

*ISSN 1028-8554*

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

---

**НЕЗАВИСИМЫЙ  
ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ  
ЖУРНАЛ**

**INDEPENDENT  
PSYCHIATRIC  
JOURNAL**

**ВЕСТНИК НПА  
IPA HERALD**

**I**

**2020**

**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 3.03.2020. Подписано в печать 16.03.2020. Формат 60×84 1/8.

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

Заказ № 2020-1-IPA.

Цена свободная

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

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

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

тел./факс: (499) 258-0828.

# СОДЕРЖАНИЕ

## ЮБИЛЕИ ГЕШТАЛЬТ-ШКОЛЫ

Христиан фон Эренфельс (1859 – 1932) . . . . .	5
Макс Вертгаймер (1880 – 1941) . . . . .	5
Курт Левин (1890 – 1947) . . . . .	7
Блюма Вульfovна Зейгарник (1900 – 1988) . . . . .	9

## АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ

К теории психиатрии. Идя вперед, нужно постоянно оглядываться назад. Часть 3. — Ю. С. Савенко . . . . .	12
Унижение и оскорбление человеческого достоинства как распространенная психическая и моральная травма, влияющая на психическое здоровье — Ю. И. Полищук . . . . .	16
Медицинское и немедицинское применение препарата бупроприон (обзор литературы) — С. А. Игумнов, Н. В. Соболев . . . . .	20

## КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ

Биполярное аффективное расстройство или шизофрения? — В. В. Калинин, Л. А. Чижова . . . . .	24
--	----

## ПСИХИАТРИЯ И ПРАВО

Обжалование установления диспансерного наблюдения в судебном порядке — Ю. Н. Аргунова . . . . .	37
--	----

## ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА

Стационарная СПЭ как привычный метод устрашения . . . . .	43
---	----

## ПСИХОТЕРАПИЯ

XXV Консторумские чтения: “Психотерапия — вчера, сегодня, завтра” (часть 1) . . . . .	46
---	----

## ПОЛЕМИКА, ДИСКУССИИ

О проблемах использования судебно-психиатрической экспертизы в административном судопроизводстве — Б. Н. Алмазов (Екатеринбург) . . . . .	57
--	----

## ДОКУМЕНТЫ ВРЕМЕНИ

Доклад Европейского комитета по предупреждению пыток, часть 2 . . . . .	60
---	----

## ИСТОРИЯ

Владимир Николаевич Розанов. Доктор своего времени — Федор Семенов . . . . .	73
--	----

## ХРОНИКА

Обманутые ожидания . . . . .	77
------------------------------	----

Торжество казарменного духа . . . . .	77
---------------------------------------	----

Минобрнауки решило создать свой государственный Диссернет . . . . .	77
---	----

Чинопочитание ВАКа породило идею общественного ВАКа . . . . .	78
---	----

Григорий Грабовой воскрес в прежнем качестве в духе времени . . . . .	78
---	----

## ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ТВОРЧЕСТВО

Франсиско Гойя. Цикл “Ужасы войны”: Славный подвиг; За что... . . . . .	79
---	----

Ганс Гюнтер Адлер. Стихи из концлагеря Предисловие переводчика: “Свидетельство поэта” — В. Е. Каган . . . . .	81
--	----

## НЕКРОЛОГИ

Алексей Устинов . . . . .	85
---------------------------	----

Евгений Витковский . . . . .	87
------------------------------	----

РЕКОМЕНДАЦИИ . . . . .	89
------------------------	----

АННОТАЦИИ . . . . .	90
---------------------	----

# CONTENT

## ANNIVERSARIES OF GESTALT SCHOOLS

<b>Christian von Ehrenfels (1859 – 1932)</b> . . . . .	5
<b>Max Wertheimer (1880 – 1941)</b> . . . . .	5
<b>Kurt Lewin (1890 – 1947)</b> . . . . .	7
<b>Bluma Vulfovna Zeigarnik (1900 – 1988)</b> . . . . .	9

## URGENT PROBLEMS OF PSYCHIATRY

<b>To the theory of psychiatry. Going forward, you need to constantly look back. Part 3.</b>	
— Yu. S. Savenko . . . . .	12
<b>Degrading and insulting human dignity as a common mental and moral trauma affecting mental health — Yu. I. Polishchuk</b> . . . . .	16
<b>Medical and non-medical use of bupropion (review of literature)</b>	
— S. A. Igumnov, N. V. Sobolev . . . . .	20

## DISCUSSION OF A CLINICAL CASE

<b>Bipolar affective disorder or schizophrenia? — V. V. Kalinin, L. A. Chizhova</b> . . . . .	24
---	----

## PSYCHIATRY AND LAW

<b>Appeal against the establishment of dispensary observation judicially — Yu. N. Argunova</b> . . . . .	37
--	----

## FROM THE EXPERT'S DOSIE

<b>Stationary forensic psychiatric examination as a habitual method of intimidation</b> . . . . .	43
---	----

## PSYCHOTHERAPY

<b>XXV Konstorum readings: “Psychotherapy — yesterday, today, tomorrow” (part 1)</b> . . . . .	46
--	----

## CONTROVERSY, DISCUSSIONS

<b>On the problems of use of forensic psychiatric examination in administrative proceedings</b>	
— B. N. Almazov (Yekaterinburg) . . . . .	57

## DOCUMENTS OF EPOCH

<b>Report of the European Committee for the Prevention of Torture, part 2</b> . . . . .	60
---	----

## HISTORY

<b>Vladimir Nikolaevich Rozanov. Doctor of his time — Fedor Semenov</b> . . . . .	73
---	----

## CHRONICLE

<b>Deceived expectations</b> . . . . .	77
<b>The triumph of the barracks spirit</b> . . . . .	77
<b>Ministry of Education and Science decided to create its own state Dissernet</b> . . . . .	77
<b>Honoring VAK created the idea of a public VAK</b> . . . . .	78
<b>Grigory Grabovoi resurrected in his former quality in the spirit of the times</b> . . . . .	78

## PSYCHOPATOLOGY AND CREATIVITY

<b>Francisco Goya. The series “Horrors of War”: Glorious feat; For what...</b> . . . . .	79
<b>Hans Gunter Adler. Poems from a concentration camp</b>	
Preface of the translator: “Testimony of the poet” — V. E. Kagan . . . . .	81

## OBITUARIES

<b>Alexey Ustinov</b> . . . . .	85
<b>Evgeny Vitkovsky</b> . . . . .	87

<b>RECOMMENDATIONS</b> . . . . .	89
----------------------------------	----

<b>ABSTRACTS</b> . . . . .	90
----------------------------	----

# ЮБИЛЕИ ГЕШТАЛЬТ-ШКОЛЫ

---

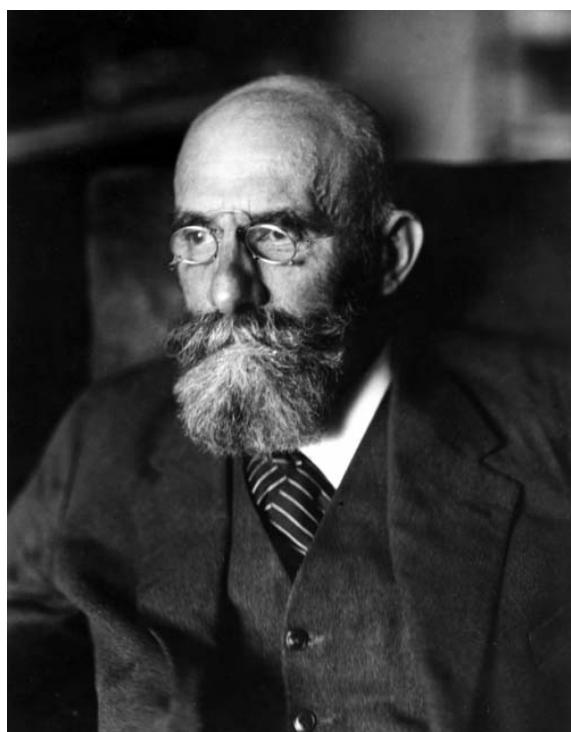
В советскую эпоху, с 1920 вплоть до начала 80-х годов, т.е. на протяжении более 60 лет, изложение истории психологии характеризовалось грубейшей тенденциозностью идеологического толка, а сама психология и ее выдающиеся представители подвергались репрессиям и травле, пресекавшим их жизнь. Их принуждали унижительно высказываться об их научных кумирах и собственных учителях. Все это оставило длинный след соответствующих мнений и оценок, в частности, в отношении гештальт-школы, которые повторяются как эхо. Яркая тенденциозность зарубежных авторов не чревата советскими оргвыводами.

История гештальт-школы — высоко значима для психоневрологии, психиатрии и психотерапии, что доказали выдающиеся работы Курта Гольдштейна, Адемара Гельба, Ганса Груле и Клауса Конрада. Реальное значение и масштаб вклада гештальт-школы можно понять в контексте фундаментальной развилики — **1874 г.** — в истории психологии: позитивистской линии “физиологической психологи” Вильгельма Вундта (1832 — 1920) и феноменологической линии “эмпирической психологи интенциональных актов” Франца Брентано (1830 — 1917). Среди учеников его последователя и друга Карла Штумпфа (1848 — 1936), основоположника экспериментальной феноменологии, были и Эдмунд Гуссерль (1859 — 1938), и соавтор ряда работ Курта Гольдштейна (1878 — 1965) Адемар Гельб (1887 — 1936), и Курт Левин (1890 — 1947), и весь триумвират лидеров гештальт-психологии.

## Христиан фон Эренфельс (1859 — 1932)

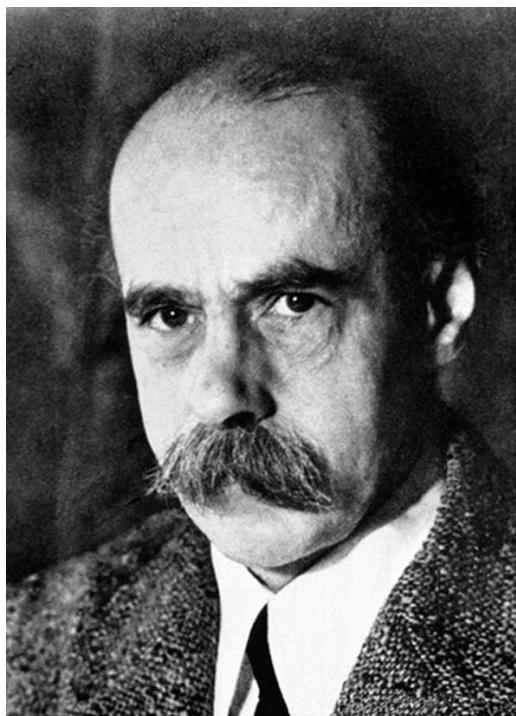
В **1890 г.** ученик Франца Брентано Христиан фон Эренфельс (1859 — 1932), австрийский философ и психолог, профессор немецкоязычного Карловского университета в Праге, основываясь на исследованиях работавшего тогда там же Эрнста Маха (1838 — 1916), открыл феномен гештальт-качеств, названных в его честь “качествами Эренфельса”. Исследуя воспри-

ятие мелодий, он описал *качество “сверхсуммативности”* (в целостном предметном восприятии есть признаки, которые отсутствуют в переживании частей) и *качество “транспозитивности”* (образ целого остается, даже если все части меняются по своему материалу, например, если это разные тональности одной и той же мелодии, а может теряться, даже если все элементы сохраняются, например, воспроизведение нот мелодии с конца фразы). Это исследование стало ключевым для всего гештальт-психологического направления. Гештальт-качества понимались Эренфельсом в соответствии с Брентано, как некое духовное проявление продуктивной деятельности субъекта. Эренфельс выделял в них ряды всевозможных градаций высоты или чистоты гештальтов. Эта работа стала предтечей гештальт-направления, а спустя 10 лет “Логические исследования” Гуссерля в **1900 — 1901 гг.** послужили основой широкого феноменологического движения, к которому в психологии в качестве очерченных школ принадлежали гетингенская, вюрцбургская, грацкая и берлинская гештальт-школы. В дальнейшем интересы Эренфельса переместились на философию математики, систему теории ценностей, основные понятия этики и религию будущего.



## Макс Вертгаймер (1880 — 1941)

Непосредственным основателем гештальт-психологии был старший в ее триумвирате Макс Вертгаймер вместе с Куртом Коффкой (1886 — 1943) и Вольфгангом Келером (1887 — 1967). Вертгаймер вырос в Праге в еврейской семье. Он учился в католических школах, но одновременно изучал иврит и был приоб-



щен к иудаизму. Он обучался игре на фортепиано и скрипке и, подобно Штумпфу и Эренфельсу, был страстным музыкантом. В 1898 г. он начал учебу в Карловском университете Праги. Здесь он с увлечением слушал лекции Эренфельса, а с 1902 по 1904 год работал в лаборатории Штумпфа, здесь он подружился в Коффкой и Келером. Диссертацию он защитил у Освальда Кюльпе в Бюргенштадте в 1904 г. Он преподавал сначала во Франкфуртском, а затем в Берлинском университете. Вертгаймер — автор всего 13 небольших, но высоко содержательных работ. В 1912 г. он опубликовал работу, от которой принято вести начало гештальт-психологии. Это тщательное исследование *стробоскопического движения*, механизм которого лежит в основе нашего восприятия движения, когда мы смотрим фильм. Это оптическая иллюзия мнимого движения двух неподвижных источников света, в чистом виде названная им *фи-феноменом*. Интерпретация этого феномена Вертгаймером, а также Коффкой и Келером, которые были испытуемыми в его эксперименте, стала доказательством, что восприятие движения не является просто суммой двух элементов, а целостным процессом, т.е. гештальтом. Понятие “гештальт” потому не переводится буквально, что одновременно обозначает не только форму, структуру, но прежде всего, целостность восприятия, и поэтому — значение этого понятия — “целостная структурированная форма”. Это общее свойство феноменов сознания.

