременную качественную медицинскую помощь, консультацию врача. **В интернаты, которые находятся далеко от крупных городов, трудно вызвать скорую. В таких учреждениях диспансеризация практически не проводится. А второй этап диспансеризации с детальным осмотром специалиста отсутствует.**”¹

По данным, полученным в ходе проверок психоневрологических интернатов Общероссийским народным фронтом (проект “Регион заботы”), многие люди, находящиеся на так называемом постельном режиме, **постоянно испытывают болевой синдром в результате неоказания им надлежащей медицинской помощи и привязывания к кровати**².

Гендерная сегрегация

Отдельной формой дискриминации инвалидов является строительство интернатов для раздельного проживания только женщин или только мужчин. Кроме интернатов такой фактический запрет на общение в быту между мужчинами и женщинами возможен только в тюрьмах. Так, возмущение обще-

¹ <http://government.ru/news/36215/>

² Выступление Нюты Федермессер на заседании Совета по развитию гражданского общества и правам человека при Президенте Российской Федерации 24.06.2019 г.

ственности вызвал объявленный 23 августа сего года тендер на строительство двух корпусов Хабаровского женского психоневрологического интерната на 400 мест. Женщины будут жить фактически в полной изоляции от общества — в 7 км от ближайшего населенного пункта — села Некрасовка и более чем в 26 км от Хабаровска. Из федерального бюджета на строительство этого интерната будет потрачено более 1.2 млрд. рублей, а это значит, что стоимость одного места составит более 3 миллионов рублей.

Такая гендерная сегрегация широко распространена. Так, в 2017 году в Воронежской области построили Новохоперский женский интернат на 128 человек за 400 миллионов рублей³. В Московской области работает Островский женский интернат, в Санкт-Петербурге женский интернат № 2. По предварительной оценке гендерной сегрегации подвергается более тридцати тысяч женщин и мужчин, то есть почти пятая часть проживающих в интернатах. Список таких интернатов прилагается.

Нарушение конституционного права на свободу и личную неприкосновенность

Режим психоневрологических интернатов схож с тюремным, и главное сходство с тюрьмой состоит в тотальном ограничении прав и свобод проживающих в них людей, поскольку **психоневрологические интернаты**, в большинстве своем **являются закрытыми учреждениями, где “люди оказываются полностью изолированы, а их права часто нарушаются”**. Так их охарактеризовала заместитель Председателя Правительства по вопросам социальной политики Татьяна Голикова на заседании Совета по вопросам попечительства в социальной сфере 28 марта 2019 года.

По информации Федеральной службы по труду и занятости (Роструд), представленной на этом заседании, к проживающим ограничен доступ даже близких родственников, не говоря уже о волонтерах.

Роструд также сообщает о таком массовом нарушении прав в сфере охраны здоровья, как **“отсутствие согласия на медицинское вмешательство”**. **На практике это означает лечение проживающих психотропными препаратами, которые часто имеют сильное и длительное болезненное действие, без их согласия, что прямо запрещено законом**.

Более того, в настоящее время покинуть психоневрологический интернат практически невозможно, поскольку как констатировал по результатам проверки Роструд имеет место **“отсутствие... воз-**

можности выписки из учреждения”. Так, на самостоятельное проживание из интернатов выписываются в год всего 0,5 процента от общего числа проживающих. За три года — с 2016 по 2018 годы, из интернатов, где проживают 155778 человек, на самостоятельное проживание выписались только 2412 человек, то есть в год не более 800 человек.

Провал реформы психоневрологических интернатов

Прошло более трех лет с объявленной Минтрудом России реформы психоневрологических интернатов и создания приказом министерства в августе 2016 года Рабочей группы по реформированию психоневрологических интернатов. Однако ни одно из предложений общественности, представители которой входили в Рабочую группу, не было воспринято и реализовано. Минтрудом фактически были проигнорированы рекомендации 68-го специального заседания Совета при Президенте Российской Федерации по развитию гражданского общества и правам человека “Соблюдение прав человека в стационарных социальных организациях психоневрологического профиля и создание альтернативных форм жизнеустройства граждан с психологическими и ментальными нарушениями” от 24 июля 2019 г.

Недавно итог трехлетней работы по реформированию психоневрологических интернатов подвела заместитель Председателя Правительства Татьяна Голикова — “действующая система психоневрологических интернатов, созданная еще в советское время, устарела и требует изменений. Однако многочисленные **попытки подойти к ее реформированию, мягко говоря, пока ничем не заканчивались**.” (28 марта 2019 г. на заседании Совета по попечительству в социальной сфере при Правительстве РФ).

Строительство новых крупных психоневрологических интернатов в сельской местности на миллиарды рублей

Несмотря на отсутствие какого-либо прогресса в реформировании системы психоневрологических интернатов, включая пересмотр соответствующих санитарных и градостроительных норм, по всей стране набирает обороты строительство новых крупных психоневрологических интернатов в сельской местности. Так, только согласно одному распоряжению Правительства от 28.01.2019 г. № 94-р в 2020 и 2021 годах планируется ввести в эксплуатацию 15 зданий психоневрологических интернатов в разных регионах, в основном на 100 и более человек. Из них 13 зданий будет находиться в сельской местности. За 2019 – 2024 годы запланировано построить и отремонтировать здания интернатов, в основном психоневрологических, и пре-

³ <https://riavr.ru/districts/novokhopyorsk/v-alferovke-voronezhskoy-oblasti-otkryli-psikhonevrologicheskiy-internat-na-128-mest/>

имущественно находящихся в сельской местности, на 50 млрд. рублей.⁴

Учреждения для инвалидов в Европе и Америке перестали быть местами их изоляции от общества

Вместе с тем, в странах Евросоюза, Канаде и США еще в 80-х годах прошлого века начался обратный процесс: крупные психоневрологические интернаты расселились, а тем людям, которые еще оставались проживать в учреждениях, начали предоставлять социальные и иные услуги за пределами учреждения. Учреждения для людей с ментальной инвалидностью перестали быть местами их изоляции от общества.

Например в Германии сейчас норма для новых социальных учреждений — не более 24 мест, а среднее число проживающих в них — 50 человек. Подавляющему большинству проживающих, как это требует Конвенция о правах инвалидов (статья 19), обеспечивают возможность ежедневного выхода из учреждения и участия, тем самым, в жизни общества. Некоторые из проживающих в учреждениях могут работать на обычных рабочих местах, у других есть дневная занятость в специальных мастерских вне территории учреждения. Проживающие ходят в магазины и кафе, посещают или участвуют в культурных и спортивных мероприятиях за пределами учреждений. Они, так же как и “обычные” люди получают медицинскую помощь в поликлиниках, а не в учреждениях.

Надежды родителей детей-инвалидов на сопровождаемое проживание их взрослых детей не сбылись

Так совпало, что в день, когда был объявлен тендер на строительство Хабаровского женского психоневрологического интерната, исполнилось ровно два года Вашему поручению закрепить федеральным законом различные формы сопровождаемого проживания инвалидов, в том числе такую форму, как сопровождаемое совместное проживание малых групп инвалидов в отдельных жилых помещениях (поручение от 23 августа 2017 г. Пр-1650, п.п. 1.а, 2.а)⁵.

Сопровождение при проживании в обществе должно было стать мерой социальной защиты людей с ментальной инвалидностью, также необходимой им как безбарьерная среда необходима для инвалидов с нарушениями опорно-двигательного аппарата, зрения или слуха. Для инвалидов, которые не могут в полной мере жить самостоятельно, сопровождение необходимо чтобы они получили возможность участвовать в жизни общества, живя в обычных местах проживания людей, а не интернатах-резервациях, в

изоляции от общества. Подобные законы о сопровождении инвалидов еще в прошлом веке были приняты в странах Евросоюза и США. Такое требование прямо закреплено в статье 19 Конвенции о правах инвалидов.

Родители тех детей-инвалидов, которые не могут и никогда не смогут в полной мере жить самостоятельно, ждали и очень надеялись дожить до того дня, когда и в нашей стране появится такой закон.

Но и после Вашего поручения надежды родителей не сбылись. Вместо разработки закона Минтруд России ограничился принятием методических рекомендаций о сопровождаемом проживании. Их, в отличие от закона, не обязательно исполнять, за ними нет финансового обеспечения. У инвалидов, которые не могут в полной мере жить самостоятельно, не появилось закрепленное законом право получить сопровождаемое проживание.

В результате органы социальной защиты даже не принимают документы на получение таких услуг у нуждающихся в сопровождаемом проживании инвалидов. Им, как и раньше, предлагают помещение в интернат. Число граждан, находящихся на сопровождаемом проживании, составляет всего 799 человек, то есть 0,5 % от проживающих в психоневрологических интернатах. При этом 319 из них, т.е. почти половина, по-прежнему проживают в психоневрологических интернатах (данные представленные Рострудом на заседании Совета по попечительству).⁶

Вместо необходимого и недорогого строят вредное и дорогое!

Мы убеждены, что строительство психоневрологических интернатов вместо квартир для сопровождаемого проживания нарушает принцип эффективности расходования бюджетных средств, предусмотренный ст. 34 Бюджетного кодекса РФ⁷ — как в части экономности, так и в части результативности расходования бюджетных средств. Одно место в квартире или доме сопровождаемого проживания оказывается дешевле в 2 – 4 раза чем место в огромном психоневрологическом интернате. А качество жизни при сопровождаемом проживании несравнимо лучше, чем в психоневрологическом интернате. Например, в случае строительства психоневрологического интерната в сельской местности, расходы в расчете на одного человека составляют от 2 до

⁶ <http://government.ru/news/36215/>

⁷ Принцип эффективности использования бюджетных средств означает, что при составлении и исполнении бюджетов участники бюджетного процесса в рамках установленных им бюджетных полномочий должны исходить из необходимости достижения заданных результатов с использованием наименьшего объема средств (экономности) и (или) достижения наилучшего результата с использованием определенного бюджетом объема средств (результативности).

⁴ <https://tass.ru/ekonomika/6079853>

⁵ <http://www.kremlin.ru/acts/assignments/orders/55419>

3,5 миллионов рублей. При этом люди живут согласно санитарным нормам по 4 – 6 человек в комнате и коридорной системе проживания. Сам факт того, что существующие нормативные документы предусматривают пожизненное поселение чужих и тяжело больных людей в одной комнате, по сути означает, что действующее законодательство отрицает достоинство таких людей. В то же время расходы в расчете на одного человека в квартирах сопровождаемого проживания, находящихся в городах — областных центрах, составляют от 1 до 1,6 миллионов рублей. В этом случае каждый человек проживает в отдельной комнате в квартире на 5 – 7 человек или в небольшом доме до 20 человек.⁸

Например, во Владимире организация родителей детей инвалидов ВООРДИ “Свет” вводит в эксплуатацию квартиру 176 квадратных метров на 5 человек стоимостью 8 миллионов рублей, т.е. 1,6 миллиона рублей на одного человека. При этом у каждого проживающего будет своя комната с туалетом и ванной, предусмотрена комната сопровождающего, кухня-гостиная. Квартира находится в доме на одной из центральных улиц города и проживающие в ней инвалиды будут жить общей с горожанами жизнью.

В связи с вышесказанным просим Вас, уважаемый Владимир Владимирович:

1. Остановить строительство зданий психоневрологических интернатов вместимостью свыше 50 человек, и в первую очередь остановить строительство зданий психоневрологических интернатов в сельской местности.

2. Поручить Минстрою России и Минтруду России разработать целевую программу создания в субъектах Российской Федерации специализированных жилищных фондов квартир сопровождаемого проживания и малокомплектных учреждений социального обслуживания для людей с ментальной инвалидностью, предусмотрев выделение на эти цели финансирования, включая средства, сэкономленные в результате запрета строительства крупных психоневрологических интернатов.

3. Возобновить действие Вашего поручения от 23 августа 2017 г. Пр-1650 (п.п. 1.а, 2.а) о закреплении федеральным законодательством различных форм сопровождаемого проживания инвалидов, в

том числе такой формы, как сопровождаемое совместное проживание малых групп инвалидов в отдельных жилых помещениях.

4. Поручить Роспотребнадзору и Минстрою России внести изменения в санитарные и градостроительные нормы при строительстве учреждений социального обслуживания для людей с ментальной инвалидностью в целях:

- установления ограничения на число койко-мест в учреждении социального обслуживания для людей с ментальной инвалидностью не более 25 – 50 мест;

- установления принципа проживания в учреждениях социального обслуживания для людей с ментальной инвалидностью: один человек — одна комната, за исключением случаев проживания семейных пар или желания людей проживать совместно в одной комнате;

- установления квартирного устройства зданий учреждений социального обслуживания для людей с ментальной инвалидностью;

- установления обязательного требования к строящимся учреждениям о нахождении их в развитой городской инфраструктуре.

5. Поручить Правительству Российской Федерации и Государственной Думе Российской Федерации закрепить в федеральном законодательстве меры социализации и социальной реабилитации проживающих в существующих психоневрологических учреждениях инвалидов, направленные на обеспечение им возможности ежедневного выхода из учреждения для участия в жизни общества наравне с другими людьми. Такие меры должны включать, в частности, предоставление проживающим необходимой помощи в посильной трудовой деятельности или дневной занятости в специальных мастерских вне территории учреждения, а также для проведения досуга вне территории учреждений.