Нейрофизиологической подоплекой восприятия движения является, согласно Вертгаймеру, реагирование мозга подобно электрическому полю как некая

целостность (в духе тогдашних открытий Максвелла): изменение в одной точке этого поля вызывает изменение на всем поле и наоборот — изменение на всем поле вызывает изменение в каждой отдельной точке. Новым стало представление, что возбуждение коры головного мозга происходит не благодаря передаче импульсов по нервным стволам, а благодаря изменениям состояния всего мозга. Именно в этом Вертгаймер видел “основную проблему гештальттеории: существуют связи, в которых не из отдельных кусков и их соединения выводится то, что происходит в “целом”, а наоборот, — то, что происходит в одной из частей этого “целого”, определяется внутренними законами структуры этого целого”. Этот принцип был подтвержден им на самых разнообразных примерах: на обучении глухонемых детей, на системе счета нецивилизованных народов и т.д.

В 1921 г. Вертгаймер, Коффка, Келер, Гольдштейн и Груле основали выдающийся журнал “*Psychologische Forschung*”, достойный пример сотрудничества психологов и психиатров. На “плодотворный опыт “перевода” гештальт-психологии в психопатологию” в 1919 — 1923 гг. Гольдштейном и Гельбом указывал в “Общей психопатологии” Ясперс.

В 1923 г. Вертгаймер сформулировал законы гештальта — того, как из частей формируется целое: закон максимальной близости, закон сходства, закон хорошего продолжения, закон открытой формы, закон общей судьбы и закон pregnантности (хорошего гештальта), который известен как универсальный принцип минимума.

Выдающийся вклад внесла гештальт-психология в фундаментальную для психологии проблему **константности восприятия**, показав, что инвариантность — это динамический баланс взаимоотношения многих факторов, фактически их гомеостаз, что позволило создать их математические модели; в **концепцию обучения**, показав приоритет созревания, и наконец, в проблему **творческого мышления**, осуществление инсайта. В ней, кроме работ Вертгаймера с А. Эйнштейном и другими выдающимися учеными в качестве испытуемых (1943) и Келера с приматами, знамениты вклады Эдгара Рубина (1886 — 1951) (проблема “фигура — фон”) и Карла Дункера (1903 — 1940) (решение проблемных задач). Характерно, что Келер, изучая математику и физику, учился у Макса Планка, а после шести лет блестящих экспериментальных работ с приматами на Тенерифе он в 1922 г. стал преемником Штумпфа в Берлинском университете. К этому времени гештальт-школа вытеснила вундтовскую психологию.

Для судебных экспертов важны пять методов определения надежности свидетельских показаний, разработанные Вертгаймером с использованием приемов Порфирия Петровича (следователя из “Преступления и наказания” Ф. Достоевского).

С приходом нацистов в 1933 г. Вертгаймер эмигрировал в США, куда еще в 1927 г. эмигрировал Коффка, а в 1935 г. и Келер, как активный противник нацизма, и Дункер, самый блестящий из плеяды 30-х годов, который в 1940-м году покончил самоубийством в состоянии депрессии. В 1954 г. Келер был избран президентом Американской ассоциации психологов (APA), а в 1958 г. он отказался от самостоятельности гештальт-психологической школы на том основании, что все ее достижения стали всеобщим достоянием. Это ли не лучшее свидетельство успеха? Но на практике противостояние двух традиционных подходов, вопреки их дополнительности, не только не искоренимо, но полезно, и сохраняется. В эпоху неопозитивизма во второй половине XX века гештальт-психология подверглась жесткой критике, подобной длительному близорукому неприятию Гете как ученого. Это было связано с презрительным отношением гештальтистов к господствующему в Америке бихевиористскому менталитету, что многих обидело. Но именно гештальт-школа дала импульс, направление, основные принципы и стиль мышления многим выдающимся исследователям — Джеймсу Гибсону, Эдварду Толмену, Соломону Ашу (1907 – 1996), ученику и преемнику Келера, исследователю проблемы конформизма (1952) и мн.др. Наиболее полно идеи гештальт-школы изложил К. Коффка: “Принципы гештальт-психологии”, 1935 г., а в последующем развитии Вольфганг Мецгер: “Психология”, 1968 г. и Герберт Шпигельберг: “Феноменология в психологии и психиатрии”, 1972 г.

Б. Зейгарник формулирует основные положения гештальт-школы следующим образом: 1) гештальт создается не путем синтеза отдельных элементов, а сразу. Гештальт не является суммой частей, а представляет целостную структуру, целостную систему. Не целое зависит от частей, а часть зависит от целого; 2) гештальт создается сразу, как озарение, *ad hoc* ситуации, т.е. “в данный момент”, “здесь и теперь”, и обозначается по-немецки как “ага-переживание” (*Aha-Erlebnis*, англ. “инсайт”); 3) принцип изоморфизма, т.е. тождество закономерностей в разных науках.

Для Вертгаймера и всех гештальтистов характерно обращение к исследованиям в естественной повседневной обстановке, к “жизненности” во всем, в отличие от искусственных формальных экспериментов. Поэтому неадекватна пресловутая критика гештальт-школы за физикализм, который представлял пионерский метод гомологичных моделей. Фундаментальный для гештальт-школы принцип изоморфизма, согласно которому хорошие гештальты соответствуют окружающей действительности, вопреки всем хорошо известным в психологии нормальным иллюзиям и мнимостям, неоднократно опровергался в психологической литературе. Но это касается его упрощенного понимания, как буквального отраже-

ния, т.е. за счет игнорирования адекватности этого соответствия конструкции собственного организма, необходимой для выживания в своей среде, игнорирования представления гештальт-психологии о единстве организма и непосредственной, ближайшей среды. Что касается электрических полей мозга, то дело не в буквальном соответствии воспринимаемых фигур “фигурам в мозге”, и не обязательно электрической природы, что является дидактической метафорой, а в транспонировании воспринимаемого на нейрофизиологический “язык”, в пересифровке, подобно переводу с одного языка на другой. Другими словами, принцип изоморфизма представляет одно из основных математических понятий, т.е. наиболее широкий язык, общий для всей природы, отвлекающийся от специфики каждого онтологического слоя — физического, биологического, психологического, духовного, которые сохраняют свою специфику, т.е. аристотелевские черты. Переход на галилеевский язык не перечеркивает, а дополняет прежний, и каждый необходим на своем месте, подобно ньютоновской механике. Кроме структурного и функционального выделяют еще топологический изоморфизм (гомеоморфизм), устойчивый к самым грубым деформациям и приложимый на современном этапе к самым сложным процессам. Не случайно, гештальттеория стала предшественницей общей теории систем. Отсутствие феноменологической выручки и, в частности, ориентация на результат, а не процесс решения задач (“хорошие ошибки”), до сих пор лишает неопозитивистское направление полноценной адекватности первичных данных.

### Курт Левин (1890 – 1947) Отец экспериментальной социальной психологии

Курт Левин родился в еврейской семье, владевшей небольшой лавочкой в местечке Могильно в Пруссии (теперь Польша). Он плохо учился и не подавал надежд, видимо, из-за антисемитизма соучеников. Но с 15 лет, когда семья перебралась в Берлин, преобразился, окончил одну из наиболее известных берлинских гимназий и поступил на философский факультет Берлинского университета в момент, когда была опубликована сразу ставшая знаменитой работа преподававшего там Эрнста Кассира (кузена К. Гольдштейна) “Понятие субстанции и понятие функции” (1910), оказавшая на него, как и лекции, сильное влияние, что сказалось в опубликованной им в 1931 г. работе “Переход от аристотелевского мышления к галилеевскому”. Это предопределило его характерный для гештальт-школы функционализм, т.е. убеждение, что познание имеет дело не с объектами с их имманентными качествами, а всевозможными соотношениями и взаимодействиями. В соответствии с этим,

## Курт Левин



Левин рассматривал личность и ее непосредственную среду как единое поле, а поведение как функцию от личности и среды, точнее, конкретной ситуации как она представляется определенной личности в своей динамике. Но это уже после докторской диссертации под руководством К. Штумпфа, которую защитил в 1914 г., непосредственно перед началом мировой войны. После военной службы, за которую был награжден железным крестом, с 1921 до 1932 г. Левин работал в Берлине вместе с Вертгаймером, Коффкой и Келером, найдя себя в гештальт-школе, но в отличие от них, приложил ее принципы не к когнитивной, а к мотивационной сфере. Широкую известность получила его работа 1927 г. "Намерение, воля и потребность". В ней различаются биологические и социальные "квази-потребности" и вместо оперирования отдельными категориями инстинкта, средней нормы и типа переносится акцент на сложные динамические силы в личном жизненном пространстве, которое Левин изображал в виде эллипса, включающего психологические факты разной валентности с разным, положительным или отрицательным знаком, создающие напряженное силовое поле, динамика которого может пересекать внешнюю оболочку эллипса в любом направлении. Но показав значение поля, Левин в 1922 г. в дискуссии с Нарциссом Ахом экспериментально доказал, что поведение определяют не стимульно-реак-

тивные факторы среды, а мотивация личности. Поведение является одновременно функцией личности и жизненного пространства, стремясь к сохранению их баланса. Мотивация возникает в результате напряжения этих динамических сил, определяя поведение.

В парафраз с известным тезисом Коффки: даже животные в своих попытках не ведут себя бессмысленно, по принципу случайных проб и ошибок, Гельб говорил, что, по Левину, "бессмысленное действие может осуществить только человек". Величие человека, его специфическая характеристика и состоит в том, что он может сделать то, что для него биологически безразлично, даже вредно. Это его квази-потребности. Они дают возможность человеку "встать над полем", преодолеть его влияние, двигаться к избранной цели в своей "временной перспективе". Такое поведение является волевым в отличие от полевого поведения.

Левин отличался редкостной экспериментальной изобретательностью на материале повседневной жизни, он щедро раздавал свои идеи для проверки своим студентам, дипломные работы которых превращались в контексте его теории в выдающиеся открытия, в частности, целой группе студенток из России: Б. Зейгарник о незавершенных действиях (1927), А. Карстен о пресыщении (1928), М. Овсянкина о возобновлении прерванных действий (1928), Ф. Хоппе об уровне притязаний (1930), Г. Биренбаум о забывании намерений (1931), Т. Дембо о гневе, как динамической проблеме (1931), а Малер и К. Лисснер о замещающих действиях (1933), обе последние погибли в гитлеровских лагерях.

Приложение теории поля Левина к межличностным конфликтам и развитию ребенка принесло ему широкое признание, и в 1929 г. он был приглашен читать лекции в Йеле, в 1933 г. в Стэнфорде. Приход к власти Гитлера заставил его перевести туда жену Гертруду Вейс (G. Weiss Levin) и четырех детей. Он получил работу в Корнелле, а затем постоянную в университете Айовы. В 1944 г. он основал собственный институт — Исследовательский центр групповой динамики при Массачусетском технологическом институте, который стал основной базой подготовки американских социальных психологов. С юности Левина отличала социальная активность, а в американский период он активно исследовал и обсуждал проблему евреев в эпоху нацизма, как крайний случай положения меньшинств, проблему внутригрупповых конфликтов и внутригрупповой зависимости ("Resolving social conflicts", 1967). Это были исследования эффективности стиля лидерства и руководства — авторитарного, демократического и попустительского (1939); проблемы смены культуры, социально-психологических различий, в частности, социальной дистанции между индивидами в США и Германии (1936), воспитания еврейских детей (1940); групповых конфликтов и столкновения лицом-к-лицу в семье (1940)

и на производстве (1944); межгрупповых конфликтов и групповой сплоченности меньшинств (1935); проблемы евреев в Германии перед лицом опасности (1939); агрессивного поведения в зависимости от “социального климата” (1939); фрустрации и регрессии у маленьких детей (1941); феномена отвращения к себе (self-hatred), групповой лояльности и негативного шовинизма у евреев<sup>1</sup>; техники изменения установок, разрешения конфликтов, феномена “временной перспективы” (L. K. Frank, 1939), т.е. рассмотрения текущей ситуации, включающего будущее, настоящее, а также прошлое (1942) и т.д. Его исследования в этой области дали настолько впечатляющие результаты, что он был единодушно признан отцом экспериментальной социальной психологии, которая с 1950-х годов начала преподаваться и исследоваться во всех университетах США. В США Левин общался с Альфредом Адлером (1870 – 1937), признанным родоначальником социальной психиатрии.

Спустя три года в возрасте 56 лет Левин умер от сердечного приступа, а исследовательский центр переместился в университет Мичигана. Интеллектуальным наследником Курта Левина стал Леон Фестингер (1919 – 1989), автор концепции когнитивного диссонаанса.

Эдвард Чейз Толмен сказал в 1947 г.: “Клиницист Фрейд и экспериментатор Левин — вот два человека, чьи имена должны стоять на первом месте в истории нашей психологической эры. Именно их разные, но дополняющие друг друга прозрения первыми сделали психологию наукой, приложимой к реальным людям и реальному человеческому обществу”. А Гордон Олпорт в статье “Гений Курта Левина” назвал его “возможно, самым оригинальным мыслителем XX века”<sup>2</sup>.

“Курт Левин был страстным поборником эксперимента в психологии, но при этом всегда подчеркивал, что эксперимент должен вытекать из теории и отвечать на конкретную задачу. “Без теории эксперимент слеп и глух”, — любил он повторять своим ученикам. К. Левин не любил стопроцентного совпадения результатов: “слишком хорошо сходятся концы с концами — проверьте еще раз”, — требовал он. Он считал, что анализ “отрицательных” результатов… часто помогает установлению закономерности изучаемого явления. Придавая большое значение установлению

общих закономерностей, формализации результатов эксперимента, он с большой осторожностью относился к количественным данным”. Он отрицал индуктивный принцип обобщения отдельных черт людей, даже общих черт детей 2 – 3 летнего возраста, и разделение людей на “нормальных” и “ненормальных”. Он рассматривал личность и ее непосредственную среду как единое поле и первым использовал топологические модели как наиболее адекватное представление поведения. Его “Динамическая теория личности” (1935) и “Принципы топологической психологии” (1936), как и позиция всей гештальт-школы, не только покончили с элементаристским механистично-суммативным подходом ассоциативной психологии, строящей целое из ощущений и ассоциаций, идущей от частей к целому, но противостояли как бихевиористским, так и психоаналитическим представлениям, а избранные теоретические работы “Теория поля в социальных науках” (1951) открыли широкую перспективу дальнейшим исследованиям.