6. Поручить Генеральной прокуратуре РФ и контрольно-надзорным органам обеспечить надзор и контроль за соблюдением прав и свобод человека в существующих психоневрологических интернатах, в том числе принять меры для прекращения гендерной сегрегации проживающих.

⁸ См. приложение. Сравнительная таблица капитальных вложений для организации проживания людей с инвалидностью при сопровождаемом проживании (НКО) и в психоневрологических интернатах.

ИСТОРИЯ

180 лет Теодюль Арман Рибо 1839 – 1916



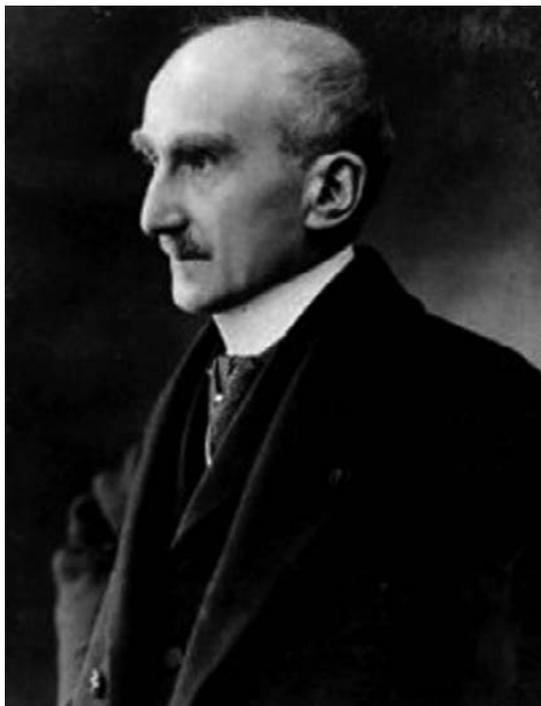
Основатель французской психологической школы, «французский Вундт».

После окончания медицинского университета в Сорбонне получил степень доктора философии, с 1885 г. — проф. Сорбонны, а с 1888 г. — проф. кафедры в Коллеж де Франс, которую в 1902 г. передал Жане, в 1906 г. — член Французской академии наук. С 1876 г. начал издавать журнал «Философское обозрение», а с 1885 г. с Шарко и Жане основал Общество физиологической психологии. Доказывал, что в основе психологии должны лежать естественные науки, прежде всего, биология и физиология. Многочисленные труды Рибо по всем вопросам психологии были переведены в России.

Рибо разработал, вслед за Клодом Бернаром, «естественный эксперимент» и, говоря об «экспериментах, поставленных природой», использовал данные психических расстройств для исследования психики нормальных людей. Психология — говорил он — не может оставаться наукой о белом, взрослом, образо-

ванном, здоровом человеке, необходимо исследовать душевнобольных, дикарей и детей. Он обсуждал обширные психиатрические данные в своих монографиях: «Болезни памяти» (1881), «Болезни личности» (1885), «Болезни воли» (1888), «Психология внимания» (1889), «Опыт исследования творческого воображения» (1901) и др. Рибо считал искусственным традиционное деление психических процессов на познавательные, эмоциональные и волевые, подчеркивая их тесную взаимосвязь и большое значение двигательных компонентов в их развитии. Им был открыт закон обратного развития памяти (закон Рибо) — порядок старческого ослабления памяти, ее утраты и процессов восстановления при временной потере. Согласно этому закону, память утрачивается в направлении от нового к старому и от сложного к простому. Рибо создал большую школу, в которую входили, в частности, А. Бине, П. Жане, А. Пьерон и Ж. Дюма, который адресовал ему латинское изречение «Мы все вышли из тебя».

160 лет Анри Бергсон 1859 – 1941



Понятия “персонализм”, введенное 220 лет назад (в 1799 г.) Фридрихом Шлейермахером, и выдающаяся роль персонализма в истории постпозитивистской психиатрии дают возможность раздвинуть горизонт отечественных психиатров напоминанием “о философии жизни”, одним из основных представителей которой — наряду с Ницше и Дильтеем — был Анри Бергсон. Именно его творчество повлияло на развитие психиатрии, послужив основой феноменологически-структурного анализа Эжена Минковски.

Бергсон — проф. Коллеж де Франс и член Французской академии наук (1914), лауреат Нобелевской премии по литературе 1927 г. как блестящий стилист, создал концепцию “жизненного порыва” (“*elan vital*”) — “Творческая эволюция” (1907, русск. пер. 1914). Его воздействие — “в увлекающем за собой порыве, борьбе, полемике, все в новом продвижении вперед во времени, все новом самовоспламенении. Уже первые его произведения приветствовали как революционную философию, и Бергсону суждено было сохранить такое революционизирующее воздействие в течении десятилетия. Уильям Джемс называл его философию благой вестью, бегством из темной каморки на свежий воздух.

Он восстал против материалистически механического духа времени второй половины XIX века. “Его “интуитивизм” повторяет Шопенгауэра. Противопоставление двух форм созерцания — пространства и времени, противопоставление познания посредством разума и посредством интуиции, присоединение разума к пространству, косности, мертвой природе, а интуиции — ко времени, неделимому течению и разрыванию, к чистой “длительности”, недоступной разуму, — все это невозможно без шопенгауэровского двойственного воззрения на мир как волю и представления...” (А. Хюбшер).

Бергсон стремился заменить “естественную метафизику человеческого ума” новыми гибкими и текучими понятиями, соответствующими реальной жизни, — непосредственным и полным схватыванием действительности методом “истинного эмпиризма” — интуицией, т.е. “интеллектуальной симпатией, путем которой переносятся внутрь предмета, чтобы слиться с тем, что есть в нем единственного и, следовательно, невыразимого”. Бергсон сам предпринял такие попытки в работе “Воспоминание настоящего и ложное узнавание”. Напряжение между памятью прошлого и волевым устремлением в будущее может привести к болезням личности: раздвоению, даже умножению личности или замедлению и угасанию жизненного порыва, порыва воли, порыва сознания, т.е. то, что Жане описал как психастению (включающую и ложное узнавание), а Минковски сделал одним из основных понятий своей концепции, наряду с введенным Бергсоном понятием “длительности” времени, т.е. “последовательности наших состояний сознания, когда наше “я” просто живет, когда оно не устанавливает различия между наличными состояниями сознания и теми, что им предшествовали” (“проживаемое время” Минковски). Когда в 1917 г. Роман Ингарден познакомил Гуссерля с этой концепцией, тот воскликнул: “Тут все почти так, будто Бергсон — это я”. Макс Шелер: “Величие Бергсона в той силе с которой он сумел дать иное направление относительно отношения человека к миру и душе... — полностью положиться на чувственные представления, в которых выступает содержание вещей... выступает как нечто простое и очевидное”.

Бергсон повлиял на Тейяр де Шардена, Э. Леруа, В. И. Вернадского и мн. др. ученых, на Поппера, Тойнби, персонализм и экзистенциализм.

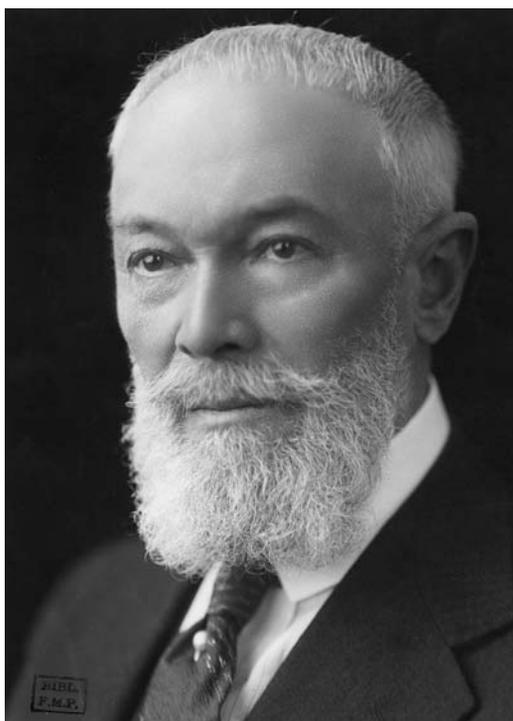
В работе “Два источника морали и религии” (1932) Бергсон развил концепцию двух типов общества — “закрытого” и “открытого” — и, соответственно

им, двух типов морали. “Закрытый” — сохраняет себя обеспечением постоянного порядка, подчинением части целому, строгой дисциплиной, почти автоматическим выполнением долга, обезличиванием, борьбой с отклонениями, склонностью к войнам. Это тупиковый путь развития, осужденный на вечное повторение. Этому соответствует “статическая” мораль и религия, выполняющая мифотворческую функцию. Им противостоят “динамическая” мораль

и религия открытого общества, как область свободы и непрерывного развития в сторону демократического устройства общества, евангельской морали и аскетизма.

Бергсон умер в оккупированном Париже, вызывая притачившись на костылях, 82-летним, на участок для добровольной регистрации как еврей, чтобы получить свою желтую звезду, хотя мог этого не делать.

160 лет Пьер Мари Жане 1859 – 1947



Выдающийся французский психиатр, невропатолог, психолог, философ. Доктор медицины (1893), профессор (1902), академик (1913), а с 1925 г. — президент Парижской академии моральных и политических наук. Однокурсниками Жане были Бергсон и Дюркгейм. В 1879 – 1885 гг. под руководством Шарко исследовал истерию и истерический паралич. Он значительно более критически, чем Шарко относился к гипнозу. Согласно Жане существо истерии — в сужении поля сознания и его расщеплении с выпадением части психофизических проявлений из-под контроля сознания. В 1889 г. в работе “Психический автоматизм” заложил основу диссоциативной психопатологии. В 1890 г. возглавил психологическую ла-

бораторию Сальпетриера, где около 50-ти лет занимался исследованием и лечением неврозов, а с 1902 г. кафедру психологии в Коллеж де Франс (до 1937 г.). в 1904 г. совместно с Ж. Дюма основал журнал “Нормальная и патологическая психология”. Многие годы читал лекции в странах Северной и Южной Америки.

Предшественник Фрейда в трактовке истерии и роли бессознательного при неврозах. В 1913 г. на международном конгрессе в Лондоне критиковал психоанализ. В 1892 г. опубликовал фундаментальное исследование “Ментальное состояние истериков” в 2-х томах, где разработал теорию неврозов, как расстройства функционального баланса высших и низших психических функций. Следуя Джексону, рассматривал сознание, как иерархическую конструкцию из 5-ти уровней, где процессам сознания всегда соответствуют определенные телесные движения, а психика — иерархическая энергетическая система, обладающая определённой степенью психического напряжения. В 1894 г. ввел понятие “психастении” как самостоятельной формы психического заболевания: “Навязчивое состояние и психастения” в 2-х томах (1902), “Неврозы” (1905). Практиковал лечение сном и гипнозом — “Психологические способы лечения” в 3-х томах (1919). Другие работы: “От тревоги к экстазу” в 2-х томах (1926 – 1928), “Эволюция памяти и понятие времени” (1928), “Психология развития личности” (1929), “Любовь и ненависть” (1932), “Истоки интеллекта” (1935), “Предъязыковый интеллект” (1936), работы по психологии религии и мистицизма и др.

Согласно воле Жане, после его смерти 5 тысяч тщательно написанных вручную историй болезней его пациентов были сожжены по этическим соображениям. Жане был настолько критичен, что его высказывания, по словам Макса Дессуара, “содержали кислоту, которая могла уничтожить платину фактов”.

Правовое регулирование обязательств по кредитным договорам с участием недееспособных и ограниченно дееспособных граждан, а также их опекунов и попечителей

Я. А. Корбут¹

Статья направлена на изучение вопроса предоставления кредита (займа) недееспособным и ограниченно дееспособным гражданам, а именно законодательную базу и судебную практику по разрешению споров в рамках кредитных правоотношений с участием недееспособных и ограниченно дееспособных лиц, а также их опекунов и попечителей.

Ключевые слова: кредитные правоотношения с участием недееспособных и ограниченно дееспособных лиц, судебная практика по делам о предоставлении кредитов

Современное общество в нынешней экономической формации нельзя представить без такой стороны существования как заемно-кредитные отношения. Но, как и любые соглашения и договоренности, имеющие официальную форму, заключение кредитного договора порождает правовые отношения, влекущие за собой возникновение прав и обязанностей для сторон, а также, последствия для каждого из них.

При этом особенную категорию заемщиков составляют люди с ограниченной дееспособностью и полной недееспособностью. Это касается не только возможности предоставления самого кредитного продукта, но в первую очередь, вытекающих правовых последствий, в том числе для опекунов и попечителей данных лиц.

Нормативно-правовой базой для регламентирования кредитных отношений, возникающих между финансовыми организациями и физическими лицами, является глава 42 ГК РФ. В соответствии с п. 1 ст. 819 ГК РФ по кредитному договору банк или иная кредитная организация (кредитор) обязуются предоставить денежные средства (кредит) заемщику в размере и на условиях, предусмотренных договором, а заемщик обязуется возвратить полученную денежную сумму и уплатить проценты за пользование ею, а также предусмотренные кредитным договором иные платежи, в том числе связанные с предоставлением кредита.