### **Блюма Вульфовна Зейгарник (1900 – 1988)**

Блюма Вульфовна Зейгарник (урожд. Герштейн) — одна из основоположников отечественной патопсихологии. Во все мировые руководства вошел эпоним “феномен Зейгарник” — результат ее дипломной работы под руководством Курта Левина в Берлинском университете, где она показала, что незавершенные действия запоминаются вдвое лучше, чем завершенные. С переездом в Москву в 1931 г. работала с Л. С. Выготским, которого называла своим вторым учителем. Ее драматическая жизнь была увенчана признанием Американской психологической ассоциации, присудившей ей премию имени Курта Левина (1983), за ее выдающийся вклад в разработку психологических проблем. В Советском Союзе ей была присуждена Премия имени М. В. Ломоносова I степени (1978).

Блюма Вульфовна Герштейн родилась в г. Пренай в Литве. Училась в гимназиях Пренай и Минска. В 1918 г. познакомилась с Альбертом Янкелевичем Зейгарником и в 1922 г. вместе с ним отправилась на учебу из независимой тогда Литвы в Берлин, где поступила на философский факультет Берлинского университета. Там под влиянием лекций Макса Вертгаймера увлеклась психологией. Брак с Зейгарником был заключен в январе 1924 г. в столице Литвы Каунасе. С того же года в течение четырех лет посещала вместе с большой группой студенток из России семинар Курта Левина по изучению движущих мотивов личности. Прониклась его идеями, что послужило исследованию, сделавшему ее всемирно известной. Одновременно прослушала курс лекций Эдуарда Шпрангера и Макса Дессуара, в лице которых восприняла идеи понимающей психологии В. Дильтея с их акцентом на

<sup>1</sup> Частное проявление феномена “негативного шовинизма” — антисемитизм среди части ассилированных евреев, нередко суперпатриотов своего гражданства, ярко проявилось в деле Дрейфуса (Леонид Прайсман: Дело Дрейфуса. Изд. “Кахоль-Лаван”. Иерусалим, 1987, 24 – 27).

<sup>2</sup> Довольно неловко на фоне приводимого отзыва Гордона Олпорта о Левине, спустя десятилетия после его смерти, читать, как написал Д. А. Леонтьев о своем деде А. Н. Леонтьеве, что тот “разработал ряд восходящих к Левину идей о динамике деятельности гораздо дальше и глубже, чем сам Левин”, так как обладая хорошим вкусом, А. Н. смог позаимствовать многое как раз у Гордона Олпорта.

## Блюма Вульфовна Зейгарник



конкретность, ценности и смысл. По окончании университета (1927), а диплом ей вручали Вертгаймер, Шпрангер и Левин, она посещала вместе с К. Левиным соматическую клинику А. Гольдшайдера<sup>3</sup> и психоневрологическую клинику Курта Гольдштейна, перебравшегося в 1929 г. в Берлин. В 1931 г. Б.В. приехала с мужем в Москву, где стала сотрудникой близкого ей по духу Л. С. Выготского в Институте по изучению высшей нервной деятельности при Секции естествознания Комакадемии, а затем в психоневрологической клинике Всесоюзного института экспериментальной медицины (ВИЭМ). В 1934 г. опубликовала работу “Проблема понимания переносного смысла слов или предложений при патологических изменениях мышления”. В 1935 г. ей присвоена степень кандидата биологических наук. Немецкая степень доктора философии в СССР не была признана. В 1940 г. был арестован и осужден “на 10 лет без права переписки”, т.е. расстрелян, муж Б.В., и она осталась практически без поддержки с двумя сыновьями, одному из которых было меньше года, другому 6 лет. Годы террора тех лет наложили глубокий отпечаток на всю ее последующую жизнь. Основным в жизни стал страх, прежде всего, за судьбу своих детей, внутренняя цензура. Блюма Вульфовна, как очень многие, не оставила после себя ни автобиографии, ни архивов, ни записных книжек, ни воспоминаний, ею все было тогда уничтожено. Во время второй мировой войны эвакуировалась с детьми из Москвы и работала вме-

сте с А. Н. Леонтьевым и А. Р. Лuria в нейрохирургическом эвакогоспитале на Урале в пос. Кисегач Челябинской области, разрабатывая методы реабилитации после тяжелых ранений. Итогом этой работы стали публикации Б.В. “К вопросу о локальных и общемозговых факторах при лобных нарушениях мозга” (1943) и о нарушениях спонтанности при военной травме лобных долей мозга (1949), все, что осталось от материалов “украденной диссертации” на базе кисегачских материалов.

В 1942 г. Сергей Леонидович Рубинштейн создал и возглавил кафедру психологии в МГУ, на которую привлек А. Н. Леонтьева, А. Р. Лuria, П. Я. Гальперина и Б. В. Зейгарник. В 1944 г. Б.В. возглавила лабораторию экспериментальной патопсихологии в Московском НИИ психиатрии, созданную при ее непосредственном участии. Здесь была заново и по-новому воссоздана отечественная экспериментальная патопсихология, а с 1949 г. по инициативе С. Л. Рубинштейна в МГУ начал читаться курс патопсихологии.

В ходе антисемитской кампании по борьбе с ксенофобией С. Л. Рубинштейн в 1949 г. был замечен А. Н. Леонтьевым, Б. В. Зейгарник в 1950 г. отстранена от заведования лабораторией в Институте психиатрии, а в 1953 г. уволена из лаборатории.

Восстановлена в должности заведующей в 1957 г. и сумела сохранить психологическое направление исследований в унылую серую эпоху господства квазипавловского направления. В 1959 г. защитила докторскую диссертацию “Нарушения мышления у психически больных”, создала классификацию этих расстройств, гомономную клиническим представлениям, что обеспечило понимание и заинтересованность клиницистов в экспериментально-психологи-

<sup>3</sup> А. Гольдшайдер — автор концепции аутопластической картины болезни (1929) с ее сензитивной и интеллектуальной частями, развитой Романом Альбертовичем Лuria как “внутренняя картина болезни” (1939).

ческих исследованиях больных и действительно оказывалось существенным подспорьем клинической диагностики. В результате, лаборатория стала методическим центром подготовки специалистов союзного значения, было подготовлено свыше 200 специалистов-патопсихологов. В 1965 г. Б.В. присваивают звание профессора по психологии. В 1967 г. после длительного сопротивления нажиму министерства тогдашний высокогуманный директор Московского института психиатрии Д. Д. Федотов вынужден был перевести Блюму Вульфовну в силу возраста в научные консультанты. Б.В. продолжала регулярно бывать в лаборатории, так как она оставалась базой кафедры нейро- и патопсихологии факультета психологии МГУ, соруководителем которой она была вместе с А. Р. Лурдия. С 1967 г. возобновила прерванное в 1950 г. преподавание на психологическом факультете МГУ курса патопсихологии. На протяжении всей своей научно-преподавательской деятельности Б. В. осталась верна левиновским методикам Берлинского периода, решая с их помощью разнообразные прикладные проблемы. Это прослеживается по публикациям под ее началом и в 1935 – 1936 гг., и в 1956 – 1960 гг., и в 1967 – 1979 гг. Ее собственными исследованиями, продолжившими исследования 1934 г., были работы, посвященные исследованию нарушений мышления при психических заболеваниях (1957, 1962), введению и основам патопсихологии (1969, 1973, 1986), личности и патологии деятельности (1971), аномалиям развития личности (1980, совместно с Б. С. Братусем), “Теория личности Курта Левина” (1981), “Теория личности в зарубежной психологии” (1982), “Практикум по патопсихологии” (1987). Было показано, что при различных психических заболеваниях выявляются принципиально те же закономерности функционирования психики, что и в норме.

Среди ее учеников Ю. Ф. Поляков, возглавивший психологическую лабораторию в академическом Институте психиатрии и создавший собственное направление исследований; М. М. Коченов, автор диссертации “Нарушения смыслообразования при шизофрении” (1970), заложивший основы судебно-психологической экспертизы (1977) и возглавивший отдел в НИИ Генеральной прокуратуры, и Б. С. Братусь, автор работы “Психологический анализ изменений личности при алкоголизме” (1972), ставший деканом психологического факультета РГГУ и создателем нового направления — христианской психологии.

Но никто из ее учеников не сумел воссоздать ту удивительную атмосферу лаборатории, которая исходила от этой миниатюрной женщины, которой не было видно на трибуне, которая покоряла своей естественной мудрой простотой, лишённой всякого формализма, естественной логикой, верностью своим достойным научным принципам левиновской эпохи.

Ее экспериментальная манера работы с испытуемыми располагала их к ней, не вызывала напряжения. Так же просто она рассказывала об экспериментах Левина и его сотрудников, почерпнутых из текущей жизни. Она была верна заветам Левина, его высокой интеллектуальной честности, преданности научным исследованиям, строгости эксперимента, которые видела не в формальном педантизме, не в результате, не в правильном ответе, не в количественном выражении, а в необходимым образом предваряющем тщательным описанием особенностей выполнения задания, его траектории, этапности, последовательности ходов... Она категорически отказывалась от активных предложений математиков по нормализации и стандартизации используемых и разработанных в лаборатории экспериментальных методик. Не боялась противостоять тогдашнему массовому повороту к тестологии, преследование которой увенчало ее терновым венцом и которая привлекала ярко выраженной “настоящей научностью”, упускающей из своей методологии простые, но фундаментальные вещи: исходную контекстуальную клинико-психологическую часть исследования, систему отношений и установок у больного и с больным, использование в индивидуальном эксперименте методик, рассчитанных на массовые исследования.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Вертгаймер М. Продуктивное мышление. — М., 1987.
2. Келер В. Исследования интеллекта человекоподобных обезьян // Гештальт-психология. — М., 1998.
3. Коффка К. Основы психического развития // Ibid.
4. Выготский Л. С. // Ibid., 13 – 31, 285 – 347.
5. Левин К. Динамическая психология. — М., 2001.
6. Леонтьев Д. А., Поляева Е. Ю. // Ibid., 3 – 22.
7. Зейгарник Б. В. Теория личности Курта Левина — М., 1981.
8. Хант Мортон. История психологии. — М., 1993.
9. Саугстад Пер. История психологии от истоков до наших дней. — Самара, 2008.
10. Шихи Ноэль, Чепман Энтони Дж., Конрой Уэнди А. Психология: биографический библиографический словарь. — СПб., 1999.
11. Шульц Д., Шульц С. Э. История современной психологии. — СПб., 1992.
12. Кондаков И. М. // История психологии в лицах. Ред. Л. А. Карпенко. — М., 2005.
13. Ярошевский М. Г. История психологии. — М., 1985.
14. Петровский А., Ярошевский М. История психологии. — М., 1994.
15. Ждан А. Н. История психологии: от античности к современному. — М., 1999.
16. Марциновская Т. Д. История психологии. — М., 2004.
17. Савенко Ю. С. Горькие воспоминания // НПЖ, 2000, 4, 55 – 57.
18. Koffka K. Principles of Gestalt Psychology — Harcourt, Brace, 1935.
19. Metzger W. Psychologie. 4 Aufl. Dr. Dietrich. Steinkopff Verlag — Darmstadt, 1968.
20. Spiegelberg Herbert. Phenomenology in Psychology and Psychiatry. — Northwestern Univ. Pr., Evanston, 1972.

# АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ

---

## К теории психиатрии. Идя вперед, нужно постоянно оглядываться назад (продолжение)<sup>1</sup>

Ю. С. Савенко

Продолжается уточнение адекватного психиатрии контекста экологической, исторической, лингвистической антропологии как строительных лесов теории психиатрии. Показано, что в отличие от однослойных наук, которые имеют свои собственные предметные основания, разделы антропологии имеют одно общее предметное основание. Студенты знакомятся отдельно с психологией как однослойной наукой и отдельно с психиатрией, тогда как соразмерная психиатрии антропология нормального здорового человека полностью выпадает, что ведет к смешению психопатологических и патопсихологических понятий в силу их омонимичности и ошибочно соотносит психиатрию в норме с психологией, а не антропологией.

**Ключевые слова:** теория психиатрии, антропология и психиатрия, антропология и психология, антропология и классификация наук, обучение антропологии, тренинги для психиатров

### Экологическая, историческая и лингвистическая антропология

Чтобы адекватно понять, какова теория психиатрии сегодня, необходимо взятое представление, какой она была до этого, какой должна бы быть и какова будет в реальном будущем. Только в такой темпоральной развертке наше представление может быть относительно адекватным. Но это частность от состояния и тенденций развития общемировой и отечественной истории знания в целом, истории науки и самой истории, а это предмет исторической антропологии. Нельзя не упомянуть, но только упомянуть, чтобы не утонуть в чудовищной фактологии темы “наука и политика”, о сравнительном анализе советского и нацистского периодов в истории науки, а не только антропологии. Огромный фактический материал по этой теме изложен и проанализирован Э. И. Колчинским и мн.др. [1 – 4]. Она охватывает не только вопрос, куда движется история человечества, конкретного народа, конкретной страны, конкретной науки, но прежде всего, как меняется сам человек, включенный в этот многоструйный процесс, как соотносятся эти тотальные изменения с изменением конкретного человека. Используя наши профессиональные термины, опередившие другие научные дисциплины, это гомо- или гетерономные изменения по отношению к изменениям в разных слоях и стратах современного им конкретного места обитания и деятельности: в ногу ли со време-

нем? Большинство горожан быстро приобретает новые формы и содержание своей жизнедеятельности, но всегда есть белые вороны, забегающие вперед, или реликты разных ушедших времен, которые полностью не вымирают. Это касается и наших пациентов, т.е. конкретных людей с конкретным диагнозом, а не психических расстройств самих по себе и не наших концепций об этом, того, чем до сих пор ограничиваются. Современная доказательная медицина по-прежнему содержит оба крыла — индуктивное, инструментально-лабораторное и клинико-феноменологическое. Между тем, одна из важных характеристик: насколько пациент — человек своего места и времени. Это характеристика, которая включает в себя, в соответствии с понятиями “временной перспективы” (L. K. Frank, 1934; K. Lewin, 1942) и “хронотопа” (А. А. Ухтомский, 1925; А. Л. Чижевский; М. М. Бахтин), т.е. единства места и времени, конгруэнтность конкретного пациента своей среде в самых различных отношениях, в частности, его избирательность в отношении того, у кого и как лечиться — в современной клинике, фармакотерапия которой видоизменила картины и течение психических заболеваний, или у архаических целителей разного толка. Недоверие таких пациентов к современной медицине сливается с недоверием ко всем государственным институциям на самой различной почве. В связи с этим, психиатру важно знать и уметь транспонировать свои рекомендации на язык, понятный и принимаемый конкретным пациентом, а не опровергать его представления, уметь

<sup>1</sup> Начало см. в НПЖ 2019, 3, 16 – 22; 2019, 4, 12 – 19.