В случае предоставления кредита гражданину в целях, не связанных с осуществлением предпринимательской деятельности (в том числе кредита, обязательства заемщика по которому обеспечены ипотекой), ограничения, случаи и особенности взимания иных платежей, указанных в абзаце первом настоящего пункта, определяются законом о потребительском кредите (займе).

Федеральный закон “О потребительском кредите (займе)” от 21.12.2013 N 353-ФЗ регулирует отношения, возникающие в связи с предоставлением потребительского кредита (займа) физическому лицу в целях, не связанных с осуществлением предпринимательской деятельности, на основании кредитного договора, договора займа и исполнением соответствующего договора. Действие вышеуказанного закона не распространяется на отношения, возникающие в связи с предоставлением потребительского кредита (займа), обязательства заемщика по которому обеспечены ипотекой. Данный вид кредитного договора регламентируется Федеральным законом “Об ипотеке (залоге недвижимости)” от 16.07.1998 N 102-ФЗ.

В соответствии с указанными нормативно-правовыми актами главным обязательством заемщика перед кредитором является возврат основной суммы долга, а также процентов и иных платежей, предусмотренных кредитным договором. Данное обязательство возникает в результате заключение сделки между сторонами.

Согласно ст. 153 ГК РФ сделками признаются действия граждан и юридических лиц, направленные на установление, изменение или прекращение гражданских прав и обязанностей. Но не все категории граждан, в силу тех или иных обстоятельств, могут руководить своими действиями и понимать их значение.

В соответствии со ст. 29 ГК РФ гражданин, который вследствие психического расстройства не может понимать значения своих действий или руководить ими, может быть признан судом недееспособным в порядке, установленном гражданским процессуальным законодательством. Над ним устанавливается опека. От имени гражданина, признанного недееспособным, сделки совершает его опекун, учитывая мнение такого гражданина, а при невозможности установления его мнения — с учетом информации о его предпочтениях, полученной от родителей такого гражданина, его прежних опекунов, иных лиц, оказывавших такому

¹ Московский финансово-юридический университет МФЮА, юриспруденция, правовое обеспечение бизнеса.

гражданину услуги и добросовестно исполнявших свои обязанности.

Отсюда следует, что сделка, заключенная непосредственно с полностью недееспособным гражданином, может быть признана ничтожной. На основании ст. 171 ГК РФ ничтожна сделка, совершенная гражданином, признанным недееспособным вследствие психического расстройства. Каждая из сторон такой сделки обязана возвратить другой все полученное в натуре, а при невозможности возвратить полученное в натуре — возместить его стоимость.

Дееспособная сторона обязана, кроме того, возместить другой стороне понесенный ею реальный ущерб, если дееспособная сторона знала или должна была знать о недееспособности другой стороны.

При этом для кредитной организации нет возможности полностью убедиться в наличии недееспособности гражданина, так как в соответствии с законом “Об основах охраны здоровья граждан в РФ” № 323-ФЗ от 21.12.2011 года, информация о состоянии здоровья пациента, о взятии его на диспансерный учет является врачебной тайной и разглашению не подлежит, и кредитные организации не входят в список исключений.

Если недееспособный или ограниченно дееспособный гражданин заключил какую-либо сделку, то еще одной стороной возникающих правоотношений становится его опекун или попечитель.

Права и обязанности опекунов и попечителей закреплены Федеральным законом “Об опеке и попечительстве” от 24.04.2008 N 48-ФЗ, и также Гражданским Кодексом РФ. Ст. 1076 ГК РФ гласит, что вред, причиненный гражданином, признанным недееспособным, возмещают его опекун или организация, обязанная осуществлять за ним надзор, если они не докажут, что вред возник не по их вине. Обязанность опекуна или организации, обязанной осуществлять надзор по возмещению вреда, причиненного гражданином, признанным недееспособным, не прекращается в случае последующего признания его дееспособным. Если опекун умер либо не имеет достаточных средств для возмещения вреда, причиненного жизни или здоровью потерпевшего, а сам причинитель вреда обладает такими средствами, суд с учетом имущественного положения потерпевшего и причинителя вреда, а также других обстоятельств вправе принять решение о возмещении вреда полностью или частично за счет самого причинителя вреда.

Так, 31 мая 2016 года Палласовский районный суд Волгоградской области, рассмотрев в открытом судебном заседании гражданское дело по исковому заявлению Якименко Н. В., действующей в интересах недееспособной Лебедевой Н. П., к Акционерному обществу “ОТП Банк” о признании кредитного договора недействительным и расторжении договора, установил:

22 июля 2014 года Лебедева Н. П. якобы приобрела по договору потребительского кредита (займа) ноутбук стоимостью 23350 рублей. Однако фактически приобрёл ноутбук гражданин И., в сопровождении которого Лебедева Н. П. в отделе АО “ОТП Банк” заключила кредитный договор. После подписания кре-

дитного договора Лебедевой Н. П. был передан ноутбук, после чего И., воспользовавшись её болезненным состоянием, забрал его.

В итоге, стоимость ноутбука вместе с процентами и комиссиями по дополнительным услугам, а также с учетом пеней на момент подачи иска составляет 40519 рублей 38 копеек.

При этом ранее решением Палласовского районного суда, Лебедева Н. П. была признана недееспособной.

В соответствии с п. 1 ст. 819 ГК РФ по кредитному договору банк или иная кредитная организация (кредитор) обязуются предоставить денежные средства (кредит) заёмщику в размере и на условиях, предусмотренных договором, а заёмщик обязуется возвратить полученную денежную сумму и уплатить проценты на неё.

Согласно п.п. 1 – 2 ст. 166 ГК РФ сделка недействительна по основаниям, установленным законом, в силу признания её таковой судом (оспоримая сделка) либо независимо от такого признания (ничтожная сделка). Требование о признании оспоримой сделки недействительной может быть предъявлено стороной сделки или иным лицом, указанным в законе.

Недействительная сделка не влечёт юридических последствий, за исключением тех, которые связаны с её недействительностью, и недействительна с момента её совершения. При недействительности сделки каждая из сторон обязана возвратить другой всё полученное по сделке, а в случае невозможности возвратить полученное в натуре (в том числе тогда, когда полученное выражается в пользовании имуществом, выполненной работе или предоставленной услуге) возместить его стоимость, если иные последствия недействительности сделки не предусмотрены законом (п.п. 1, 2 ст. 167 ГК РФ)

В соответствии с п. 1 ст. 171 ГК РФ ничтожна сделка, совершённая гражданином, признанным недееспособным вследствие психического расстройства.

Опекуны несут ответственность по сделкам, совершённым от имени подопечных, в порядке, установленном гражданским законодательством (ч. 1 ст. 26 Федерального закона от 24.04.2008 N 48-ФЗ “Об опеке и попечительстве”).

В силу пункта 2 статьи 32 ГК РФ опекуны являются представителями подопечных в силу закона и совершают от их имени и в их интересах все необходимые сделки.

По смыслу указанной правовой нормы, опекун вступает в правоотношения от имени подопечного и заменяет в этом правоотношении недееспособное лицо, обладая тем же объёмом прав и обязанностей, что и подопечное лицо.

В то же время, согласно статей 37, 38 Гражданского кодекса Российской Федерации опекун недееспособного лица вправе распоряжаться имуществом подопечного, а также при необходимости принять имущество подопечного в доверительное управление.

Таким образом, законодатель предусмотрел возможность погашения обязательств недееспособного лица за счёт его имущества посредством участия в этом опекуна, но не возложил на опекуна обязанность нести ответственность за подопечного за свой счёт.

Оценивая экспертное заключение как надлежащее доказательство состояния Лебедевой Н. П. в момент заключения кредитного договора, суд пришел к выводу о наличии доказательств, бесспорно и объективно свидетельствующих о наличии оснований для признания кредитного договора недействительным в связи с нахождением Лебедевой Н. П. в таком состоянии, когда она не была способна понимать значение своих действий и руководить ими. Указанное состояние препятствовало ей осознавать правовую природу заключаемого договора и критически оценивать его последствия.

На основании изложенного и руководствуясь статьями ГК и ГПК РФ, суд решил:

Признать кредитный договор, заключенный между Лебедевой Н. П. и Акционерным обществом "ОТП Банк", недействительным и расторгнуть его.

Применить последствия недействительности сделки, взыскать с Лебедевой Н. П. в пользу Акционерного общества "ОТП Банк" сумму кредита в размере 23350 рублей.

Также часто возникают судебные споры относительно лиц, признанных недееспособным после совершения сделки.

Как следует из ст. 177 ГК РФ, сделка, совершенная гражданином, хотя и дееспособным, но находившимся в момент ее совершения в таком состоянии, когда он не был способен понимать значение своих действий или руководить ими, может быть признана судом недействительной по иску этого гражданина либо иных лиц, чьи права или охраняемые законом интересы нарушены в результате ее совершения.

Сделка, совершенная гражданином, впоследствии признанным недееспособным, может быть признана судом недействительной по иску его опекуна, если доказано, что в момент совершения сделки гражданин не был способен понимать значение своих действий или руководить ими.

Сделка, совершенная гражданином, впоследствии ограниченным в дееспособности вследствие психического расстройства, может быть признана судом недействительной по иску его попечителя, если доказано, что в момент совершения сделки гражданин не был способен понимать значение своих действий или руководить ими и другая сторона сделки знала или должна была знать об этом.

Если сделка признана недействительной на основании настоящей статьи, соответственно применяются правила, предусмотренные абзацами вторым и третьим пункта 1 статьи 171 настоящего Кодекса.

Самым сложным моментом, с которым приходится сталкиваться при применении ст. 177 ГК РФ, является доказательство того, что гражданин в момент совершения сделки был фактически недееспособен. Наличие у него психического расстройства, иного заболевания или алкогольного опьянения сами по себе не может служить доказательствами того, что в момент совершения сделки он не мог отдавать отчет в своих действиях или руководить ими. Как правило, недостаточными доказательствами признаются одни лишь свидетельские показания. По подобным делам обычно на-

значается судебно-психиатрическая экспертиза, выводы которой далеко не всегда однозначны.

Поэтому решение должно приниматься судом с учетом всех фактических обстоятельств, к числу которых относятся все, что помогает понять, мог ли гражданин, отдающий отчет в своих действиях или способный руководить ими, совершить подобную сделку (учитывая ее характер, условия, в частности цену, личность контрагента и т.д.).

В связи с этим, при возникновении спора по вышеуказанным обстоятельствам суды, как правило, принимают решения, аналогичные следующему.

Истец АО "АЛЬФА-БАНК" обратился в Черемушкинский районный суд г. Москвы с иском по гражданскому делу № 2-8895/15 к ответчику Шеметовой Т. В. о взыскании денежных средств по кредитному договору и расходов по уплате государственной пошлины, указывая, что между сторонами было заключено соглашение о кредитовании на получение кредитной карты. Ответчик нарушила условия договора и не исполняет своих обязательств по возврату кредита, вследствие чего образовалась задолженность по кредиту и срочным процентам. Представитель ответчика Шеметов В. М. в судебном заседании пояснил, что его дочь Шеметова Т. В. на основании решения Черемушкинского районного суда г. Москвы была признана недееспособной и не имеет возможности погасить задолженность, а её временным опекуном назначен ее отец Шеметов В. М. Разрешая спор, суд с учетом требований ст.ст. 309, 310, 819 ГК РФ, исходит из того, что обязательства по договору ответчик не исполняет, задолженность ею не оплачена, проценты не погашены. Шеметова Т. В. обратилась в Банк с заявлением о выдаче кредитной карты в тот момент, когда не была еще признана недееспособной, что не лишало ее права заключать, в том числе, кредитные договоры, ответчик пользовалась кредитной картой. То обстоятельство, что в дальнейшем, после заключения кредитного договора, Шеметова Т. В. была признана решением суда недееспособной, само по себе, не является основанием для освобождения ответчика от ответственности за неисполнение кредитных обязательств. На основании изложенного суд решил:

Взыскать с Шеметовой Т. В. в пользу ОАО "АЛЬФА-БАНК" в счет погашения задолженности по соглашению о кредитовании полную сумму установленной задолженности, а также расходы по оплате государственной пошлины.

Тем самым, исходя из анализа судебной практики, можно сделать вывод, что если на момент подписания кредитного договора гражданин уже был признан недееспособным, то совершенная сделка может быть признана ничтожной по ст. 171 ГК РФ. Впоследствии чего, будут применены нормы ст. 166 ГК РФ.

Если же лицо еще не было признано недееспособным на момент заключения сделки, то необходимо будет доказать факт его неспособности понимать значение своих действий (ст. 177 ГК РФ). В противном случае суд вынесет решение о признании договора действительным с вытекающими из него условиями и последствиями.

Грандиозный резонанс акции якутского шамана

6 марта 2019 года якутский шаман Александр Габышев отправился пешком из Якутска в Москву “изгонять демона Путина”. Поначалу он шел один, по тайге, по обочинам автотрасс, ночевал в юрте или под открытым небом. Встречавшиеся по дороге люди давали ему еду и деньги, подарили тележку для перевозки скарба, некоторые присоединялись к нему, и постепенно его “отряд” превратился в небольшую сплоченную группу из 15 – 20 человек.