формулировать свои рекомендации в системе принятых им понятий.

Действительность характеризуется единством экологической, исторической и лингвистической антропологии. Экологическая антропология, рассматривая среду обитания человека как природного, оседлого или кочевого существа, выделяет в ней значение мест проживания, особенно первых двух десятилетий его жизни, что еще столетия назад отмечено в географической концепции миазмов. А в социальной среде человека, как социального существа, выделяют приватный мир, т.е. неотделимую часть его личности, семейный мир, референтную группу, профессиональную среду, местную и центральную социально-политическую среду. Уже из этого видно, что адекватно говорить не об экологической, а историко-экологической среде. Это выражается в языке. Так, в языке алеутов, индейцев, маори, папуасов каждая вещь, каждая травка, каждая разновидность муравьев, каждая небольшая часть тела имеют свое наименование. В результате, выделяется, например, тридцать три вида походки (!) и нет общего понятия “походка”, по 400 глагольных форм, 10 времен (!) и т.д. “В их живописной речи отражается бесконечно подвижный, живо реагирующий ум, которому удается выразить на своем языке такие оттенки, которые не в силах передать европейские языки... “Образы-понятия” этого языка это своеобразные рисунки, где абстракция присутствует лишь в зачаточном виде “понятий-образов” [5]. Но это свидетельство не отсутствия способности к абстракции, а полной ее невостребованности в практической жизни, тогда как наличие огромного количества конкретных слов позволяет емко и быстро реагировать на повседневные ситуации. Так же как об ископаемых ящерах нельзя сказать, что они были хуже приспособлены к своей среде, чем современные животные к своей, так и языки нецивилизованных народов всеми своими особенностями обеспечивали их образ жизни в их конкретной среде при их небольшой численности и племенном общественном устройстве. “Мы, — говорит Гэтчет, — стремимся выражаться точно, индеец стремится говорить картино; мы классифицируем, он индивидуализирует” [5]. В наше время мы видим и в нашей науке доминирующую тенденцию к классификации и все большей обобщенности: диатез, деменция, алекситимия, патологическая зависимость, симптоматические психозы и т.д. Но наряду с этим, всегда присутствует контрапреакция на это в виде культа индивидуализации. Это вполне естественное и необходимое сочетание, которое соответствует теории Хайнца Вернера мультилинейного развития восприятия (логического, образного и др.) у любого человека любой эпохи и культуры.

Высокая чувствительность языка к социальным переменам наиболее ярко запечатлена Виктором Клемперером (1947) [6], зафиксировавшим изменение смысла многих обычных слов с приходом к вла-

сти нацистов, а затем штази. Язык не просто сообща-ет, но одновременно скрывает и обнажает. Эта изменчивость повседневного языка характеризует и научную терминологию. Даже традиционные термины начинают пониматься по-новому. Это делает актуальными постоянно дополняемые лексико-семантические словари профессиональных терминов, фиксирующие и комментирующие эти изменения и их тенденции.

Положение Николая Гартмана [7], что развитие предполагает открытость определения самих понятий, их историческую изменчивость превратилось спустя полвека в целое самостоятельное направление исследований и составление соответствующих философских и лингвистических словарей в соответствии с разделением философской истории понятий (их историографии, исторической семантики) и лингвистической истории слов (их лексикографии), что знаменовало лингвистический поворот в философии. В отличие от традиционной истории идей, современная история понятий стремится, в соответствии с Карлом Поппером, не сгладить противоречия между понимающим и понимаемым, а наоборот, заострить внимание “к дистанции между языком источника и языком исследователя” [8]. Если дооцененные отечественные психиатры ориентировались на немецкоязычную и франкоязычную литературу, то теперь знание преимущественно английского языка приводит к переориентации новых поколений психиатров на англоязычную литературу, что касается и многих других дисциплин. В результате, и “сам теоретический фундамент строится на работах этих исследователей, что требует ясной и полной картины различных западных теоретических школ”. Уже развитая в разных сферах “история понятий” может использоваться как междисциплинарный метод выяснения эволюции научных теорий и их понимания, понимания окружающего мира [9].

Указанное различие слов (терминов, именований, знаков) и понятий (значений, предметов) требует постоянно иметь в виду семантический треугольник Фреге. Проблема: “слова и вещи”, т.е. конкретные вещи и обозначение их словами, дальнейшее оперирование вместо вещей словами, подмена несомненных ценностей ссылками на них чревата многими опасностями — прежде всего, колебаниями курса доверия к их надежности. В экспериментальной психопатологии показателен пример методики “классификации”, разработанной выдающимся психоневрологом Куртом Гольдштейном. Представлявшая первоначально набор различных предметов она была заменена изображениями этих и других предметов. Это существенно уменьшило число модальностей и изменило установление конкретного и общего. Удобство экспериментатора возобладало над смыслом самого исследования.

### Разделы антропологии — не разветвленность

Принципиальное отличие разделов антропологии от разветвленности однослойных наук состоит в особенности, гомологичной ошибке, которая тормозила и решение проблемы мозговой локализации функций: переход от представления о “локальных центрах” к концепции “системной локализации” (А. Р. Лурия и др.), т.е. замена представления об узкой локализации сложных функций на представление об узкой локализации составных компонентов этих функций не решала, а отодвигала решение. Оно состояло в радикальном пересмотре понимания, что такое мозговой “центр” функции. Само это понятие оказалось ложной проблемой, так как она воплощается во всей нейрофизиологической “конструкции”. Следовало говорить не о центрах в анатомическом смысле, а о практически значимых и доступных для нейрохирургических операций подходах к путям нервной циркуляции, где роль центра осуществляется решаемая задача посредством динамического оператора в нервных сетях (нейропиле), во многом соответствующем доказанному А. А. Ухтомского [10, 11].

Согласно этому гомологическому примеру о “разветвленности” можно говорить только в отношении однослойных наук, которые имеют свои собственные предметные основания, тогда как в отношении разделов антропологии — только в смысле “направления взгляда” с одной и той же позиции целостного основания. Этот фундамент — человек, личность в целом, живая, действующая, конкретная, в случае индивидуального рассмотрения, а также и все другие микро- и макросоциальные группы вплоть до человечества в целом. Этот антропоцентрический подход сам является историчным. Он уже пытается миновать самонадеянную “эгоцентрическую” эпоху ранней молодости, начал осознавать свою принадлежность Природе и необходимость заботиться о ней, хотя продолжаются бездумная растрата ее энергетических ресурсов, загрязнение и замусоривание, — все еще длящееся варварство, отнюдь не латентное.

Уже первые два основополагающих измерения психиатрии, “норма — патология” и “ здоровье — болезнь”, предполагают их целостное рассмотрение, не замыкающееся в сфере болезни, девиаций и дефектов. Хотя еще Руководство Э. Блейлера (русск. изд. Берлин, 1920; репринт НПА, 1993) [12] подавало пример такого подхода, отечественные руководства не следуют этому. В результате, студенты знакомятся отдельно с психологией как однослойной наукой и отдельно с психиатрией, тогда как соразмерная психиатрии антропология нормального здорового человека полностью выпадает. Смешение этих подходов отнюдь не безобидно, так как глобальные упрощения нередко отзываются неожиданными негативными отдаленными последствиями.

Подобно тому, как художники, овладевая своим мастерством, начинают видеть все намного полно-звучнее, одновременно тонко нюансированным и разнообразно контрастным, многозначно полифоничным и лишенным общих для всех иллюзий, так и обучение психиатрии должно необходимым образом включать тренажи студентов феноменологическим, т.е. беспредпосыпанным непредвзятым описаниям и — наоборот — разнообразнейшее тенденциозным описаниям облика, поведения, беседы с конкретным человеком, — умение тоже необходимое для тонкой артикуляции объективности описания. Сюда же относится рефлексивный тренаж [13], эмпатические тренажи, классификационный тренаж, например, в виде интеллектуальной игры “угадай задуманное слово за 8 или 6 вопросов, на которые можно отвечать только да/нет” и т.д. наконец, для любого врача, тем более психотерапевта, необходим курс риторики. Благодаря таким тренажам и специальным упражнениям, “не-которые психологи, например, Иб Мустгорд (1990), научились воспринимать особенности объектов, недоступные неподготовленным людям [14, с. 116].

Изложенное развитие антропологии в разных направлениях не меняет ее общего знаменателя: взгляда на все сферы и проблемы человеческой деятельности с антропоцентрических позиций, не противопоставляя, а активно используя данные фундаментальных (академических) наук. Это взгляд, смягчающий разрыв обывательского взгляда “по здравому смыслу” (фолк-антропологии) с взглядом научной антропологии. Этот взгляд, представляющий предмет антропологии как особый аспект рассмотрения, может различаться по охвату сканирования и масштабу рассмотрения. На этом основании мы всегда выступали за целесообразность введение в некоторые экспертные комиссии представителей “улицы”, носителей типового общественного сознания, наподобие института суда присяжных.

Попытки интеграции однослойных наук, хотя и необходимой как тенденция, не могут заменить антропологического взгляда на любые проблемы любой другой предметной сферы. Так может быть решена на современном этапе проблема интеграции наук о человеке: не ограничивающаяся растиражированным “био-психо-социальным” или “био-психо-социально-духовным” подходом (правильнее био-психо-духовный, т.к. социальное — не онтологический слой, а вертикальное измерение, присутствующее во всех слоях), а сохраняющая традиционный, но всякий раз глубже осмыслимый, антропологический, личностный, индивидуальный клинико-психопатологический подход.

Предложенное здесь представление [15] существенно проясняет и смягчает позицию Зигмунда Коха (1985, 1993), который “стал горячим приверженцем точки зрения, согласно которой психология не может считаться самостоятельной научной дисциплиной, ее

следует рассматривать как некую область пересечения различных отраслей знания, ... что следует избегать соблазна создавать иллюзию того, что психология обладает какой-то целостностью, как предмет изучения” [14, с. 10 – 19]. Действительно, выделение психологии в самостоятельный онтологический слой является проявлением “антропоцентризма христианской антропологии, представлением о мире, созданном для человека и предоставленном в его распоряжение”. (Карл Лёвит — Löwith) [16], так же как секулярное представление о прогрессе — проявлением “антропистической мании величия” (Дж. Б. С. Холдейн) [17]. В этом отношении выразительна историческая судьба педологии, как антропологии детского, подросткового и юношеского возраста. Еще 20 лет назад многие, а иные психологи до сих пор, не решаются, вопреки очевидности, называть Л. С. Выготского педологом. Понимание этого важно, как напоминание, что научная психология выросла из антропологии и отринула ее в позитивистскую эпоху, хотя естественным является их сосуществование, как например, физики Ньютона, остающейся справедливой для классической механики.

Неразличение наблюдателя и наблюдалемого, как чего-то недостижимого, а также явлений и сущности, является тем, что обычно рассматривается как противостоящее научности как таковой, хотя квантовая механика поколебала первый тезис. Концепция, которая включала бы эти вечно антиномичные начала, соответствует тому, что мы видим: неуничтожимость противоречивости, которая служит источником саморазвития, помимо внешних обстоятельств. Наука шаг за шагом осваивает сферу антропологии, тогда как антропология, приобретая научную строгость, давно не тождественна фольк-антропологии. Непрерывное взаимодействие, а не солидаризация этих противостоящих подходов, давно заполнила пропасть между ними многообразием промежуточных и переходных форм. Все они вырастают на своем частном эмпирическом материале и собственных установках, что недопустимо превращать в общий знаменатель. Как красивы аллеи и как отвратительны лесопосадки, где деревья растут шеренгами, они хороши только с высоты птичьего полета, т.е. популяционного подхода.

Здесь уместно вспомнить 4 речи Альберта Швейцера о Гете и самого Гете [18]. “Главный упрек, который Гете бросает догматическому христианству, состоит в том, что оно представляет Бога существую-

щим вне природы, тогда как, по Гете, Он присутствует в ней и покоится в ней... Гете пишет в “Анналах” за 1811 г.: “При исповедуемом мною исконном мировоззрении, чистом и глубоком, настойчиво учившем меня видеть Бога в Природе и Природу в Боге, какое представление составило основу моей жизни ...”:

Что был бы Бог, когда б громаду тел  
Извне толкал, в круг пальца твердь вертел?  
Ему пристало внутри мира деять,  
В себе природу, в ней себя лелеять,  
Все, что живет, стремится, пребывает,  
Ни сил своих, ни духа не лишая”.