Судьба у Габышева была непростая, он родился в 1968 г. в небольшом якутском селе, закончил исторический факультет якутского университета, под влиянием жены принял православие. Но случилось несчастье: любимая жена заболела, а потом умерла от рака. И тогда Александр подверг себя тяжелым испытаниям: ушел в тайгу, построил часовню в память о жене, а сам жил рядом, питаясь тем, что можно было собрать в тайге. Отказался от рыбы и мяса, не принимал никаких лекарств, не встречался с людьми. Пройдя через длительную самоизоляцию и тяжелые испытания, он “очистился”, прошел период “инициации”, почувствовал себя шаманом и вернулся в обычный мир, чтобы служить людям. Три года отшельничества изменили его, он услышал голос Бога и понял, что должен освободить человечество от злых духов, главный из которых — Путин — сидит в Кремле. Свою задачу он видит в восстановлении в стране народовластия и гармонии, по возможности мирными средствами, хотя называет себя “шаман-воин”.

За полгода шаману-воину удалось пройти три тысячи километров. Но когда на его пути начали встречаться большие города, и стало понятно, что народ симпатизирует его идее, поход решили прекратить. 12 сентября 2019 года Управление ФСБ по Республике Саха (Якутия) возбудило в отношении Габышева уголовное дело о публичных призывах к экстремистской деятельности, а 19 сентября 2019 года, около 6 утра по местному времени, на административной границе Бурятии с Иркутской областью, Габышева задержали сотрудники полиции и доставили в Улан-Удэ.

20 сентября 2019 года Александру была проведена амбулаторная судебно-психиатрическая экспертиза в

Якутском республиканском психоневрологическом диспансере. Эксперты единодушно решили, что он страдает хроническим психическим заболеванием и не может понимать фактический характер и общественную опасность своих действий. Они также рекомендовали ему принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа. Надо сказать, что на тот момент Габышеву не были предъявлены обвинения, и эксперты обследовали его в статусе подозреваемого. Народ Якутии, который впитал веру в духов с молоком матери, и для которого путь шамана — это нечто священное, был возмущен таким вердиктом экспертов, да и правозащитная общественность была не согласна. Адвокаты обратились к НПА России с просьбой провести независимое освидетельствование шамана Александра. Он в это время проживал дома под подпиской о невыезде, так что пришлось лететь в Якутск.

Члены комиссии побывали в доме шамана, встретились с его друзьями и последователями, посетили этнографический музей, где увидели реконструкцию якутского жилища и познакомились с культурой и религиозными верованиями якутского народа. Следователь взял со всех подписку о неразглашении материалов дела, поэтому писать о результатах освидетельствования мы не можем, но никакой опасности в действиях Александра мы не обнаружили. Он по-прежнему живет дома, и ему до сих пор не предъявили обвинения, поскольку не получены результаты лингвистической экспертизы. Может, у правоохранительных органов хватит ума, чтобы прекратить преследование и оставить его в покое? Даже если он объявит о новом походе на Москву — а он считает, что это его миссия, — это не представляет никакой опасности, это совершенно мирный протест, а помещение в психиатрический стационар станет для него тяжелым испытанием.

Власть попала в комический тупик, словно она настолько суеверна, что боится магии и готова судить за колдовство. А между тем, аудитория “Эха Москвы” отдала 85 % голосов за присуждение Александру Габышеву Нобелевской премии мира. В самой Якутии процент его сторонников значительно выше.

“Психическая слепота”

Как иначе, чем психической слепотой, назвать недоумение по поводу отсутствия наказания полицейских по делу Ивана Голунова? За наглое открытое подбрасывание спецкорру “Медузы” наркотиков? Этот давний прием полицейской провокации был, что называется, пойман за руку, предан широкой гласности и вызвал беспрецедентный солидарный протест значительной части журналистского сообщества. Дело стало предметом пристального внимания: откуда же взялись наркотики? И куда они делись? Этот секрет полишинеля разыгрывался как в театре. Между тем, ясно, что это оперативный прием, прописанный в закрытой инструкции “для служебного пользования”, такой же, как вскрывшийся лет 10 назад относительно полицейских дубинок и других спецсредств, имеющийся во многих странах, но контрастирующий со сложившимся в нашем общественном сознании представлении об отношении власти к народу и широко обсуждавшийся в правозащитном сообществе. Наверняка, он предписывался для использования в исключительных случаях, но с тех пор нарастающий грубо солдафонский стиль управления в руках ветеранов силовых структур размыл все границы. Уж слишком удобными являются оперативные приемы такого рода. При этом не нужны наркотики. Можно ввести в ваш компьютер детскую порнографию и ославить на весь мир, как В. Буковского, можно подучить и подбросить свидетелей, как в деле Юрия Дмитриева, или объявить о сексуальных домогательствах, можно объявить своим осведомителем

путем псевдоутечки информации, можно, по рецепту Зубатова, самим зачать протест и возглавить его как в деле “Нового величия” и т.д. Наказан ли провокатор в этом деле? Он выполнил задание. Наказывается ли кто-либо за пытки, очевидность которых документируется уже три десятка лет? Остались следы? Это насекомые покусали или сам себе нанес и лжесвидетельствует. Ненаказуемость за пытки, насилие, провокации можно объяснить только наличием закрытых инструкций и спасением собственной репутации. Официальные объяснения — превышение должностных полномочий, либо оговоры, оскорбительные лжесвидетельства, за которые следует наказывать, либо психическое расстройство, сутяжный бред, требующие судебной экспертизы и лечения в психиатрической больнице или, как изящно выражался Владимир Ильич, — “в санаторий”. Хорошо известно, как заботился Гитлер о легитимизации своих аннексий и других акций. Воспроизведена операция Гляйтвиц, послужившая началу Второй мировой войны. В авторитарной системе все уровни начинают работать в одном стиле и режиме с ускорением, с определенного момента не поддающегося торможению, как многократно было в отечественной истории. Власть уже загнала себя в этот тупиковый тоннель. “Закрытые инструкции”, тем более без жестко прописанных граничных условий, сплошь и рядом — преступные инструкции, так же как принятые преступные законы, типа “закона подлецов”.

Позорная акция унижения науки

Утром 30 октября люди с автоматами и в масках по ничтожному поводу задержали Николая Колачевского, члена-корреспондента РАН и директора крупнейшего Физического института им. П. Н. Лебедева (ФИАН). В обращении Ученого совета ФИАН говорится: “Проведенная “акция устрашения”, когда институт был заполнен вооруженными людьми в масках, и его директор в течение 6 часов заблокирован в своем кабинете, а работа администрации блокирована, показывает полнейшее неуважение к сотрудникам старейшего научного центра России. Создается впечатление, что правоохранительные органы просто не отдают себе отчет о последствиях своих действий, в результате которых Институту нанесен колоссальный репутационный ущерб, а сами правоохранительные

органы дискредитированы в глазах научной общест-венности. Невозможно представить, что такое могло бы произойти в какой-либо цивилизованной стране, в которой правоохранительные органы занимаются настоящими, а не выдуманными проблемами”. “Судя по всему, нужен был факт обыска, а не его результаты — это весьма популярный ныне элемент террора. Зачем им директор ФИАНа? Тут много версий: заказ конкурентов, перспектива отъема территории, рэкет, охота на ведьм, звездочки на погоны, упоение властью. Тут приятнее жертва покрупнее. Но важны не мотивы, а факт: распоясавшиеся силовики, эти новые опричники наносят такой ущерб стране, какой не в состоянии нанести никакие санкции” (Б. Штерн).

Кошунство в двухстах шагах от Кремля

Элитный парфюмерный бутик с модным домом, рестораном, кондитерской и винным погребком планируется в знаменитом “расстрельном доме” на Никольской 23. Здесь избитым и пытаным на соседней Лубянке Высшей коллегией Верховного суда СССР за 10 – 15 минут выносился смертный приговор, медленно приводимый в исполнение в подвалах этого дома. Здесь приговорены к расстрелу Борис Пильняк,

Исаак Бабель, Всеволод Мейерхольд, Николай Кондратьев, Николай Бухарин, Михаил Тухачевский, 13 командармов, 25 наркомов, более 100 профессоров, более 300 директоров предприятий. Из более 30 тысяч уничтоженных только в Москве, здесь расстреляно 7408 человек. Подобные сведения до сих пор еще не поколебали распространённое мнение, что жестокость — признак психического расстройства.

Выборы в Российскую академию наук

Три года назад в члены-корреспонденты РАН избрали предпринимателя Олега Эпштейна, основателя и директора крупной компании, производящей “стыдливую гомеопатию”, — препараты, которые не содержат действующего вещества, но и гомеопатическими не называются. Поэтому нередко люди покупают их по ошибке. Если “гомеопатия” — широко известный маркер лженауки, то новая “релиз-активность” (та самая “стыдливая гомеопатия”) — слово, мало кому известное. Это и позволило Олегу Эпштейну выдать свои антинаучные заслуги за научные... Но если статьи отозвать можно (хоть и сложно), то отозвать членство в РАН — никак. На этот раз по общему признанию прошедшие выборы были самыми прозрачными в современной истории РАН. Списки кандидатов были обнародованы заранее, были опубликованы два доклада комиссий РАН — по борьбе с лженаукой и по противодействию фальсификации научных исследований. В докладе комиссии по фальсификации содержались сведения о 56 кандидатах: у некоторых были списаны собственные диссертации, другие были руководителями и/или неоднократными оппонентами списанных диссертаций. Доклад был опубликован на сайте комиссии и разослан руководителям отделений РАН. В докладе комиссии по лженауке были перечислены 6 кандидатов: двое совсем

анекдотических (автор работы о переселении душ у крыс и автор статей про православную систематику), четверо — засветившихся в статьях по релиз-активным препаратам. Только 14 кандидатов из 56 упомянутых в докладе были рекомендованы экспертными комиссиями отделений РАН к избранию.

После выхода докладов развернулась настоящая информационная война. ВКонтакте за деньги зарепо-стили статью о том, что выборами в Академию пытаются управлять из Госдепа..., написали, что комиссии РАН используют методы “черного пиара”, что система “Диссернет” разрушает РАН изнутри, что один из основателей “Диссернета” Сергей Пархоменко живет в США, что председатель комиссии академик Василев, во-первых, математик “не от мира сего”, а во-вторых, был осужден по административному делу (он был осужден к уплате штрафа за участие в “несанкционированном митинге” и “сопротивлении полиции”). И так с десяток текстов, похожих друг на друга.

Из 62 людей с нарушениями прошли только шесть. Не прошел и Сергей Судаков, автор статьи про “бесконтактную передачу приобретенной информации от умирающего субъекта к зарождающемуся”. Это грандиозный успех “Диссернета”.

М. Гельфанд, А. Панчин

Круглый стол в Совете Федерации

26 ноября в Совете Федерации состоялся круглый стол на тему **“Правовые гарантии оказания психиатрической помощи в Российской Федерации”**. Организатором мероприятия выступил Комитет по конституционному законодательству и государственному строительству”, возглавляемый известным сенатором, автором многих одиозных законов А. А. Клишасем. Вопросы, предложенные для обсуждения,

были достаточно разнообразны и охватывали широкий круг проблем. Тут и “гарантии соблюдения конституционных прав граждан при оказании психиатрической помощи, а также при рассмотрении дел о признании лица недееспособным”, и “правовые основания и процедура госпитализации в психиатрический стационар в добровольном и недобровольном порядке, и “юридическая ответственность за незаконную госпитали-

зацию в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях” и др. Однако, судя по подготовленным к круглому столу материалам, обсуждать предполагалось немного другое: тут и история создания Закона о психиатрической помощи и его изменения в течение более чем 25 лет, и общестатистические данные об изменении структуры психиатрической службы, из которых мы узнали, что за последние 10 лет количество психиатрических больниц в стране уменьшилось на 27,7 %, психоневрологических диспансеров на 50,8 %, коечный психиатрический фонд сократился на 17,2 %, общее число врачей-психиатров уменьшилось на 10,6 %, а психотерапевтов на 25,4 %. При этом, как утверждают руководители нашей психиатрической службы, у нас также сократился уровень общей и первичной заболеваемости, произошел переход на вне-стационарные формы обслуживания, и “эксперты ВОЗ признали, что нигде в мире нет такой развитой амбулаторной службы психиатрической помощи, как в Москве”. Вот только люди почему-то не хотят идти в эту амбулаторную службу, предпочитают лечиться у частных психиатров или вовсе обходиться без терапии, и в результате растет уровень инвалидизации вследствие психического расстройства. Главный психиатр Москвы и главный врач КПБ №1 им. Н. А. Алексеева Г. П. Костюк видит выход из этого положения в том, чтобы разрешить врачам общей практики оказывать психиатрическую помощь. Вот уже и лицензия на образовательную деятельность получена по программам высшего образования, и уже 500 врачей общей практики прошли 18-часовой (!) спецкурс, получили диплом о дополнительной профессиональной подготовке в больнице им. Алексеева, и “смогут лучше понимать психиатрические проблемы пациентов уже на законном основании”.

В общем, поговорить было о чем.