*(Продолжение следует)*

## **ЛИТЕРАТУРА**

1. Колчинский Э. И. Биология Германии и России — СССР. — СПб., 2007, 600 с.
2. Колчинский Э. И. (ред.). Наука и кризисы. Историко-сравнительные очерки. — СПб., 2003, 1000 с.
3. Ярошевский М. Г. (ред.). Расстрелянная наука. Вып. 1 — 1991; вып. 2 — 1994. СПб.
4. Тополянский В. Д. Сквозняк из прошлого. Изд. 2. — М., 2009, 600 с.
5. Леви Брюль Люсъен. Сверхъестественное в первобытном мышлении. — М., 1994.
6. Клемперер Виктор. LTI. Язык Третьего рейха. Записная книжка филолога. — М., 1998.
7. Горнштейн Т. Н. Философия Николая Гартмана. — М., 1969.
8. Бёдекер Ханс Эрих. Отражение исторической семантики в исторической культурологии // Бёдекер Х. Э. (ред.). История понятий, история дискурса, история метафор. — М., 2010, 5 – 20.
9. Дубина Вера. “История понятий” в России. Послесловие. // Ibid., 298 – 319.
10. Бассин Ф. В., Бернштейн Н. А., Латаши Л. П. К проблеме связи между структурой и функциями в ее понимании // Физиология в клинической практике. Ред. Н. И. Граценков — М., 1966, 38 – 71.
11. Фейгенберг И. М. О связи физиологии и психопатологической симптоматики в клинике // Ibid., 72 – 93.
12. Bleuler E. Руководство по психиатрии — Берлин, 1920. Репринт НПА, 1993 с приложением рецензий на 11, 14 и 15 издания, переработанные Манфредом Блейлером с соавт. (1983).
13. Эмбри Лестер. Рефлексивный анализ. Первоначальное введение в феноменологию. — М., 2005.
14. Саугстад Пер. История психологии. От истоков до наших дней. — Самара, 2008.
15. Савенко Ю. С. Введение в психиатрию. Критическая психопатология. — М., 2008.
16. Новая философская энциклопедия. Т. II. — М., 2001, 380.
17. Холден Дж. Б. С. Факторы эволюции. — М., Л., 1935.
18. Швейцер Альберт. Четыре речи о Гете. — Санкт-Петербург, 2005.

# **Унижение и оскорбление человеческого достоинства как распространённая психическая и моральная травма, влияющая на психическое здоровье**

**Ю. И. Полищук<sup>1</sup>**

Достоинство человека является морально-нравственной категорией, определяющей его самоуважение и уважение к нему как личности со стороны общества, государства, других людей на основании признания его заслуг и достижений в социальной, общественной, профессиональной, семейной и других сферах жизнедеятельности, а также положительной оценки его физического и морального облика. Достоинство личности является нравственной ценностью и способом самоутверждения человека в обществе. Оно основано на праве каждого человека на уважение, уважительное отношение и выражается в самосознании, самооценке и самоконтроле. В прежние времена честь и достоинство человека ценились более высоко, чем в настоящее время. Многие высокообразованные и высоконравственные люди считали своим долгом активную защиту своей чести и личного достоинства перед лицом различных посягательств на них, попыток унижений и оскорблений. Подобная защита с помощью дуэли была сопряжена с риском для жизни, на который шли люди с высоким чувством собственного достоинства. Достоинство человека — это чувство и сознание положительной значимости и весомости своей личности, своих успехов и достижений в жизни по оценке и признанию других, в том числе авторитетных, людей. Самооценка человека и чувство собственного достоинства являются важным регулятором и показателем социальной направленности и поведения личности в обществе, критерием её общественной и гражданской ценности. Самосознание и чувство собственного достоинства даёт человеку уверенность в себе, своих силах и возможностях, определяет уважение к нему со стороны других людей.

Достоинство человека охраняется и защищается Конституцией страны. В 21-й статье Конституции Российской Федерации записано, что “1. Достоинство личности охраняется государством. Ничто не может быть основанием для его умаления. 2. Никто не должен подвергаться пыткам, насилию, другому жестокому или унижающему человеческое достоинство обращению или наказанию” [3]. В Уголовном кодексе РФ 1996 г. имелась статья 130 “Оскорбление, унижение чести и достоинства другого лица, выраженное в неприличной форме”, предусматривающая уголовное

наказание в виде денежного штрафа, либо ограничение свободы [6]. В 2011 г. она декриминализирована и стала ст. 5.61 КоАПа РФ, ч. 1 которой — “Оскорбление, унижение чести и достоинства другого лица, выраженное в неприличной форме” предусматривает административный штраф до 100 тысяч руб.(для юр. лиц). За последние годы происходят многочисленные нарушения этих законоположений, особенно по отношению к пожилым и старым людям, отличающимся повышенной уязвимостью и виктимностью в силу наличия у них когнитивных расстройств со снижением критических способностей, повышенной внушаемостью и доверчивостью. Таких людей становится всё больше в связи с увеличением средней продолжительности жизни во всём мире, включая Россию. Они часто становятся жертвами распространённого и хорошо изученного феномена эйджизма с разного рода дискриминацией, жизненными ограничениями, обманом и насилием в отношении пожилых людей. В их числе находятся ныне живущие ветераны Великой Отечественной войны и труженики тыла, перед подвигами которых в годы смертельной войны общество и государство до сих пор, спустя 75 лет после её окончания, остаются в неоплаченном долгу. До настоящего времени человеческое достоинство и ратные заслуги ветеранов войны и тыла не получили или недостаточно получили достойную оценку и вознаграждение со стороны государства. Многие из них болезненно восприняли распад привычных, глубоко усвоенных социалистических идей и убеждений, идеалов и социальных отношений, которые были и во многом остались для них высоко значимыми, вошли в их мировоззрение. Интенсивная, подчас чрезмерная и тенденциозная критическая оценка и осуждение советского прошлого в средствах массовой информации, на телевидении и в социальных сетях на протяжении многих лет привели к ущемлению и умалению чувства человеческого достоинства людей старшего поколения под влиянием этой непрекращающейся критики, принявшей для этих людей форму массивной психосоциальной травмы. В результате этого у многих людей старшего поколения возникли многочисленные социально-стрессовые тревожные и депрессивные расстройства, в основе которых лежат потеря социальных ориентаций, утрата цели и смысла жизни, чувства собственного достоинства и идентичности личности [1, 5].

<sup>1</sup> Московский НИИ психиатрии — филиал ФГБУ “НМИЦ ПН им. В. П. Сербского” Минздрава России.

Известно, что старость человека с прекращением трудовой деятельности сопряжена с неизбежным понижением или полной утратой его социального статуса. Переход к рыночным отношениям привёл к ухудшению материального и социального положения большинства пожилых и старых людей. В современных семьях остаётся всё меньше психологического места для пенсионеров. По отношению к ним часто проявляется неуважение, равнодушие, чёрствость, нередко жестокость. У них ущемляется чувство собственного достоинства, снижается самооценка, нарушаются личностная идентичность. У многих из них в силу социальной изоляции возникают переживания одиночества, своей ненужности, невостребованности, покинутости, отчуждения от близких и общества, что способствует развитию депрессивных и тревожных расстройств, процессу биологического увядания [5]. Всему этому государство за последнее время противопоставило программу “Активное долголетие”, которая предоставляет людям старшего поколения возможности занятий физической культурой, дополнительным образованием, освоением иностранных языков, компьютерной грамотности и других видов занятости. Вместе с тем, государство почти не оградило пенсионеров от различных видов процветающего в настоящее время мошенничества и обманов путём обращений мошенников по телефону и посредством интернета. Под видом социальных работников или специалистов коммунальных служб преступники входят в доверие к пожилым и престарелым людям, проникают в их квартиры, обкрадывают или вымогают деньги. Распространённым видом мошенничества стала умело поданная реклама лечебных средств от заболеваний суставов, позвоночника, сердца, онкологических и других заболеваний. При этом в рекламных объявлениях даётся убеждающая доверчивых людей ссылка на мнение и личный оздоровительный опыт известных медиков, артистов, телеведущих. Такого рода мошеннический бизнес, построенный на обмане, прежде всего, больных людей старшего возраста продолжается при почти полном бездействии правоохранительных органов, которые по непонятным причинам не пресекают решительно преступную деятельность, наносящую урон здоровью и личному достоинству обманутых людей, которое, согласно 21-й статье Конституции, должно охраняться государством.

Бездушие и невнимательность к достоинству человека часто проявляется врачами первичной медицинской помощи в поликлиниках, когда врач полностью игнорирует состояние и особенности личности страдающего пациента, занимаясь только обследованием и анализом функций внутренних органов. Многие врачи не обращают внимание на внутреннюю, субъективную картину болезни с разнообразными переживаниями, опасениями и сомнениями больного, которая часто в немалой степени влияет на характер

текущего болезни. Пациент всегда ждёт от врача внимания и участия в своём болезненном состоянии, ждёт его советов и поддержки, но обычно получает формальные и сухие заключения по результатам обследования и анализов. Несмотря на декларируемую концепцию персонализированной медицины, многие врачи в своей деятельности всё ещё далеки от принципа личностного и холистического подхода к пациенту. В таких случаях многие больные люди остаются неудовлетворёнными и разочарованными, обманутыми в своих ожиданиях и надеждах после встречи с такими врачами. Теряется доверие к врачам и вера в их профессиональные возможности. При оказании стационарной медицинской помощи дело обстоит несколько лучше в силу более тесного общения врача с пациентом и большего резерва времени у врача стационара для каждого больного.

Унижение и оскорбление человеческого достоинства регулярно происходит с экранов телевизоров. Агрессивная, назойливая, временами наглая, бесактная, пошлая и циничная телереклама вызывает у многих людей раздражение и возмущение, а также протест против информационного и психологического насилия над свободной личностью телезрителя, которому многократно навязывается и внушается что-то ненужное. Особенно неблагоприятно влияет телереклама тогда, когда она внезапно вторгается в сознание миллионов телезрителей по ходу показа интересного, захватывающего всё внимание фильма или познавательной передачи, грубо прерывая поток восприятий и переживаний телезрителя, разрывая сосредоточенное внимание и эмоциональный настрой. У большинства людей при этом возникает чувство досады, раздражение, возмущение и другие отрицательные реакции. Особенно в тех случаях, когда повторно и назойливо рекламируются средства от пота и перхоти, лекарственные препараты для лечения простатита, геморроя, запоров, поносов, импотенции, вздутий в животе. Примерно также многих образованных телезрителей возмущает реклама пищевых продуктов (сосисок, мучных и макаронных изделий, пиццы) под классическую музыку Чайковского, Шопена и Бетховена. В подобных случаях происходит унижение и оскорбление эстетических чувств телезрителей.

Красноречивым свидетельством отрицательного влияния частой и пошлой телерекламы на психическое состояние и человеческое достоинство телезрителей явилось письмо группы телезрителей в редакцию газеты “Московский комсомолец”. В нём говорилось: “Просим считать это письмо обращением к Генеральному прокурору... Руководители ТВ пользуются беспомощностью телезрителей перед пытками рекламой. Чем дальше, тем пытки более изувеченные. Даже в получасовых фильмах умудряются по нескольку раз испытывать наши нервы своими памперсами, диролами, асом и так далее. Мы не нуждаемся в памперсах и прочем подобном товаре. Реклама

помимо нашей воли в передачах и фильмах, которые мы смотрим, не что иное, как нарушение прав телезрителей. Если у телевидения есть нужда в рекламе, крутите, но отдельно от фильмов и передач, не портите нам настроение и нервы. Защитите наши права от теленасильников”.

Чувство человеческого достоинства унижается частым показом телефильмов и телепередач с криминальным сюжетом, множественными сценами насилия, агрессии, жестокости, издевательств, убийств, бесчеловечности. Особенно этим отличаются каналы НТВ и 5-й телеканал. В качестве примера приводим программу 5-го телеканала на 18 января 2020 года, субботу, накануне большого православного праздника Крещение (Богоявление):

**5.00 “Детективы”** (Россия). (16+); **10.15 “След”** (Россия) В лесу найдены человеческие останки и портативный ультразвуковой сканер. Зачем преступнику, расчленившему тело женщины, понадобился навороченный прибор? (16+); **11.00 “След”** (Россия). Сотрудник строительной компании Никита Белкин жестоко убит в собственной квартире. Незадолго до убийства он снял крупную сумму со своего счёта. (16+); **11.55 “След”** (Россия). В подмосковном лесу убит человек в белоснежном комбинезоне. Свидетели видели, как он входил в лес. Но ФЭС выясняет, что к этому моменту человек в комбинезоне был уже мёртв. (16+); **12.35 “След”** (Россия). У молодого человека пропала невеста, а вскоре после этого был убит отец — выстрелом в упор из травматика, принадлежащего отцу невесты. Но у хозяина пистолета — алиби... (16+); **13.20 “След”** (Россия). В спортивном клубе убит Виталий Скрыльников — бывший чемпион мира по боксу среди профессионалов. Похищен чемпионаский пояс. Поговаривали, что его детали сделаны из чистого золота. (16+); **23.20 “След”** (Россия) (16+); **0.00 “Известия. Главное”**. Таким образом, в течение всего предпраздничного выходного дня эфир этого телеканала был наполнен показом убийств и криминальных разборок. Нравственно ли это? Вопрос риторический.

С точки зрения общественной и индивидуальной психогигиены частая демонстрация агрессивной телерекламы и фильмов, насыщенных показом насилия, жестокости, убийств, оказывает негативное влияние на психическое состояние и личность людей с ослабленной нервной системой. Доказано, что под влиянием таких телевизионных воздействий создаются предпосылки и возникают провокации невротических тревожных, депрессивных и фобических расстройств, нарушений сна и других физиологических функций. По справедливому мнению Е. В. Безносюка и М. Л. Князевой, “информационная агрессия рекламы представляет собой национальную угрозу” [2]. Председатель комиссии по культуре Думы Томской области профессор Л. Пичурин заявил журналистам, что современная реклама наносит вред психическому

здоровью и нравственному воспитанию подрастающего поколения. По его мнению, многократное переключение внимания и сознания на внезапную рекламу во время показа фильмов приводит к “отуплению” телезрителей, особенно детей и подростков с ещё несформировавшейся психикой и не развитым чувством собственного достоинства. Известный кинорежиссер и депутат Государственной Думы С. С. Говорухин в своих выступлениях неоднократно говорил о растлевающем влиянии на молодёжь многих современных фильмов и телепередач, указывал на их пагубное влияние на нравственное и интеллектуальное здоровье.

Пора признать, что телевидение нередко становится генератором насилия, которое с экранов телевизоров выходит в реальную жизнь. Э. А. Панфилова, будучи главным омбудсменом страны, заявила, что дети России растут в агрессивной информационной среде, которая способствует развитию у них агрессивных проявлений в условиях семьи и школы. Американские психологи из Стэнфордского университета под руководством А. Бандуры после многочисленных наблюдений и экспериментов сделали вывод о том, что сцены насилия на телеэкране вызывают агрессивные импульсы у телезрителей. Не подлежит сомнению, что частый показ фильмов с криминальным сюжетом и фильмов-боевиков с картинами убийств, насилия и жестокости приводит к притуплению и подавлению способности человека к сочувствию и состраданию, наносит ущерб чувству и сознанию собственного достоинства.

По мере старения сознание и чувство собственного достоинства человека постепенно ослабевают. Этому способствуют понижение социального и экономического статуса человека с выходом на пенсию, ограничение коммуникативных возможностей, нарастающая социальная изоляция, полиморбидность, ограничение подвижности, снижение зрения и слуха. Наряду с этим в позднем возрасте многие люди становятся более ранимыми и уязвимыми по отношению к любым проявлениям несправедливости, неуважения, жестокости и насилия. Эти изменения часто лежат в основе семейно-бытовых конфликтов с детьми, внуками, другими членами семьи при совместном проживании. Снижение слуха у пожилого человека приводит к необходимости разговаривать с ним громким голосом, что может восприниматься им с обидой, так как ему или ей кажется, что на него или на неё грубо кричат или необоснованно повышают голос. Если же не говорить громко, и человек не слышит обращения к нему или не получает ответа, то ему кажется, что с ним не хотят разговаривать, игнорируют его, проявляют неуважение и пренебрежение, ущемляют его человеческое достоинство. Тем самым создаются поводы для конфликтов и обид с расстройством настроения и невротическими реакциями.

Унижение и оскорбление человеческого достоинства имеет место по отношению к психически больным позднего возраста, находящимся как в условиях семьи, так и в психиатрических больницах или психоневрологических интернатах. Несмотря на существование “Кодекса профессиональной этики психиатра”, принятого в 1994 году, отмечаются нередкие случаи его нарушений со стороны врачей, среднего и младшего медицинского персонала в форме физической и психологической жестокости [4]. Гражданская комиссия по правам человека выявила в ряде психиатрических учреждений факты жестокого обращения с психически больными старшего возраста, в том числе с деменцией, что отрицательноказывалось на их психическом, а иногда физическом, состоянии.

Таким образом, с учётом всего вышесказанного можно заключить, что принятие в медицине, включая психиатрию, принципа личностного, персонализированного подхода к больному человеку предусматривает необходимость внимания к его духовному миру, его человеческому достоинству. Этот принцип предусматривает оценку и учёт человеческого достоинства в диагностике, лечении и профилактике болезненных

расстройств. Достоинство личности является одним из важных духовных качеств здорового и больного человека. Дальнейшее развитие и гуманизация всей медицины должны осуществляться на основе бережного и внимательного отношения к личному достоинству каждого человека с недопущением любых проявлений его унижения и оскорблений.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Александровский Ю. А. Социально-стрессовые расстройства // Психиатрия. Национальное руководство. М.: 2009. С. 548 – 554.
2. Безносюк Е. В., Князева М. Л. Социально-психологические и патопсихологические феномены современной культуры // Независимый психиатрический журнал. 2002. № IV. С. 59 – 68.
3. Конституция Российской Федерации. М.: Юридическая литература. 1993. 96 с.
4. Полищук Ю. И., Летникова З. В. К вопросу о жестоком обращении с психически больными пожилыми и престарелыми людьми в семье и психиатрических учреждениях // Социальная и клиническая психиатрия. 2018. № 1. С. 101 – 105.
5. Полищук Ю. И., Федотов Д. Д. Современные проблемы психогигиены и первичной психопрофилактики. Смоленск: Свиток. 2014. 104 с.
6. Уголовный кодекс Российской Федерации. М.: 1996. 208 с.

**От редактора.** Человеческое достоинство превратилось в нашей стране в косметику: пытки, выбивающие самооговоры, стали рутинным методом следствия; домашнее насилие защищается РПЦ как национальное духовное наследие; избивший демонстрантов уже не стесняются; интеллигенцию унизили и опустили нищенскими окладами; наглость государственной пропаганды и казарменный стиль управления не считаются унижением верноподданных; восстановление первых отделов с их прежними функциями и масштабная коррупция определяют нашу действительность и давно требуют конкретных рекомендаций практического характера, гомологичных очистке авгиевых конюшен, а не прекраснодушиных увещеваний и призывов.

## Региональный конгресс ВПА в России

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

5 – 7 мая 2020 г., Санкт-Петербург

# **Медицинское и немедицинское применение препарата Бупропион (Обзор литературы)**

**С. А. Игумнов<sup>1</sup>, Н. В. Соболев<sup>2</sup>**

В статье обсуждаются особенности химического строения, история создания, клинические показания к применению, побочные эффекты, возможности злоупотребления и развития зависимости при применении препарата бупропион. Обсуждаются юридические аспекты его применения и случаи из уголовной практики.

За последнее время в СМИ и на государственном, в том числе самом высоком уровне, обсуждаются многочисленные, крайне резонансные уголовные дела, возбужденные в отношении пациентов, которые приобретали для себя или своих близких лекарственные препараты, не зарегистрированные в Российской Федерации. Это обусловлено, в частности, новациями отечественного законодательства, а именно, вступившими в силу в январе 2015 года изменениями в статьях 238.1 УК и 6.33 КоАП РФ (регулирующих ввоз лекарственных препаратов, которые прошли клинические испытания и применяются на практике, но не зарегистрированы в России). Фактически эти поправки приводят к запрету на ввоз в страну с целью сбыта препаратов, которые не прошли государственную регистрацию. Помимо этого, с ужесточением законодательства в области оборота наркотических средств имеются ряд случаев, когда пациенты или же их родственники были арестованы за “контрабанду наркотических веществ”, к которым приравнен ряд подобных препаратов и, в частности, бупропион. Одним из таких случаев стало громкое дело жительницы Екатеринбурга<sup>3</sup>, которая приобрела через легальный интернет-магазин лекарственный препарат бупропион с целью лечения имеющегося у него психического расстройства (по имеющимся в СМИ данным). На момент представления данной статьи пациентке грозит достаточно продолжительный срок тюремного заключения. Эта ситуация вызвала сильный общественный резонанс. В связи с актуальностью и социальной значимостью, авторы решили рассмотреть в данной статье ряд фармакологических, клиничес-

ских и юридических аспектов применения препарата бупропион.

## **История создания препарата и клинические показания к его применению**

Бупропион является единственным антидепрессантом, из ныне применяемых, который не воздействует на серотониновую нейромедиаторную систему, но при этом действует на адренергическую и допаминергическую нейромедиаторные системы. Бупропион был синтезирован в 1966 году. Группа ученых искала “агент, который был бы активен в моделях скрининга антидепрессантов, но отличался бы химически и фармакологически от трициклических, и не был бы симпатомиметиком, холинолитиком или ингибитором моноаминооксидазы”. В 1974 году данная лекарственная форма была запатентована [21]. FDA (Food and Drug Administration — Американская организация, регламентирующая правила обращения и показания для лекарств и пищевых продуктов) впервые зарегистрировала данное действующее вещество в 1985 году, в составе препарата Велбутрин (Wellbutrin), с максимальной суточной дозировкой до 600 мг/сутки. Но из-за того, что прием больших доз препарата мог вызывать эпилептические припадки, он был запрещен для продажи в 1986 году. В 1989 году бупропион вновь вернулся на рынок фармакологических препаратов, с максимальной дозировкой до 450 мг/сутки. Бупропион SR (лекарственная форма с замедленным высвобождением) был зарегистрирован FDA в 1996 году.<sup>4</sup> В 1997 году препарат был также зарегистрирован под торговым названием “Зибан” (Zibán). С 2003 года на рынке фармпрепаратов представлена наиболее распространенная в настоящее время пролонгированная форма бупропиона — Велбутрин XL [26], которая предназначена для приема один раз в сутки. Таким образом, бупропион является препаратом с более чем длительной историей приме-

<sup>1</sup> Кафедра наркомании и токсикомании ФДПО, Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова, Москва.

<sup>2</sup> Национальный научный центр наркологии — филиал ФГБУ “Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского”, Москва.

<sup>3</sup> “Почему россиянке грозит 20 лет тюрьмы за пачку антидепрессантов” // Lenta.ru от 27.04.2019

<sup>4</sup> U.S. FDA. Wellbutrin Prescribing Information. <https://www.accessdata.fda.gov>

## Медицинское и немедицинское применение препарата Бупропион

нения и давно зарекомендовал себя с положительной стороны. По данным сайта [www.clinicalcalc.com](http://www.clinicalcalc.com), в 2006 году бупропион в США был четвертым по частоте назначаемости, а в 2019 году — двадцать восьмым по частоте назначения препаратом<sup>5</sup>, что может свидетельствовать о его активном использовании в медицинской практике на протяжении полутора десятилетий.

На территории РФ бупропион был официально включен в Перечень лекарственных средств, в качестве средства для лечения табачной зависимости. До 2016 года данный препарат применялся на полностью легальной основе (насколько нам известно, он выписывался даже на обычных рецептурных бланках). FDA прежде всего рекомендует назначение препаратов бупропиона по следующим показаниям, являющимися основными:

1. Большое депрессивное расстройство (Бупропион, Бупропион XL, Бупропион SR) [18];
2. Сезонное аффективное расстройство (Бупропион XL);
3. Никотиновая зависимость (Бупропион SR) [9; 27].

Помимо этого, бупропион применяется, но вне рекомендаций FDA, при депрессии в рамках биполярного расстройства, синдроме дефицита внимания с гиперактивностью [13], при некоторых сексуальных дисфункциях (особенно, если они вызваны применением СИОЗС) [2; 22; 24]. В комбинации с налтрексоном был рекомендован FDA для лечения ожирения. Фармакологическая категория — атипичный антидепрессант, ингибитор обратного захвата допамина и норэпинефрина. Он селективно захватывается дофаминовым транспортом (англ. DAT), но основной лечебный эффект вызывается ингибированием обратного захвата норадреналина [3; 5; 6; 12]. Также он действует как антагонист никотиновых ацетилхолиновых рецепторов. Имеются сведения об успешном применении бупропиона для лечения никотиновой зависимости у лиц, страдающих шизофренией и биполярным аффективным расстройством [19; 25].

### Побочные эффекты

Значимыми побочными эффектами препарата бупропион являются: сухость во рту, запор, тошнота, потеря веса, анорексия, миалгия, бессонница, головокружение, головная боль, возбуждение, тревога, трепор, боль в животе, шум в ушах, потливость, сыпь, гипертония, тахикардия [5, 12].

Наиболее опасными, представляющими наиболее серьезную угрозу для здоровья, побочными эффектами препарата бупропион, по данным зарубежных источников, являются:

1. снижение порога судорожной готовности, с возможным возникновением эпилептических приступов, хотя такие явления отмечаются редко (более высокая частота встречаемости приступов для таблетированных форм с быстрым высвобождением препарата, чем для форм с длительным высвобождением);

2. риск возникновения маниакальных и гипоманиакальных состояний (наиболее вероятно подобные явления встречаются у пациентов с биполярным расстройством);

3. активация суицидального поведения (крайне редкое осложнение). Вследствие этого, FDA требует, чтобы на упаковке антидепрессантов, включая бупропион, было помещено предупреждение в чёрной рамке (англ. black box warning) о том, что препарат может вызвать суицидальные наклонности у пациентов моложе 25 лет.

4. Злокачественный серотониновый синдром, чаще при сочетанном приеме бупропиона и антидепрессантов класса ингибиторов моноаминооксидазы (ИМАО), либо в период менее 2 недель с момента последнего приема препаратов ИМАО.

### Химическое строение и степень сходства с наркотическими средствами

По химическому строению бупропион принадлежит к фармакологической группе психоаналептиков и несколько схож по структуре с психостимуляторами (меткатиноном, диэтилпропионом и другими соединениями группы амфетаминов) [25].

В то же время, исходя из химического строения препарата бупропион, его сложно отнести к наркотическим средствам. На территории РФ в перечне наркотических психотропных средств и их прекурсоров, подлежащих контролю на территории РФ, подлежащих контролю в РФ, утвержденном постановлением Правительства РФ от 30 июня 1998 года № 681, ряд веществ упомянут вместе с их производными. Подобным образом в примечании № 6 упомянуты вещества природного или синтетического происхождения, которые не включены самостоятельными позициями в Государственный реестр лекарственных средств или непосредственно в указанный перечень веществ, химическая структура которых образована заменой (формальным замещением) одного или нескольких атомов водорода, галогенов и/или гидроксильных групп в химической структуре соответствующего наркотического или психотропного вещества на иные одновалентные и/или двухвалентные атомы или заместители (за исключением гидроксильных или карбоксильных групп). Суммарное же количество атомов углерода в производных не должно превышать в исходной химической структуре наркотического средства или психотропного вещества. Однако, в молекуле бупропиона содержится 13 атомов углерода (Бупропион Брутто формула: C13H18ClNO), в то вре-

<sup>5</sup> <https://clincalc.com/DrugStats/Top300Drugs.aspx>

мя, как в эфедроне (меткатиноне) этих атомов только 10 (Брутто формула: C<sub>10</sub>H<sub>13</sub>NO), т.е. они являются структурно различными соединениями. По данной причине, исходя из определения производных наркотических средств и психотропных веществ, указанного в постановлении Правительства РФ от 30 июня 1998 года № 681, антидепрессант бупропион не может рассматриваться в качестве производного эфедрона (меткатиона) и, следовательно, не может быть определен как наркотическое средство или психотропное вещество, свободный оборот которого запрещен на территории РФ.