На круглый стол было приглашено 90 человек, в том числе руководители многих психиатрических больниц и диспансеров, сотрудники научно-исследовательских институтов, представители органов законодательной и исполнительной власти и неправительственных организаций. Конечно, не все смогли приехать, но в зале буквально яблоку упасть было не-

где, и стулья были расставлены не только за столом, но и по периметру большого зала. На все про все было выделено два часа, регламент выступлений — 5–7 минут, что останется — на обсуждение. Однако каждый из выступающих полагал, что его выступление самое важное и не ограничивал себя во времени. Представители НКО говорили о реальных проблемах, с которыми они сталкиваются каждый день: массовых признаниях граждан недееспособными (новый тренд — с 14 (!) лет) и практической невозможности восстановить дееспособность, необходимости сопровождаемого проживания, принятия законов о Службе защиты прав пациентов и распределенной опеке и т.п., психиатры — о том, что назрела необходимость принять новый концептуальный аппарат для Закона о психиатрической помощи, об уголовных преследованиях врачей-психиатров (в последнее время было два случая), о необходимости переместить психиатрическую помощь на уровень первичной медицинской сети и внести соответствующие изменения в закон и т.п. Представитель НПА России Л. Н. Виноградова говорила о коллизии законов, возникшей после принятия Кодекса административного производства, касающейся права гражданина лично присутствовать в суде по вопросу его недобровольной госпитализации. Однако, обсудить это не удалось. К концу второго часа еще не все записавшиеся успели выступить, и времени на обсуждение совсем не осталось.

Таким образом, круглый стол оказался довольно бессмысленным: каждый говорил о своем, никакого обсуждения не получилось. Даже ведущая — член Комитета Совета Федерации по конституционному законодательству и государственному строительству, доктор юрид. наук, заслуженный юрист России И. В. Рукавишникова — вынуждена была признать, что выступающие далеко вышли за рамки заявленной темы и объявила, что следующий круглый стол будет посвящен защите прав медицинских работников.

В общем, сенатор А. А. Клишас поставил себе очередную галочку, а участники потеряли кучу времени, а кое-кто и денег, поскольку приехали издалека. Правда, всем было предложено присылать свои предложения в резолюцию.

ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ТВОРЧЕСТВО

Франсиско Гойя — Сальвадор Дали

Капричос — это особый жанр искусства на рубеже XVI – XVII веков, созданный Жаком Калло в 1617 г., представляющий капризы причудливой фантазии с приоритетом игры воображения, что конституировало графику наравне с живописью. В конце 1700-х годов Гойя создает самый знаменитый цикл из 80 листов этого жанра, а спустя более 200 лет Дали дал свою версию. Художественные произведения часто полифоничны и



Капричос. Гойя. Лучше уж бездельничать

многозначны. Достраивая и переиначивая смысл серии Капричо Гойи, Дали прихотливо разнообразен. Приведенные комментарии привнесенных им изменений словно нарочито неудачны. На приводимом здесь офорте 73 Дали превращает клубок пряжи в руках молоденькой мечтательницы в отрезанную голову, но явно не Олоферна, как сказано в комментариях, а Иоанна Крестителя. А на голове блудливо смотрящего на нее старика колпак в виде спирохеты — устрашающее клеймо той эпохи. Это заразный покупатель, игнорирующий опасность, которую несет, либо деланно наивная искусительница, подсовываемая хозяйкой, плетущей их судьбу. А спирохета и отрубленная голова — невидимы. И все это — нерасторжимое целое.



Капричос. Дали. В три часа ночи и в другое время

Психиатрия в литературе: “Дом сумасшедших” А. Ф. Воейкова

С. В. Мотов¹, В. В. Мотов²

В начале XIX века в петербургских и московских литературных кругах шла активная дискуссия в отношении того, каким должен быть русский литературный язык: следует ли его “европеизировать”, что делали Н. М. Карамзин и “Арзамасы”, либо охранять от иностранного вторжения, за что стояли А. С. Шишков и члены “Беседы любителей русского слова”. Литературная борьба между ними порой переходила в настоящую литературную войну. Использовалось разное “оружие”, даже психиатрия. “Арзамасец” А. Ф. Воейков, в своей сатире в стихах “Дом сумасшедших”, посадил своих недругов и некоторых из друзей в “желтый дом”, дав мастерски написанные насмешливо-язвительные характеристики первым и забавные вторым.

Ключевые слова: “Дом сумасшедших” Воейкова, Карамзин, А. С. Шишков, литература XIX века, психиатрия в литературе.

Блестящий образец неофициальной русской литературы начала XIX века — сатирическая поэма Александра Федоровича Воейкова “Дом сумасшедших” не предназначалась автором для печати, и впервые была опубликована лишь в 1857 г., через 18 лет после его смерти. В “Доме” все нестандартно: и содержание (автор посадил известных в то время российских писателей и чиновников от просвещения в сумасшедший дом), и язык (мастерский, язвительный), и то, что, не будучи изданной, была известна и обсуждалась современниками, — с восхищением, либо негодованием.

Новаторы и архаисты

В начале XIX века в русской литературной среде шла активная полемика между двумя направлениями. Лицом первого был Николай Михайлович Карамзин (1766–1826), второго — Александр Семенович Шишков (1754–1841).

Карамзин писал легким, изящным, “европеизованным” языком, резко отличающимся от “классического”, торжественно-витиеватого и тяжеловесного языка Ломоносова, считавшегося в то время образцом для сочинителя: “До него не было у нас иного слога, кроме высокопарного или площадного; он изобрел новый, благородный и простой, и написал им путешествие свое за границу и пленительные повести, кои своею новостью так приятно изумили Россию. Можно сказать, что он же создал и разговорный у нас язык и был основателем новой школы, долго поддерживавшей лучшие правила в литературе” [1].

¹ Аспирант университета Колорадо в Боулдере, США; ассистент кафедры иностранных языков и профессионального перевода Тамбовского государственного университета им. Г. Р. Державина.

² Врач-психиатр, зав. отделением ГБУ ПНИ № 13 ДТЭСЗН г. Москвы.

Между тем, в 1803 г. вышла книга “Рассуждение о старом и новом слоге Российского языка”, автором которой был А. С. Шишков, будущий Государственный секретарь, министр народного просвещения и Президент Академии Российской. По мнению Шишкова, в литературе получает преобладание “странный и чуждый понятию и слуху нашему слог”. Как следует из его рассуждений, писатели “безобразят” русский язык, во-первых, введением в него таких иностранных слов, как “моральный, эстетический, эпоха, сцена, гармония, акция, энтузиазм, катастрофа и тому подобных”; во-вторых, делая из русских слов нерусские, “как например: вместо будущее время, говорят *будущность*; вместо настоящее время, *настоящность* и проч.”; в-третьих, переводят французские слова дословно, игнорируя разницу русских и французских традиций, культуры. “Например: *influence* переводят влияние, и несмотря на то, что глаголь *вливать* требует предлога *в*: *вливать вино в бочку, вливает в сердца ей любовь*, располагают нововыдуманное слово сие по Французской Грамматике, ставя его по свойству их языка, с предлогом *на*: *faire l'influence sur les esprits, делать влияние на разумы*”. Источник всего этого Шишкову видится в образе воспитания: “ибо какое знание можем мы иметь в природном языке своём, когда дети знатнейших бояр и дворян наших от самых юных ногтей своих находятся на руках у французов, прилепляются к их нравам, научаются презирать свои обычаи, нечувствительно покупают весь образ мыслей их и понятий, говорят языком их свободнее нежели своим, и даже до того заражаются к ним страстием, что не токмо в языке своём никогда не упражняются, не токмо не стыдятся не знать оно, но еще многие из них сим пустынейшим из всех невежеством, как бы некоторым украшающим их достоинством, хвастают и величаются” [2].

По меткому замечанию Ф. Ф. Вигеля, “никто в этом не заметил необыкновенной странности. Новенький Петербург, полунемецкий город, канал, чрез который втекала к нам иностранная словесность и

разливалась по всей России, воевал со старою Москвою за пренебрежение к древнему нашему языку, за порчу его, искажение, за заимствование слов из языков западных” [3].

В 1810-х годах объединившиеся вокруг Шишкова “архаисты” (Державин, Крылов, Шаховской, Ширинский-Шихматов, Хвостов и др.) создали группу под названием “Беседа любителей русского слова”. “Карамзинисты” (Жуковский, Блудов, Уваров, А. И. Тургенев и др.) в свою очередь, объединились в “Арзамасское общество безвестных людей” или “Арзамас”.

Воейков

Автор “Дома сумасшедших” Александр Федорович Воейков (1778 или 1779 – 1839), бывший другом Жуковского и женившийся на его племяннице — Александрине Протасовой, — той, которой посвящена поэма Жуковского “Светлана”, был принят в “Арзамас” по рекомендации Жуковского. “Одного только члена, предложенного Жуковским, неохотно приняли... Он был мужиковат, аляповат, неблагороден... Да какое неуклюжество не простил бы я, кажется, за ум; а в нем было его очень много. В душе его не было ничего поэтического, и стихи, столь отчетливо, столь правильно им написанные, не произвели никакого впечатления, не оставили никакой памяти даже в литературном мире. Лучшее произведение его был перевод “Делиллевых садов”. Как сатирик имел он истинный талант; все еще знают его “Дом сумасшедших”, в который поместил он друзей и недругов: над первыми смеялся очень забавно, последних казнил без пощады”, пишет хорошо знавший Воейкова Ф. Ф. Вигель [4].

В. В. Вересаев рассказывает следующую историю: “В 1820 г. приехал в Дерпт [Воейков в 1815 – 1820 гг. преподавал русскую словесность в Дерптском университете] вновь назначенный попечитель университета, князь К. А. Ливен. Профессора явились представиться ему. Каждому из представлявшихся он передавал по какой-то бумаге, приговаривая: “Вот донос на Вас”. Подошел Воейков, Ливен побледнел и закричал: Вон отсюда! Господа, все эти гнусные доносы написаны этим мерзавцем. Убирайся!”. Воейков подал в отставку и писал Жуковскому: “Как благородный человек, я не смог снести гласного оскорбления и принужден выйти. Я писал не доносы, а благонамеренные советы” [5]. Тот же Вересаев, приводит далее слова И. С. Тургенева о Воейкове: “хромоногое и как бы искалеченное, полуразрушенное существо, с повадкой старинного подьячего, желтым, припухлым лицом и недобрый взглядом черных крошечных глаз” [6].

Е. К. Колбасин, имевший доступ к архиву и дневникам Воейкова, писал: “Редко кто из прежних писателей был поставлен в такое счастливое положение, как Воейков. Жуковский, человек чрезвычайно обра-

зованный, всегда завидовал его обширным сведениям и в этом отношении, быть может, только один Карамзин, работавший над собою постоянно, был выше Воейкова. Пансиону ли он тем был обязан [закончил Московский пансион с золотой медалью] или же, — хотя это вероятнее, — самому себе, решить довольно трудно...” [7]. Отмечая остроумие, живость ума Воейкова, Колбасин описывает его человеком пылким, не способным систематически работать, уклончивым, льстивым, слабым, бесхарактерным. Однако приводимая самим же Колбасиным следующая выдержка из дневника Воейкова вряд ли согласуется с утверждением о бесхарактерности и слабости: “Неистовый и гнусный Б” написал ко мне вызов на дуэль. Я отвечал, что готов и что он может явиться к Вас. Алек. Пер., которому скажу условия дуэли. Вот они: из двух пистолетов один должен быть заряжен пулею, другой не заряжен. По жребию выбирать и, приставив к груди, стрелять. Я не люблю шуток...” [8]. На вопрос о том, что заставило Воейкова написать “Дом”, у Колбасина есть ответ. По его мнению, причиной явилось следующее обстоятельство: Жуковский, Батюшков и Глинка, бывшие во время наполеоновского нашествия в рядах русской армии, начинали уже получать известность как литераторы. Карамзин составил себе имя как поэт, беллетрист и историк. Воейков же находился в том же положении, что и в начале XIX столетия: “Сатира к Сперанскому” была написана в 1805 г.; перевод “Истории царствования Людовика XIV” — в 1808 г., а между тем ему было уже 37 лет. “Злое чувство желчи, зависти и немошного бессилия, заговорило в нём. Это не совсем хорошее в основе чувство спасло его и сделало литератором.... Имея 39 лет на своих плечах и никакой славы позади, опечаленный Воейков, в 1814 году, 17 марта, написал первые знаменитые свои стихи:

*“Други милые, терпенье!
Расскажу вам чудный сон.
Не игра воображенья,
Не случайный призрак он:
Нет, то мщенью предыдущий
И грозящий неба глас,
К покаянию зовущий
И пророческий для нас”.*

Стихи эти вытекли прямо из душевного настроения поэта. Они-то и послужили первым основанием к его известной сатире: “Дом Сумасшедших”. В этом же, 1814 году, Воейков окончательно отделал первоначальную редакцию своей сатиры и пустил ее в свет. Как умный человек и тонкий критик, он чувствовал, что сатира эта приобретёт только тогда свое значение, если он постарается придать ей широкие размеры, — размеры общественного порицания. Он так и сделал. Успех превзошёл его ожидания. Мерзляков, Жуковский, Карамзин, Батюшков — все должны были попасть в список жертв этой блестящей карикатуры. В

обществе раздался страшный шум, крик и негодование, — но имя Воейкова уже было сделано” [9].

Дом сумасшедших и его обитатели

Начало работы над “Домом” датируется 1814 г. на основании свидетельств самого автора. Выделяют четыре редакции текста: 1-я — 1814 – 1817 гг., 2-я — 1818 – 1822 гг., 3-я — 1826 – 1830 гг., 4-я — 1836 – 1838 гг. [10].

В данной статье мы рассмотрим только первую редакцию. Сюжет поэмы начинается с того, что, возвратившись вечером после встречи с друзьями домой, персонаж Воейкова принимается за растопку камина. Чем? Стихами. Чьими? Кутузова, Глинки и Мерзлякова. Несколько слов об этих авторах. “Кутузов” — это П. И. Голенищев-Кутузов (1767 – 1829) — литературный враг Карамзина, поэт, писавший, преимущественно, торжественные оды на разные случаи, переводчик Пиндара, Сафо, Гесиода, сенатор, попечитель Московского университета. [11]. “Глинка” — С. Н. Глинка (1776 – 1847) — автор множества патристических поэм, пьес и повестей в стихах. “Мерзляков” же — это А. Ф. Мерзляков (1778 – 1830) — поэт, критик, профессор красноречия и поэзии в Московском университете. Среди его слушателей и учеников были Вяземский, Тютчев, Лермонтов. Написал несколько известных песен на народные мотивы (“Среди долины ровные...”, “Не липочка кудрявая...”, “Чернобровый, черноглазый...” и др.) [12].

Надышавшись дымом от “едкой смеси” сжигаемых стихов, Воейков “крепко и приятно” засыпает и дальнейшее происходящее есть описание его сна. Но почему сон? Почему не делирий, не галлюцинации или бред, которых скорее можно было бы ожидать у человека, надышавшегося “едкой смеси”? Почему не “крепко и приятно я взбреднул”? В платоновском “Федре” Сократ утверждает, что из сумасшествия или умопомрачения (*madness*) (в русском переводе Федра А. Н. Егунова, 1989 г. употреблён термин “иступленность”) проистекают величайшие блага, поясняя, что он имеет в виду сумасшествие, как божий дар. “Потому прорицательница в Дельфах и жрицы в Додоне, будучи в состоянии умопомрачения, даровали Греции множество удивительно полезного как в личных, так и в общественных делах, но мало либо вообще ничего, находясь в здравом уме... Стоит потратить время и привести в качестве факта то обстоятельство, что люди, жившие до нас и придумывавшие названия, полагали, что сумасшествие не являлось ни постыдным, ни позорным; в противном случае они бы не соединили слово мания с благороднейшим из искусств — предсказанием будущего, называя его маниакальным искусством... В свою очередь, третий вид одержимости и сумасшествия происходит от Муз. Они овладевают нежной и чистой душой, возбуждают ее и вдохновляют на создание песен и поэзии, и, таким об-

разом, украшая бесчисленные деяния древних, представляют потомков. Но тот, кто подходит к дверям Муз без божественного безумия, уверенный, что станет хорошим поэтом лишь благодаря мастерству, не достигнет успеха: поэзия здравого исчезнет в небытии перед поэзией вдохновлённых безумцев” [13]. Между тем, восприятие душевного заболевания, “сумасшествия” во времена Воейкова отлично передается следующими стихами А. С. Пушкина:

*Не дай мне Бог сойти с ума,
Нет, легче посох и сума;
Нет, легче труд и глад...*

*... сойди с ума,
И страшен будешь как чума,
Как раз тебя запрут,
Посадят нам цепь дурака
И сквозь решётку как зверка
Дразнить тебя придут [14].*

Описывая страх перед тяжелой болезнью, в том числе психической, в своей книге “Болезнь как метафора”, Сюзан Зонтаг пишет: “Всякая болезнь, с которой обращаются как с загадкой, вызывающей сильный страх, будет ощущаться морально, если не буквально, заразной... В XIX веке представление, что болезнь подходит характеру человека, как наказание грешнику, было заменено представлением, что болезнь — это выражение характера человека” [15]. Развивая свою мысль, автор отмечает, что “Любая серьезная болезнь, причина которой неясна, а лечение неэффективно, имеет тенденцию представляться гораздо более значимой. Во-первых, с такой болезнью ассоциируется всеохватывающий страх разрушения, упадка сил, загрязнения, потери жизненных ориентиров, слабости. Болезнь сама становится метафорой. Затем, из-за такой “метафоризации” болезни, ужас переносится на другие области. Болезнь становится адъективированной. Когда что-то называют подобным такой болезни, это означает, что это что-то воспринимается отвратительным или уродливым” [16].

Возвратимся, однако, к сюжету “Дома сумасшедших”. В своем сне рассказчик идет в Петрограде через Обухов мост и входит в “Желтый дом”, который, по свидетельству Dr. Keizer (1821) выглядел следующим образом: это была часть Обуховской больницы, состоящая из двухэтажного каменного строения, имеющего 72 метра в длину и 20 в ширину. На каждом этаже по 15 камер. В каждой — окно с железной решеткой, деревянная, прикрепленная к полу кровать с ремнем для привязывания беспокойных пациентов. Постель: соломенный тюфяк, простыня и шерстяное одеяло с двумя подушками, набитыми волосом. Прикрепленный к полу стол, наподобие сундука, и при нем место, где можно сидеть, изразцовая печь между каждыми двумя комнатами. Над дверями полукруглое отверстие для сообщения с коридором. В дверях маленькие отверстия, чтобы можно было присмат-

ривать за больными, находящимися в комнатах. В нижнем этаже помещались беспокойные, в верхнем спокойные пациенты. Средства для контроля беспокойных состояли из ремня в 5 см шириной и 1 м 42 см длины, которым связывали ноги, и смирительных жилетов с узкими рукавами из парусины, длиной в 2,13 м для привязывания ими рук больного вокруг тела [17]. Проходя через зал больницы, Воейков видит надпись над дверью:

*“Сей отдел —
Прозаистам и поэтам,
Журналистам, авторам,
Не по чину, не по летам,
Здесь места по нумерам”* [10, строфа 6].

Первый пациент, из встреченных там Воейковым — это профессор Московского университета, филолог и историк М. Т. Каченовский (1775 – 1842):

*Двери настежь Надзиратель
Отворя мне говорит:
“Нумер первый — ваш приятель,
Каченовский здесь сидит,*

*Букву “э” на эшафоте
С торжеством и пеньем жжет,
Ум его всегда в работе:
По крюкам стихи поет*

*То кавыки созерцает,
То обнюхивает гниль,
Духу роз предпочитает,
То сметает с книжиц пыль*

*И в восторге, восклицая,
Набивает его рот:
“Сор славянский, пыль родная!
Слаще ты, чем мед и сот!”* [10, строфы 7 – 8].

Каченовский известен тем, что считал “Слово о полку Игореве” поздней подделкой, и вся древняя русская история, в его понимании, есть миф, басня, потому что источники этой истории, по его мнению, были подделаны не ранее 13 века. Он пытался реформировать русский алфавит, приблизив его к греческому, в частности уничтожив букву “э”, потому у Воейкова он “букву “э”...с торжеством и пеньем жжет”. Фраза: “по крюкам стихи поет” содержит непонятное современному читателю в данном контексте слово “крюки”. “Крюки” здесь — древнерусское нотное письмо. Крюковые знаки состояли из чёрточек, точек и запятых. Крюками указывалось направление движения мелодии, относительный ритмический рисунок и звуковые акценты [18].

В литературной жизни Каченовский вёл активную борьбу с обществом “Арзамас”, считался образцом мелочного, завистливого критика. А. С. Пушкин написал на него несколько эпиграмм, в том числе и такую:

*Клеветник без дарованья,
Палок ищет он чутьем,
А дневного пропитанья
Ежемесячным враньем* [19].

Следующим в списке постояльцев “Дома сумасшедших” значится сентименталист князь П. И. Шаликов (? – 1852):

*Вот на розовой цепочке
Спичка Шаликов в слезах,
Разрумяненный, в веночке,
В ярко-планжевых чулках* [10, строфа 9].

Описывая князя Шаликова, Ф. Ф. Вигель отмечает, что “еще при Павле писал он и печатал написанное. Как во дни терроризма, под стук беспрестанно движущейся гильотины, французские поэты воспевали прелести природы, весны, невинную любовь и забавы, так и он в это время, среди общего испуга, почти один любезничал и нежничал. Его почти одного только было и слышно в Москве, и оттого-то, вероятно, между не весьма грамотными тогда москвичами пользовался он особенным уважением. Мне сказывал Загоскин, что во время малолетства случалось ему с Родителями гулять на Тверском бульваре. Он помнит толпу, с любопытством, в почтительном расстоянии идущую за небольшим человечком, который то шибко шел, то останавливался, вынимал бумажку и на ней что-то писал, а потом опять пускался бежать. “Вот Шаликов, — говорили шепотом, указывая на него, — и вот минуты его вдохновения”. У него видели манеру Карамзина и почитали будущим его преемником” [20]. Князь Шаликов не остался в памяти потомков несмотря на нестандартность некоторых его поэтических образов, например:

*“И ножка женщины, конечно,
не хуже головы мужской...”* [21].

В “Доме сумасшедших” Шаликов ведет себя достаточно мирно:

*Прижимая венчик страстно,
Кличет граций здешних мест
И, мяуча сладострастно,
Размазю без масла ест.*

[10, продолжение строфы 9].

Подобного нельзя сказать о “шишковисте” П. И. Голенищеве-Кутузове (1767 – 1829) свирепом литературном и политическом противнике Карамзина, писавшем на него и сатиры, и доносы. Отражая темпераментность этого государственного деятеля, Воейков наделяет его чертами “буйнопомешанного”:

*Бюст грызет Карамзина,
Пена с уст течет ручьями,
Кровью грудь обагрена.
Но напрасно мрамор гложет,
Только время тратит в том,*

*Он вредить ему не может
Ни зубами, ни пером [10, строфа 17].*

Помимо Голенищева-Кутузова, надзиратель представляет Воейкову и уже упоминавшегося поэта С. Н. Глинку. Патриотическое увлечение Глинки доходило до признания “Athalie” Расина украденной из русского Стоглава (сборника церковных и светских правил России 1551 г.), а “Андромахи” — подражанием “Погребению кота”, известной старой русской лубочной картинки [22].

*Номер третий: на лежанке
Истый Глинка восседит.
Перед ним дух русский в склянке
Нераскупорен стоит,
Книга кормчая отверста,
И уста отворены,
Сложены десной два перста,
Очи вверх устремлены [10, строфа 10].*

По свидетельству Ф. Ф. Вигеля, “Глинка был истинный патриот, без исключения превозносил все отечественное, без исключения поносил все иностранное. Пусть ныне смеются над такими людьми: я люблю их непреклонный характер целиком” [23]. Потому перед ним и “Дух русский в склянке” и “Книга Кормчая (древнерусский сборник правил церковного устройства) отверста” и “сложены десной (правой рукой) два перста”, отражающие старообрядческий способ перстосложения правой руки для крестного знамения.

Далее поэма знакомит нас с стихотворцем и сенатором Д. И. Хвостовым (1757 – 1835)

*“Ты ль Хвостов? — к нему вошедши,
Вскликнул я. — Тебе ль здесь быть?
Ты дурак — не сумасшедший,
Не с чего тебе сходить”. [10, строфа 12].*

Однако Воейков не был единственным, кто нелепно отзывался о Дмитрие Ивановиче. Ему вторит и князь Вяземский: “Хвостов сказал: “Суворов мне родня, и я стихи плету”. “Полная биография в нескольких словах, — заметил Блудов, — тут в одном стихе все, чем он гордиться может, и стыдиться должен” [24].