### **Оценка риска злоупотребления препаратом бупропион**

В одном экспериментальном исследовании бупропиона на животных наблюдалось самостоятельное автоматизированное внутривенное введение данного препарата животными, что может означать потенциальный риск злоупотребления [1]. Однако значительное межвидовое отличие метаболизма бупропиона, в частности между приматами и людьми, делает такую экстраполяцию сомнительной.

Известны случаи из зарубежной практики, когда ряд лиц принимал бупропион с немедицинской (рекреационной, или “развлекательной”) целью. Примечательно, что злоупотребителями данного препарата являются в большей части случаев подростки и заключенные, т.е. лица, которые имеют достаточно ограниченный доступ к наркотическим средствам [4; 10; 14; 23]. Важно отметить, что для достижения эффекта наркотического опьянения обычный прием препарата бупропион, особенно пролонгированных форм в рекомендуемых дозировках и формах выпуска, не подходит. С целью злоупотребления для получения наркотического эффекта применяются дозировки бупропиона, значительно превышающие терапевтические; при этом препарат чаще всего применяется в порошкообразном виде. Для получения порошка таблетки, содержащие бупропион, раздавливаются и вещество либо вдыхается интраназально, либо вводится инъекционно, для ускорения его скорости поступления в кровь (первый вариант приема встречается чаще).

Исследования, проведенные на добровольцах, показали, что субъективный психотропный эффект бупропиона заметно отличается от эффектов амфетамина [7]. Здоровые добровольцы, обученные отличать амфетамин от плацебо, опознавали как амфетамин: бупропион (400 мг) в 20 % случаев, плацебо в 10 % случаев. Они также сообщали об ощущении настороженности, эмоционального подъема, энергичности и ускоренности, что соответствует общим стимулирующим свойствам бупропиона [20]. По ряду других данных, при приеме бупропиона пациентами, злоупотребляющими амфетамином, снижалось эйфори-

зирующее действие последнего, что дало авторам статьи повод для обсуждения его возможного терапевтического потенциала при лечении амфетаминовой зависимости [15; 17]. При немедицинском способе потребления бупропиона (путем вдыхания порошка или инъекций данного препарата) вероятность развития жизнеугрожающих побочных эффектов, особенно эпилептических припадков, многократно увеличивается [8; 11]. На практике, по последним данным на 2019 год, злоупотребление препаратом бупропион в мире встречается редко [16].

### **Заключение**

Таким образом, бупропион является антидепрессантом с почти полувековой (с 1974 г.) историей клинического применения [21]. Он хорошо подходит для лечения депрессий, особенно в качестве аугментации с СИОЗС, сексуальных дисфункций, особенно, если они являются следствием терапии СИОЗС и СИОЗСН [5;22;26], синдрома дефицита внимания и гиперактивности у взрослых [13] и табачной зависимости [5], а в комбинации с налтрексоном используется для снижения веса при некоторых видах ожирения[6]. Бупропион часто назначается пациентам в ряде зарубежных стран. Данный препарат характеризуется сравнительно небольшим количеством побочных эффектов и хорошей переносимостью, хотя встречаются (редко) и серьезные побочные эффекты, например, эпилептические припадки [8]. Случаи злоупотребления бупропионом встречаются, но достаточно редки, преимущественно, у лиц с малым доступом к другим ПАВ: заключенные, подростки. Стандартная таблетированная форма бупропиона практически не применяется с целью злоупотребления. С этой целью данный препарат в основном применяется в виде порошка, изготовленного путем измельчения таблеток, и вдыхается интраназально [10; 14]. В этом случае риск развития эпиприпадков многократно увеличивается; в то же время, риск развития зависимости при потреблении бупропиона по медицинским показаниям в форме таблеток (особенно, пролонгированных форм) маловероятен. Препарат по химической структуре, оценивая его по признакам, указанным в действующих в РФ нормативных документах, не относится к прекурсорам меткатиона. В РФ данный препарат до 2016 года достаточно успешно применялся для лечения никотиновой зависимости [27]; при этом в российских источниках не обнаружены случаи злоупотребления бупропионом на территории РФ за период, когда он был легален и доступен, что тоже косвенно свидетельствует о малом наркогенном потенциале данного лекарственного препарата.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Bergman J., Madras B. K., Johnson S. E., Spealman R. D. Effects of cocaine and related drugs in nonhuman primates. III. Self-admini-

## Медицинское и немедицинское применение препарата Бупропион

- nistration by squirrel monkeys // J. Pharmacol. Exp. Ther. — 1989. — Vol. 251, no. 1. — P. 150 – 155. — PMID 2529365.
2. Bodkin J. A., Lasser R. A., Wines J. D., Gardner D. M., Baldessarini R. J. Combining serotonin reuptake inhibitors and bupropion in partial responders to antidepressant monotherapy // The Journal of clinical psychiatry. — 1997. — Vol. 58, no. 4. — P. 137 – 145. — PMID 9164423.
3. Clayton A. H. Extended-release bupropion: an antidepressant with a broad spectrum of therapeutic activity // Expert Op. Pharmacother. — 2007. — Vol. 8(4). — P. 457 – 66.
4. Del Paggio, D. Psychotropic medication abuse in correctional facilities. Bay Area Psychopharmacol Newsl. — 2005. — Vol. 8(2). — P. 1 – 6.
5. Ferry L., Johnston J. A. Efficacy and safety of bupropion SR for smoking cessation: data from clinical trials and five years of postmarketing experience. // Int J Clin Pract. — 2003. — Vol. 57(3). — P. 224 – 30.
6. Foley K. F., DeSanty K. P., Kast R. E. Bupropion: pharmacology and therapeutic applications // Expert Rev Neurother. — 2006. — Vol. 6(9). — P. 1249 – 65.
7. Griffith J. D., Carranza J., Griffith C., Miller L. L. Bupropion: clinical assay for amphetamine-like abuse potential // J Clin Psychiatry. — 1983. — Vol. 44, no. 5 Pt 2. — P. 206 – 208. — PMID 6406459.
8. Hill S., Sikand H., Lee J. A case report of seizure induced by bupropion nasal insufflation. Prim Care Companion // J. Clin. Psychiatry. — 2007. — Vol. 9(1). — P. 67 – 68.
9. Khan, S. R., et al. Bupropion Hydrochloride: Profiles of Drug Substances, Excipients and Related Methodology // Academic Press, — 2016. — Vol. 41. — P. 1 – 30.
10. Khurshid K. A., Decker D. H. Bupropion insufflation in a teenager // J Child Adolesc. Psychopharmacol. — 2004. — Vol. 14. — P. 157 – 158.
11. Kim D., Steinhart B. Seizures induced by recreational abuse of bupropion tablets via nasal insufflation // CJEM. — 2010. — Vol. 12(2). — P. 158 – 161.
12. Levenson M., Holland C. Antidepressants and Suicidality in Adults: Statistical Evaluation // Presentation at Psychopharmacologic Drugs Advisory Committee; December 13, 2006.
13. Maneeton, N., et al. Bupropion for adults with attention?deficit hyperactivity disorder: Meta?analysis of randomized, placebo?controlled trials // Psychiatry and clinical neurosciences. — 2011. — Vol. 65 (7). — P. 611 – 617.
14. McCormick J. Recreational bupropion abuse in a teenager // Br. J. Clin. Pharmacol. — 2002. — Vol. 53. — P. 214.
15. Miller L., Griffith J. A comparison of bupropion, dextroamphetamine, and placebo in mixed-substance abusers // Psychopharmacology: journal. — Springer, 1983. — Vol. 80, no. 3. — P. 199 – 205. — DOI: 10.1007/BF00436152. — PMID 6412263.
16. Naglich, A. et al. Systematic review of preclinical, clinical, and post-marketing evidence of bupropion misuse potential // The American journal of drug and alcohol abuse. — 2019. — Vol. 45 (4). — 341 – 354.
17. Newton, T. F., et al. Bupropion reduces methamphetamine-induced subjective effects and cue-induced craving // Neuropsychopharmacology. — 2006. — Vol. 31(7). — P. 15 – 37.
18. Papakostas, G. I., et al. Efficacy of bupropion and the selective serotonin reuptake inhibitors in the treatment of major depressive disorder with high levels of anxiety (anxious depression): a pooled analysis of 10 studies // Journal of Clinical Psychiatry. — 2008. — Vol. 69(8). — P. 1287 – 1292.
19. Pearsall, R. et al. Pharmacological and behavioural interventions to promote smoking cessation in adults with schizophrenia and bipolar disorders: a systematic review and meta-analysis of randomised trials // BMJ open. 2019. — Vol. 9.11.
20. Rush C. R., Kollins S. H., Pazzaglia P. J. Discriminative-stimulus and participant-rated effects of methylphenidate, bupropion, and triazolam in d-amphetamine-trained humans // Experimental and clinical psychopharmacology. — 1998. — Vol. 6, No. 1. — P. 32 – 44. — DOI: 10.1037/1064-1297.6.1.32. — PMID 9526144.
21. Soroko, F. E., et al. Bupropion hydrochloride ((±) α-t-butylamino-3-chloropropiophenone HCl): a novel antidepressant agent. — Journal of Pharmacy and Pharmacology. — 1977. — Vol. 29 (1). — P. 767 – 770.
22. Spier, Scott A. Use of bupropion with SSRIs and venlafaxine // Depression and anxiety. — 1998. — Vol. 7 (2). — 73 – 75.
23. Stassinos, G. L., Klein-Schwartz W. Bupropion “abuse” reported to US poison centers // Journal of addiction medicine. — 2016. — Vol. 10 (5). — P. 357 – 362.
24. Terry P., Katz J. L. Dopaminergic mediation of the discriminative stimulus effects of bupropion // Psychopharmacology. — Springer, 1997. — Vol. 134, No. 2. — P. 201 – 212.
25. Whiten, L. Bupropion Helps People with Schizophrenia Quit Smoking // National Institute on Drug Abuse. Research Findings. — 2006. — 20(5). — P. 1.
26. Zisook, Sidney, et al. Use of bupropion in combination with serotonin reuptake inhibitors // Biological psychiatry. — 2006. — Vol. 59(3). — P. 203 – 210 DOI: 10.1016/j.biopsych.2005.06.027. — PMID 16165100.
27. Rodionov, A. V. Современные медикаментозные методы лечения табакокурения // Медицинский совет [The modern pharmaceutical methods of smoking treatment // Medical Council]. — 2018, № 5. — С. 100 – 103.

# КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ

## Биполярное аффективное расстройство или шизофрения?

Разбор ведет проф. В. В. Калинин<sup>1</sup> врач-докладчик Л. А. Чижова<sup>2</sup>  
(Психиатрическая клиническая больница № 4 им. П. Б. Ганнушкина, 16.10.2019)

**Врач-докладчик:** Уважаемые коллеги! Вашему вниманию представляется пациентка Диана Викторовна (имя изменено), 2001 г.р. (возраст 18 лет), жительница Москвы.

### Цели клинического разбора:

1. Дифференциальная диагностика между параноидной шизофренией (F20.0), шизоаффективным расстройством (F25) и детским типом шизофрении (F20.8763).

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

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

**Анамнез.** Наследственность психопатологически не отягощена. Мать — добродушная, заботливая, отзывчивая, сензитивная, при беседе с врачом волнуется, в беседе заикается, отмечается дрожь в теле, часто в беседе стереотипно извиняется. Работает преподавателем в школе. Отец — активный, любит быть в центре внимания других женщин, “спонтанный”, эгоистичный. Когда дочери было 3 года, родители развелись по причине измены со стороны отца пациентки, который в настоящее время живет в новой семье, имеет 2 сыновей. Отношения с дочерью ровные, однако контактируют редко, дочь при этом хранит все подарки отца, даже детские, подчеркивая каждый раз, что “это же от папы!”. Брат младше пациентки на 10 лет, добрый, покладистый, учится в средней школе, отношения с сестрой хорошие, ровные.

Родилась в г. Москве от первой беременности, роды в срок, физиологические после амиотомии и стимуляции. Закричала сразу, по шкале АПГАР 7/8 баллов, рост 52 см, вес 3850. Грудное вскармливание до 2-х месяцев. В период новорожденности без особенностей, мать выделяла, на дискомфорт реагировала. Была достаточно спокойным ребенком. К

4 мес. стояла с поддержкой, в 5.5 ползала, в 7 месяцев села, пошла в 11 месяцев. Наблюдалась у невролога с диагнозом “гиперактивность”, принимала глицин без эффекта, “могла целый день бегать, прыгать, играть в активные игры”. Первые слова в 1,6 мес., фразовая речь к 3 годам. В 3 года пошла в логопедический детский сад, адаптировалась быстро, плакала первую неделю. С детьми общалась, стремилась к лидерству, всегда была “заводилой”, при этом предпочитала активные игры в кругу мальчишек. Хотела всегда быть в центре внимания, заявляла ребятам “смотрите только на меня”, легко знакомилась с детьми на площадке. Была требовательна к родителям и окружающим взрослым, вела себя как “маленькая женщина” (увелевалась косметикой, накрашивалась, смотрела модные каналы по телевизору, “знала все параметры известных моделей”, убранство в кукольных домиках — цвет стен, наличие “джакузи”, предметов роскоши, предпочитала игры в куклы). Развод родителей в 3 года переживала с удивительным спокойствием, с новым мужем матери общалась охотно, называла его “другом”. С 4 лет стала вызывать у себя рвоту, если заставляли есть то, что не хотелось. Ходила в художественную студию, к которой через 2 месяца быстро потеряла интерес, плакала, чтобы ее забрали. Часто играла в “принцесс”, любила наряжаться, крутилась перед зеркалом, просила взрослых говорить, какая она красивая, восхвалять ее.