Наконец, среди упомянутых выше авторов, в “Доме сумасшедших” мы видим и самого их идейного вдохновителя — А. С. Шишкова, окруженного церковнославянскими атрибутами: фита, кси, ик, пси (буквы старорусского алфавита), староверскими книгами, стихами Тредьяковского, известного прежде всего введением гекзаметра в арсенал русских стихотворных размеров:

*Здесь старик с лицом печальным
Букв славянских красоту
Мажет золотом сусальным
Пресловутую фиту.
И на мебели повсюду
Коронованное кси,*

*Староверских книжиц груду
И в окладе ик и пси,
Том в сафьян переплетенный
Тредьяковского стихов
Я увидел, изумленный,
И узнал, что то Шишков
[10, строфы 13 – 14].*

“Дом сумасшедших” Воейкова стал отчасти и пророческим произведением. Так, один из пациентов в поэме, Константин Николаевич Батюшков (1787 – 1855) — поэт с чистым, блестящим образным языком — воплотил это “пророчество” наяву. В “Доме сумасшедших” же он описывается такими словами:

*Чудо! Под окном на ветке
Крошка Батюшков висит
В светлой, проволочной клетке,
В баночку с водой глядит,
И поет певец согласный:
“Тих, спокоен сверху вид,
Но спустись туда — ужасный
Крокодил на дне лежит”. [10, строфа 22].*

Ю. И. Айхенвальд называл Батюшкова “певцом сладострастия” ... “И даже слово это было для него излюблено. Он радовался молодости и страсти, любил вдыхать в себя от каштановых волос тонкий запах свежих роз и безуданно пел о том, как сладко венки на волосах каштановых измять и пояс невзначай у девы развязать... Между сладострастьем и печалью он не признавал ничего среднего: либо жизнь подавлена, либо она протекает на высоте своей напряженности... Для русской литературы Батюшков умер почти на тридцать пять лет раньше своей физической смерти: в 1821 году он стал обнаруживать признаки душевного недуга, который все возрастал и, наконец, перешел в беспросветное безумие” [25]:

*“Тих, спокоен сверху вид,
Но спустись туда — ужасный
Крокодил на дне лежит”.
[10, продолжение строфы 22].*

Это трёхстишие, приводимое Воейковым в характеристике Батюшкова, — слегка переделанная предпоследняя строфа стихотворения самого Батюшкова “Счастливец”:

*Сердце наше — кладезь мрачный:
Тих, покоен сверху вид,
Но спустись ко дну... ужасно!
Крокодил на нем лежит! [26].*

Будучи утомленным встречей со многими своими знакомыми, оказавшимися в “желтом доме”, Воейков намеревается поскорее уйти. Однако на пороге его останавливает зритель:

*“Рады вы или не рады,
Но указ уж получен:*

*Вам нельзя отсель ни пяди”,
И указ тотчас прочтен:
“Тот Воейков, что Делила
Столь безбожно исказил,
Истерзать хотел “Эмиля”
И Вергилию грозил,
Должен быть как сумасбродный
В цепь посажен в желтый дом;
Темя всё обрить сегодня
И тереть почаще льдом”.*

*Прочитав, я ужаснулся,
Хлад по жилам пробежал,
И, проснувшись, не очнулся,
И не верил сам, что спал.
Други, вашего совету,
Без него я не решусь:
Не писать — не жить поэту,
А писать читать — боюсь*

[10, строфы 25 – 27].

Описывая влияние “Дома сумасшедших” на современников, Колбасин отмечает, что “сатира Воейкова быстро разнеслась по всей грамотной России, от Зимнего дворца до темной квартиры бедного чиновника она ходила в рукописных, по большей части, искажённых списках. Не появляясь нигде в печати, она тем более выигрывала в глазах публики. Успех ее можно сравнить разве только с успехом гоголевского “Ревизора” в первое время. Молодежь и литераторы превозносили Воейкова до невероятности; старцы и законстенившие педанты бранили ее с пеной у рта. Успех, следовательно, был полный. Выигрыш, конечно, склонился на сторону автора. Его, хотя и наивно, но чистосердечно сравнивали с Ювеналом, о частной его жизни рассказывали анекдоты, ему от души кланялись в пояс, он сразу овладел общим вниманием. Вряд ли сам Пушкин, при жизни испытывал такое бурное, восторженное поклонение, какое выпало на долю Воейкова после распространения его сатиры” [28].

В заключение заметим, что начатая Воейковым тема нашла свое продолжение: Н. М. Языков написал “Дом сумасшедших в Дерпте”, а Е. П. Ростопчина — “Дом сумасшедших в Москве в 1858 г.”. И если языковский “Дом” — короткое, неоконченное стихотворение, не идет в сравнение с написанным Воейковым, то сатирическая поэма Ростопчиной, уступая Воейковской (в особенности 2-ой, 3-ей и 4-ой редакциям) в красочной язвительности языка, кое-где (например, в изображении Тютчева) превосходит ее в мастерстве психологических характеристик персонажей.

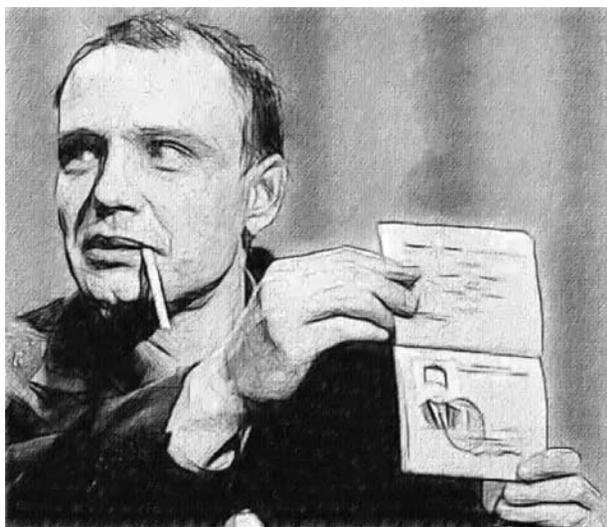
ЛИТЕРАТУРА

1. Вигель Ф. Ф. “Записки” (под редакцией С. Я. Штрайха) Захаров, М.: 2000 http://az.lib.ru/w/wigelx_f_f/text_1856_zapiski.shtml. (доступно 30.09.2019).
2. “Собрание сочинений и переводов адмирала Шишкова Российской Императорской Академии Президента и разных ученых обществ члена”. СПб., 1824. Ч. II. http://az.lib.ru/s/shishkow_a_s/text_1803_rassuzhdenie_o_starom.shtml (доступно 30.09.2019).
3. Вигель Ф. Ф. “Записки”... http://az.lib.ru/w/wigelx_f_f/text_1856_zapiski.shtml. (доступно 30.09.2019).
4. Ibid.
5. Вересаев В. В. В сборнике: “Пушкин в жизни. Спутники Пушкина. Александр Федорович Воейков” <https://document.wiki/reading.ru/41128> (доступно 30.09.2019).
6. Ibid.
7. Колбасин Е. Воейков, съ его сатирую “Домъ сумасшедших”. Литературные дѣтели прежняго времени. САНКТ-ПЕТЕРБУРГЪ. Издание книжнаго магазина А. И. Давыдова. 1859. http://az.lib.ru/k/kolbasin_e_j/text_0030oldorfo.shtml (доступно 30.09.2019).
8. Ibid.
9. Ibid.
10. Воейков А. Ф. Стихотворения. Дом сумасшедших. Другие редакции и варианты. Редакция 1 (1811 – 1817) http://az.lib.ru/w/woejkow_a_f/text_0060.shtml (доступно 30.09.2019).
11. Голенцев-Кутузов, Павел Иванович // Энциклопедический словарь Брокгауза и Ефрона: в 86 т. (82 т. и 4 доп.). — СПб., 1890 – 1907.
12. http://hrono.ru/biograf/bio_m/merzlyakov_af.ph (доступно 30.09.2019).
13. Plato. Plato in Twelve Volumes, Vol. 9 translated by Harold N. Fowler. Cambridge, MA, Harvard University Press; London, William Heinemann Ltd. 1925.
14. Пушкин А. С. “Не дай мне бог сойти с ума...” (1833) <https://ilibrary.ru/text/771/index.html> (доступно 30.09.2019).
15. Susan Sontag. Illness as Metaphor. Farrar, Straus and Giroux. New York, p. 43.
16. Ibid, p. 58.
17. Каннабих Ю. В. История психиатрии. Л.; Государственное медицинское издательство, 1928 <http://psylib.org.ua/books/kanny01/txt23.html> (доступно 30.09.2019).
18. <https://megapredmet.ru/1-32288.html> (доступно 30.09.2019).
19. Пушкин А. С. Полное собрание сочинений: В 16 т. — М.; Л.: Изд-во АН СССР, 1937—1959. Т. 2, кн. 1. Стихотворения, 1817 – 1825. Лицейские стихотворения в позднейших редакциях. — 1947. — с. 223.
20. Вигель Ф. Ф. “Записки”.
21. Поэты 1790 – 1810-х годов. Вступительная статья и составление Ю. М. Лотмана. Подготовка текста М. Г. Альтшулера. “Советский писатель”. Ленинградское отделение. 1971. с 648 https://rvb.ru/18vek/poety1790_1810/toc.html (доступно 30.09.2019).
22. Глинка С. Н. — Глинка // Малый энциклопедический словарь Брокгауза и Ефрона: в 4 т. — СПб., 1907 – 1909. <https://dlib.rsl.ru/viewer/01003924244#?page=388&view=list> (доступно 30.09.2019).
23. Вигель Ф. Ф. “Записки”...
24. Вяземский П. А. Старая записная книжка. Часть 1. Собрание сочинений в 12-ти томах. СПб. 1878 – 1896. Том VIII. http://az.lib.ru/w/wjazemskij_p_a/text_0060.shtml (доступно 30.09.2019).
25. Айхенвальд Ю. И. Батюшков. Силуэты русских писателей. В 1 вып. М., 1906 – 1910; 2-е изд. М., 1908 – 1913. http://az.lib.ru/a/ajhenwalxd_j_i/text_0101.shtml (доступно 30.09.2019).
26. Батюшков К. Н. “Полное собрание стихотворений М.-Л., 1964 Большая серия Библиотеки поэта, подготовка текста Н. В. Фридмана http://az.lib.ru/b/batjushkow_k_n/text_0080-2.shtml (доступно 30.09.2019).
27. Колбасин Е. Воейков, съ его сатирую “Домъ сумасшедших”... http://az.lib.ru/k/kolbasin_e_j/text_0030oldorfo.shtml (доступно 30.09.2019).

НЕКРОЛОГ

Владимир Константинович Буковский

(1942, Белебей, Башкирия – 2019, Кембридж, Великобритания)



Владимир Буковский — человек, перед которым отечественная психиатрия в неоплатном, все еще не до конца осмысленном долгу, — это человек, действительно, практически грамотно организационно-правовым образом восставший против примитивного принципа деспотических режимов: не выносить сор из избы, словно дожидаясь, пока зловоние мусорных свалок достанет всех. Несколько десятилетий (1960 – 1980) широкомасштабного использования психиатрии в политических целях, деформировавшее поколение психиатров этой эпохи, выставивших диагноз шизофрении в три раза чаще, чем в других странах, не исчезло, а подменено сейчас более удобной, чем СПЭ, судебно-лингвистической экспертизой. Долгое время категорически отрицавшееся властью и более десятилетия не принимавшееся в расчет ВРА, несмотря на поступавшую информацию, оно обернулось саморазоблачением власти, когда Буковский был осужден за передачу на Запад 6 психиатрических историй болезни известных оппонентов режима — Петра Григоренко, Наталии Горбаневской, Валерии Новодворской и др., словно на них был гриф “совершенно секретно” или “для служебного пользования”. Сам факт последующего обмена в 1976 г. Владимира Буковского на первого секретаря чилийской компартии Луиса Корвалана был глубоко символичен. Комическая деталь: Луис Корвалан, видимо, в силу произведенного обмена очень хотел посетить советскую психиатрическую больницу и волей случая вышел на меня — тогда сотрудника Института судебной психиатрии им. В. П. Сербского. Тщетно мы вместе с

ним обращались к руководству психиатрической больницы им. П. Б. Ганнушкина. Даже его высокое положение и громкая известность не открыли двери больницы: солдафонский стиль и тогда превосходил хитроумие Потемкина.

Владимир Буковский — выдающийся правозащитник советской и постсоветской эпохи, один из основателей диссидентского движения, писатель, публицист и общественный деятель, выдвигавшийся в 1992 г. в мэры Москвы, а в 2008 на пост Президента РФ, провел в тюрьмах и на принудительном лечении в общей сложности 12 лет.

Родился в эвакуации, сын известного писателя и журналиста. С 14 лет после потрясения от доклада Хрущева о преступлениях Сталина — борец с советским режимом. С 18 лет (с сентября 1960 г.) — один из организаторов регулярных собраний молодежи у памятника Маяковскому. За это был отчислен из Московского университета. В 1962 г. Снежневский ставит ему диагноз вялотекущей шизофрении. В 1963 г. арест за две фотографии книги Джиласа “Новый класс”. Его признали невменяемым и поместили в Ленинградскую спецбольницу, где он познакомился с генералом Петром Григоренко. В 1965 г. освобожден от принудления, но снова — за подготовку “митинга гласности” в защиту Андрея Синявского и Юлия Даниэля — был помещен в люберецкую психиатрическую больницу, а оттуда в институт им. Сербского, где пробыл 8 месяцев, из-за разногласия двух экспертиз. Приехавший представитель Amnesty International сумел добиться его освобождения в 1966 г. Но в 1967 г. снова арестован за демонстрацию протеста. На этот раз признан вменяемым и осужден на 3 года лагерей. В 1970 г. вернулся в Москву и в 1971 г. передал на Запад копии 6 историй болезни, позволивших документировать политическую подоплеку диагнозов. Был арестован в 4-й раз и приговорен к 7 годам заключения. В 1974 г., находясь в заключении в пермском политическом лагере (Пермь-36) совместно с Семеном Глузманом, написал “Руководство по психиатрии для диссидентов”, которое было опубликовано в 1976 г. в Лондоне с предисловием Виктора Некрасова. В декабре 1976 г. его обменяли в аэропорту Цюриха на Луиса Корвалана. Был принят в Белом Доме президентом США Картером. Поселился в Великобритании, окончил Кембриджский университет по специальности “нейрофизиология”. Написал книгу воспоминаний “И возвращается ветер” (1978), изданную на многих языках, и “Письма русского путешественника”. Обе были изданы спустя десятилетие в Москве в 1990 г. Продолжал общественно-политическую

деятельность. В апреле 1991 г. посетил Москву по приглашению Б. Н. Ельцина, а в сентябре был принят председателем КГБ В. Бакатиным. Вместе с Р. Г. Пихоя подписал соглашение о международной комиссии по расследованию деятельности КПСС и КГБ, вывез из здания бывшего ЦК КПСС более 3000 листов секретных документов. В 1992 г. в качестве эксперта Конституционного суда РФ принял участие в процессе “КПСС против Ельцина”. Получил доступ к архиву Президента РФ. Эти материалы вошли в его книгу “Московские процессы” (Париж-Москва, 1996). Глава этой книги “Психиатрический ГУЛАГ” была с его разрешения опубликована в НПЖ (1997, 2). В 2002 г. к нему приезжал лидер фракции СПС в Госдуме Борис Немцов. “Единственный шанс сегодня спасти Россию от зарождающегося тоталитаризма это создание сильной демократической оппозиции нынешнему режиму”, — говорил тогда Буковский. В 2004 г. он стал соучредителем “Комитета 2008: Свободный выбор”, в состав которого вошли Гарри Каспаров, Борис Немцов, Владимир Кара-Мурза (мл.), Евгений Киселев и др. В 2007 г. получил российский паспорт, но в 2014 г. паспорт не был подтвержден. В 2008 г. был выдвинут кандидатом в президенты России акад. Юрием Рыжовым, Владимиром Кара-Мурзой младшим, Андреем Пионтковским, Владимиром Прибыловским, Александром Подрабинком, Виктором Шендеровичем и др.

В октябре 2014 г. полиция провела обыск в доме Буковского, в апреле ему предъявлено обвинение в хранении детской порнографии. Буковский назвал обвинения абсурдными и сказал, что изображения были переданы российским спецслужбами — “Они разрушили мою репутацию”. В мае 2015 г. ему сделана операция на сердце, заменены два клапана. Спустя два года началась судебный процесс по этому делу. Уже на первом заседании суда обнаружилось, что большая часть файлов с детской порнографией на компьютере Буковского никогда не проигрывалась и не открывалась для просмотра. Процесс был приостановлен по состоянию его здоровья. Если в этом деле присутствовал оперативный прием наших спецслужб, как заявлял Буковский, то это их несомненный успех и тонкая работа по сравнению с советскими публикациями, представлявшими Буковского “террористом”, “агентом ЦРУ”, “убийцей американской журналистки и т.п.”.

“Мы все, — писал Буковский, — все диссиденты говорили, что политика должна быть моральна. И мы возникли не как политическое движение. Мы были движение нравственное. Наш основной импульс был не переделать Россию, а просто не быть участником преступления. Не стать частью режима. Это был самый мощный мотив. А поскольку СССР не терпел такого инакомыслия, то началась война с нами”.

Ю. С. Савенко

Что сказать о человеке, который стал легендой еще при жизни? Он не был из заслуженных и потом прозревших, как многие в диссидентском мире. Не в укор им, вышедшим на твердую дорожку, но Буковский был

самим собой с самого начала. Он сделал себя таким наперекор советским правилам жизни, сделал мастерски и неповторимо. Он на всю жизнь сохранил свой необыкновенный азарт сопротивления — юношеский, веселый, бесстрашный. Кажется он ничего не боялся и никогда не отступал. Так не бывает в жизни, но никто не видел его струсившим или сдавшимся.

В демократическом движении 60 – 80-х годов не было вождей, а самые энергичные и авторитетные, успев что-то сделать, отбывали на эмигрантский Запад или тюремный восток. Буковскому недолго удавалось побить на свободе между отсидками, но энергия его деятельности была настолько велика, что он оставался авторитетом где бы ни был — в тюрьме или на воле. Худой, голодный, со впалыми щеками, измученный карцерами и голодовками, он всегда был победителем, а ничтожные его тюремщики — побежденными. Как Буковский побеждал советскую власть, так правда побеждает силу.

Он был одним из первых, кому удалось привлечь внимание международной общественности к преступной практике использования психиатрии в репрессивных политических целях. В январе 1971 года он пишет открытое письмо психиатрам США, Англии, Голландии, Канады и Израиля с призывом противостоять психиатрическим репрессиям в Советском Союзе. К письму он прикладывает результаты обследований и судебно-психиатрических экспертиз шестерых советских диссидентов: Владимира Борисова, Натальи Горбаневской, Петра Григоренко, Виктора Кузнецова, Виктора Файнберга, Ивана Яхимовича. Эти медицинские документы наглядно свидетельствовали о том, что органы КГБ причастны к злоупотреблениям психиатрией в СССР. В сущности, Владимир Буковский дал старт международной кампании борьбы с этими злоупотреблениями.

Не знаю, боялась ли власть Буковского, но без сомнения она чувствовала исходящую от него угрозу. Я сам слышал, как чекисты отзывались о нем со странной смесью ненависти и уважения. Они не могли понять, как это он столько лет стоит против них и до сих пор жив и не сломлен.

Отчаявшись его сломать и не решаясь убить, они выслали его из страны. Заодно получили в обмен вожак чилийских коммунистов. Вывозили Буковского в наручниках. Владимирская тюрьма, автозак, военный аэродром в Чкаловском, спецрейс в Швейцарию, аэропорт Цюриха. Они все-таки избавились от него, но их усилия все-равно оказались тщетными — советская власть пала и Буковский вместе со всеми нами — его друзьями, товарищами и сокамерниками, еще отпраздновал похороны коммунизма...

Недели две назад я звонил ему в Кембридж. Голос у него был уставший, но он бодрился, шутил и передавал приветы общим знакомым. Он знал, что победители не должны поддаваться унынию. Таким он был всю жизнь. Таким он и останется в нашей памяти.

*Александр Подрабинек,
28 октября 2019 г.*

РЕКОМЕНДАЦИИ

Гуссерль Э., Шнелль А. Феноменология времени. М., 2019.
Беккер О., Гайгер М., Дюфрен М., Ришир М. Феноменология и эстетика. М., 2019.
Рикёр П., Гадамер Х-Г. Феноменология поэзии. М., 2019.
Лосев А. Ф. Учение о стиле. М.-СПб., 2019 (впервые в России).
Бальтазар Ганс Урс фон. Слава Господа. Богословская эстетика. Том 1. М., 2019.
Лукач Д. Автобиография в диалогах. СПб., 2019.
Фукуяма Фрэнсис. М., 2019.

* * *

Кропоткин П. А. Анархизм и революция. М., 2019.
Рябов П. В. Анархизм. М., 2020.
Буданова В. П. (ред.) Цивилизация и варварство: антропология латентного варварства. М., 2019.
Рибкин Н. Безумие божье. Путешествие по миру гонений. М., 2019.
Шнеер Арон. Профессия — смерть. М., 2019.
Мани Майкл. Фашисты. Социология фашистских движений. М., 2019.

* * *

Харари Юваль Ной. Sapiens. Homo Deus. В 2-х т. М., 2019.
Бейтсон Г., Бейтсон М. К. Ангелы страшатся. М., 2019

* * *

Гоффман Эрвин. Тотальные институты. Очерки социальной ситуации психически больных пациентов и прочих постояльцев закрытых учреждений. М., 2019.
Коваи К. Буддийский монах Мёэ: жизнь и сны. Буддизм и искусство психотерапии. М., 2018.
Иванов С. Блаженные похабы. Культурная история юродства. М., 2019.
Саттон Р. Не работайте с мудаками. И что делать если они вокруг вас. М., 2019.

* * *

Манифест. Современность глазами радикальных утопистов, 1909 – 1960; Манифест 1963 – 2018 (сост. В. Климов), в 2-х томах. М., 2019.
Ростова Н. Н. (ред.) Философия русского авангарда. М., 2020.
Медведкова О. Лев Бакст, портрет художника в образе еврея. Опыт интеллектуальной биографии. М., 2019.
Аксенов В. Лекции по русской литературе. М., 2019.

* * *

Клейн Л. С. Троянская война: эпос и история. СПб, 2019.
Каржавин В. Два генерала — две эпохи. Екатеринбург., 2018.
Геххардт Мириам. Когда пришли солдаты. Изнасилование немецких женщин в конце Второй Мировой войны. М., 2018.

* * *

Еврейские народные сказки в 3-х томах. М., 2019.
Кабакова Г. И. От сказки к сказке. М., 2019.
Эко Умберто. Италия у себя дома. Италия Ностра. М., 2019.
Бине Лоран. Седьмая функция языка. (роман). М., 2019.
Энценсбергер Г. М. Головоломка. М., 2019.

ABSTRACTS

ON THE THEORY OF PSYCHIATRY

Part 2. Going forward,
you need to look back constantly

Yu. S. Savenko

The second part of the work of the same name includes the presentation of contemporary concepts of religion that are significant for psychiatry as a specifically human, deeply rooted feature and its diverse forms and equivalents, which makes it a part of cultural (social) anthropology cultures and clarifies the effectiveness of shamans and psychotherapy. On the example of the fundamental difference between psychology and psychological anthropology (while psychiatry, as pathological anthropology, corresponds to the entire anthropology), the practical importance of the category of “rank” and “rank hierarchy” in the taxonomy of sciences is shown.

Keywords: theory of psychiatry, psychiatry as a section of anthropology, religion as a section of anthropology, rank category in psychology and psychiatry.

TOWER OF BABEL: WHAT PREVENTS THE INTEGRATION OF PSYCHIATRY INTO PRIMARY CARE

*A. E. Bobrov, T. V. Dovzhenko,
E. G. Starostina, O. A. Subbotnikova*

For many years, attempts have been made in our country to optimize the primary health care by integrating it with psychiatry and psychotherapy services. However, all these attempts proved to be ineffective. The article discusses the main factors that interfered with these attempts. Among them there are clinical, educational, methodological and terminological factors. In addition, attention should be drawn to the impact of psychosocial and legal obstacles. The integration of psychiatry and general medicine is also seriously hampered by unresolved personnel and organizational issues. All these negative factors can be divided into two groups. The first group is due to general methodological differences in understanding of the disease conditions nature and, accordingly, of the health care tasks between the concept of quality of life associated with health/disease and currently prevailing in medicine utilitarian empirical approach. The second group of obstacles is related to differences in methods of diagnosis, means of treatment and the work of psychiatrists and primary health care physicians. To overcome the negative impact of these factors, firstly it is necessary to resolve the existing methodological contradictions, which predetermine the further development of national health care.

SUICIDOLOGY IN TRAINING AND PRACTICE OF RUSSIAN MEDICAL WORKERS

E. B. Lyubov¹, P. B. Zotov², V. A. Rozanov³

A discussion article of a group of scientists (i.e., psychiatrists, a psychologist) with clinical and pedagogical experience substantiates the need for systematic training of medical personnel in the basics of suicidology in the framework of emerging regional programs for the prevention of suicidal behavior.

Keywords: suicidology, suicide prevention, education of professionals.

CHALLENGING THE DIAGNOSIS OF MENTAL DISORDER IN A JUDICIAL PROCEEDING

Yu. N. Argunova

One of the most difficult issues in law enforcement practice is considered — the possibility of “withdrawal a diagnosis” of a mental disorder in court. The position of the Supreme Court of the Russian Federation; examples from the judicial practice of recognizing a diagnosis as unlawful, unfounded, erroneous, incorrect, etc. are given. An analysis is being made of the discussion on this issue that took place at the Forum of the IPA of Russia.

Keywords: mental illness diagnosis withdrawal.

LEGAL REGULATION OF OBLIGATIONS UNDER LOAN AGREEMENTS WITH THE PARTICIPATION OF INCOMPETENT AND PARTIALLY INCOMPETENT CITIZENS, AS WELL AS THEIR GUARDIANS AND TRUSTEES

Ya. A. Korbut

The article is aimed at studying the issue of granting a loan (loan) to legally incompetent and partially incompetent citizens, namely, the legislative framework and judicial practice for resolving disputes in the framework of credit legal relations with the participation of legally incompetent and partially incompetent persons, as well as their guardians and trustees.

Keywords: credit relations with the participation of legally incompetent and partially legally incompetent persons, judicial practice in cases on granting loans.

¹ Moscow Research Institute of Psychiatry.

² Tyumen State Medical University.

³ Saint-Petersburg State University.

**PSYCHIATRY IN LITERATURE:
“THE LUNATIC ASYLUM” BY A. F. VOEYKOV**

S. V. Motov, V. V. Motov

At the beginning of the XIX-th century there was an active discussion in St. Petersburg and Moscow literary circles. The debated issue was the fate of the Russian literary language: should it be “Europeanized”, as N. M. Karamzin and the “Arzamas” argued, or should it be protected from “foreign invasion”, as A. S. Shishkov and members of the “Conversations of lovers of the Russian word” deemed. The literary struggle between

them sometimes reached the point of a literary war. All the means available were used, even psychiatry. “Arzamasets” A. F. Voeykov, in his satirical poem “The Lunatic Asylum”, put his enemies and some of his friends in the “yellow house”. His enemies were characterized in a mockingly-sardonic way, whereas his friends and like-minded persons were described in an amusing manner.

Keywords: Voeykov, “The Lunatic Asylum”, Karamzin, A. S. Shishkov, literature of XIXth century, psychiatry in literature.

ВНИМАНИЕ!

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

Индекс — 73291

по каталогу Агентства «Роспечать»