В школу пошла с 7 лет, адаптировалась легко. Охотно общалась с другими детьми, выделяла для себя одну подругу, к которой относились “с трепетом”, не разрешала ей общаться с другими детьми, была абсолютным лидером в их компании, наставляла, как ей нужно одеваться, как разговаривать, во что играть. Со слов матери, девочке приходилось писать записки своим одноклассникам, что она не может с ними общаться по причине того, что подруга ей не разрешает этого делать. Сменила много секций и кружков (баскетбол, художественная лепка), однако дольше 5 занятий не задерживалась (“не нравилось”, “не хочу”). Отказывалась от занятий, тренер или педагог “не хвалили”, родители на дальнейших занятиях не настаивали. Стала посещать театральную студию, куда ходила с удовольствием в течение 4-х лет,

<sup>1</sup> Д.м.н., профессор, руководитель отделения экзогенно-органических расстройств и эпилепсии Московского НИИ психиатрии — филиала ФГБУ “ФМИЦПН” Минздрава России.

<sup>2</sup> Врач-психиатр приемного отда.

## Биполярное аффективное расстройство или шизофрения?

получала похвалу со стороны окружающих. Нравилось, что на нее смотрят на сцене, хотела стать “кумиrom миллионов, быть идолом”, решила стать актрисой. Рассказывала об этом всем окружающим и взрослым, часами говорила о кино, требовала одобрения со стороны. Постоянно опаздывала в школу, не могла с утра подняться, ложилась под утро, читала статьи о моде и кино в телефоне. До начала средней школы писала стихи, вела дневниковые записи. В 1-ом классе одноклассник назвал ее “жирозавром”, после чего часто плакала, вспоминая его слова много лет спустя. В возрасте 10 лет родился брат пациентки, также взяли котенка, однако с полным равнодушием относились к нему, ревности к матери не испытывала, большую часть времени проводила в комнате, смотрела телепередачи о моде, читала модные журналы, с родителями практически не общалась, эмоциональной привязанности к ним не испытывала. По хозяйству матери не помогала, “не могла помыть даже тарелку за собой”. С учебойправлялась с трудом, практически по всем предметам имела репетиторов, не понимала смысл вопроса в задачах, художественную литературу не читала, кроме Оскарда Уальда, произведения которого “зачитала до дыр”. С 5 класса перешла в гимназию, не хотела в нееходить, постоянно устраивала истерики, просила родителей ее забрать домой. Видя повышенный интерес дочери к теме кино, мать записала ее на прослушивание в Митинский художественный лицей, где готовят актеров, но на прослушивание пациентка не пошла, испытывала страх (“вдруг они скажут, что я не подхожу”).

Менструации с 12 лет, однако матери об этом категорически не рассказывала, заявляла, что “у каждого должна быть своя личная жизнь”. В предменструальный период была раздражительна, категорически отказывалась использовать женские средства гигиены, “считала это грязью”, по несколько раз в сутки стирала нижнее белье. С 13 лет периодически сидела на диетах, но вес не теряла. Ограничивала сладкое, мучное, но затем “ела все подряд”, “увлеклась слабительным”, употребляла их в больших количествах. С 14 лет сузился круг общения, объясняла это тем, что со сверстниками “стало неинтересно”. Стремилась попасть в “школьную элиту” одиннадцатиклассников. Жаловалась матери, что испытывает сниженное настроение, не хочет ничем заниматься, интересует только своя внешность, “надоела учеба”. В этот период стала дружить еще с одной девочкой, требовала, чтобы та ее называла “Л.П.” (лучшая подруга). Если та ее называла “ближайшей подругой” или “хорошой”, начинала плакать, устраивала истерику. Так в одной переписке, не получив должного признания от подруги, стала плакать, появилась стойкое желание уйти из жизни. 16.05.2016 г. была предпринята суициdalная попытка (выпрыгнула из окна 5 этажа), находясь у себя в комнате, мать в это время была на кухне. Получила множественные травмы позвоночника,

была госпитализирована в ДГКБ им. Сперанского, где был поставлен диагноз “Нестабильный компрессионно-оскольчатый перелом L1 позвонка с небольшим смещением отломка в позвоночный канал без деформации и компрессии дурального мешка, стабильный неосложненный оскольчатый перелом L2 позвонка и компрессионные переломы L3 и L5 позвонков”. Была выполнена операция декомпрессии спинного мозга, устранила кифотическая деформация, стабилизация позвоночника винтостержневой системой. Дома была произведена оперативная проверка полицией в связи с падением девочки, в ходе которой было сделано заключение, что падение не было намеренным (на подоконнике не было следов от обуви). Пациентка также заявляла родителям, что упала случайно, когда поливала цветы. В связи с этим в ПБ не госпитализировалась, к частному психиатру обратились не сразу, лишь через 2 месяца, когда пациентка вновь стала увлекаться диетами, употребляла множество слабительных средств, интереса ни к чему не проявляла. Была консультирована психиатром в частном порядке, принимала Клопиксол, Золофт, без выраженного эффекта, в связи с чем была рекомендована госпитализация.

Перед госпитализацией предупредила родителей, что “будет притворяться, а после совершил суицид”. Находилась на стационарном лечении с 11.11.2016 г. по 09.02.2017 г. в НПЦ ПЗДП им. Сухаревой, получала лечение Перфеназином, Тригексифенидилом, Хлопротиксеном, Кломипрамином. Неоднократно звонила родителями, просила сменить ей врача, т.к. они не нравились. Восхищалась лишь одним врачом-женщиной, т.к. та была красивой, “носила высокие каблуки, много колец на пальцах”, доверяла ей свои переживания. В беседе с врачом заявляла, что ей тяжело жить с мыслями о том, что она “не самая худая и не самая красивая”. Оставался пониженный фон настроения, стойкое желание, чтобы “все признали ее худой”, в еде придерживалась определенной диеты. Если окружающие называли ее худой, заявляла со слезами, что ее “просто так успокаивают, а на самом деле так не думают”. После приема Перфеназина несколько набрала в весе, не хотела выходить из дома, покупать новую одежду, т.к. невыносима была мысль о том, что поправилась на один размер. Родители пациентки намеренно просили консультантов магазина подменять ярлыки на одежду, чтобы не расстраивать дочь. 11.02.2017 встречалась с молодым человеком, с которым познакомилась в стационаре, спрашивала считает ли тот ее худой. При отрицательном ответе вновь снизилось настроение, появилось импульсивное желание выброситься из окна, но была удержана родителями. Узнав о возможной повторной госпитализации, дала родителям честно слово не делать этого. 19.02.17 вновь общалась с этим молодым человеком в социальной сети, где он пояснил, что не считает ее худой, а считает стройной. Вновь стала заявлять, что “нет

смысла жить, если я не самая худая и не самая красивая...”. В день госпитализации заявляла родителям, что покончит жизнь самоубийством, отказывалась ехать к психиатру. При сбоях в больнице резко импульсивно кинулась к окну, перепрыгнув через подоконник, однако была удержана отчимом за кофту. В связи с таким состоянием была госпитализирована НПЦ ПЗДП им. Сухаревой, где находилась с 22.02.17 по 30.03.17, принимала Клозапин, Галоперидол, Флу-воксамин, Тригексифенидил, Левомепромазин, Кло-мипрамин. Была оставлена на второй год в 9-ом классе. После выписки терапию принимала регулярно, однако без выраженного эффекта, питалась достаточно, однако ограничивала себя в калорийных продуктах. 28.04.17 пыталась выброситься из окна 5 этажа, но была удержана родителями. Всю ночь разговаривала с отчимом о своих переживаниях, разубеждениям не поддавалась. Вновь стала вспоминать старые обиды, нанесенные одноклассником в 1-ом классе. Заинтересовалась теорией матери, что “возможно он так говорил, потому что ты ему нравилась”, решила узнать об этом у него лично. 06.05.2017 г. общалась с бывшим одноклассником по скайпу, однако тот заметил, что “на фотографии она казалась худой, а по скайпу видны щечки”. Импульсивно выбросилась из окна, перепрыгнув через подоконник, но в последнюю минуту была удержана отчимом за кофту уже за окном. Была госпитализирована НПЦ ПЗДП им. Сухаревой, где находилась с 06.05.17 по 30.03.18, принимала Клозапин, Тригексифенидил, Сертраптин без видимого эффекта. Была консультирована профессором кафедры психиатрии и медицинской психологии РНИМУ им. Н. И. Пирогова Панковой О. Ф., по заключению: Консультируется повторно с интервалом около 5 месяцев. Заметных изменений в структуре патопсихологических проявлений не выявлено. По-прежнему у больной остаются актуальными переживания, касающиеся ее внешности и веса, относящиеся к регистру расстройств к первичному бреду. Расширения структуры бреда и фабулы не обнаруживаются. Идеи носят “застывший” нелепый характер с паралогичностью суждений и не поддаются малейшей коррекции. При некотором смягчении аффективной составляющей больная остается способной лишь к грубой диссимуляции своих переживаний с целью выписки из стационара. Значительную динамику можно наблюдать только в нарастании аутизации и дефицитарных расстройств в эмоционально-волевой сфере (пассивна, эмоционально нивелирована во всем, за исключением бредовых переживаний, отсутствуют какие-либо планы и мотивация к продуктивной деятельности), что подтверждает вероятность простой формы шизофrenии. Однако, учитывая короткий период наблюдения и лечения, смена диагноза пока нецелесообразна. Диагноз “F20.8044 Атипичные формы шизофrenии, непрерывный тип течения (неполная ремиссия). F50.1 Атипичная нервная анорексия.

Синдром сверхценной дисморфофобии. Депрессивно-параноидный синдром.”. Наряду с медикаментозным лечением прошла курс групповой и семейной психотерапии. После выписки у семьи стал вопрос получения аттестата, однако директор школы заявила, что невозможно провести экзамены в условиях школы, что будет целесообразнее, если пациентка сдаст экзамены в условиях стационара. Вновь госпитализируется в НПЦ ПЗДП им. Сухаревой, где находилась с 17.05.18 по 04.07.18 с диагнозом “F21.5 Бедная симптомами шизофrenия”, принимала Клозапин, Тригексифенидил. В условиях стационара сдала экзамен за 9 класс.

Была консультирована к.м.н., доцентом кафедры психиатрии и психотерапии РМАНПО МЗ РФ Грачевым В. В. **Заключение:** Больная в течение 2016 – 2017 гг. неоднократно лечилась в подростковых отделения НПЦ ПЗДП им. Г. Е. Сухаревой, клиническая картина в этот период определялась сочетанием аффективной патологии в виде затяжных депрессивных эпизодов с паранойальным дисморфофобическим бредом, идеями отношения, вербальными иллюзиями и расстройствами пищевого поведения в форме атипичной нервной анорексии, перемежавшихся менее продолжительными состояниями смешанного аффекта с дополнением дисморфомании, идеями переоценки своей личности, требованиями признания себя лучшей, нарастанием раздражительности. Как депрессивный, так и смешанный аффект сопровождался выраженными суициальными тенденциями, в 2016 г. имела место истинная суициальная попытка, связанная с тяжестью депрессивного аффекта и бредовых построений. На момент настоящей консультации обнаруживается положительная динамика, проявляющаяся сглаживанием аффективных расстройств, дезактуализацией дисморфомических переживаний и отсутствием видимых суициальных намерений. Обнаруживается и ослабление эндогенной “негативной” симптоматики с повышением активности, формированием адекватных планов на будущее. Диагноз: “F21.5 Бедная симптомами” шизофrenия. F50.1 атипичная нервная анорексия. Синдром сверхценной дисморфофобии. Депрессивно-параноидный синдром.

В 18 лет познакомилась с молодым человеком на даче у знакомых, эмоциональной привязанности, влюбленности к нему не испытывала, сразу установила форму общения строго в рамкахексуального времпрепровождения, т.к. “хотелось избавиться от чего-то гнетущего...”, родственников в свою личную жизнь не посвящала. Достаточно быстро рассталась с ним, сожаления после расставания не было.

Постепенно в клинической картине появляются ритуалы, замечала, что психоэмоционально чувствует себя спокойнее, если “идеально пройти по лестнице”, после чего несколько улучшалось настроение. После выписки продолжила наблюдение в ПНД

## **Биполярное аффективное расстройство или шизофrenия?**

№ 17, к терапии был добавлен Пароксетин, однако без эффекта. С конца августа 2019 г. мысли о недовольстве своей внешностью усилились. Посещала ДС при ПНД № 17. Сохранялись мысли о своей внешности, навязчивые мысли и ритуалы. Дополнительно присоединились суицидальные мысли без тенденции к реализации, в связи с чем дважды вызывала ПОНП (03.09.19, 12.09.19). Терапия была пересмотрена, увеличена доза Пароксетина до 40 мг в сутки, добавлен Флупентиксол, Феназепам. Несмотря на изменение терапии, состояние оставалось неустойчивым. Пациентка и ее мать настояли на госпитализации. С 16.09.2019 г. госпитализирована в добровольном порядке в ГБУЗ ПКБ № 4 им. Ганнушкина.

### ***Психический статус при поступлении***

Психический статус при осмотре дежурным врачом в приемном покое: ориентирована в месте, времени, окружающем и собственной личности. В беседу вступает охотно, манерна, нарочита. Суждения категоричны. Заявляет, что крайне недовольна своей внешностью: “мне всё не нравится”. Отмечает появление суицидальный мыслей на высоте аффекта. Обманы восприятия отрицает и никак их не проявляет. Настроение несколько снижено. Эмоционально тускла, однообразна, выхолощена. Сон и аппетит достаточные. Критически способности сохранены и позволяют пациентке принимать осознанные решения и выражать информированное согласие на госпитализацию. Ситуацию госпитализации осмысливает верно, понимает цели и задачи госпитализации, осознанно дает согласие на лечение.

Выставлен диагноз **“F21.5 Бедная симптомами шизофрения”**.

В кабинет заходит по приглашению. Походка ровная, уверенная. Постоянно меняет позу, крутит волосы, меняет положение ног, облокачивается то на стол, то на колени. Мимика маловыразительная. В контакт вступает охотно. Задает массу вопросов. Голос обычной громкости. Речь в нормальном темпе. Ориентирована в месте, времени и собственной личности верно. На вопросы отвечает в плане заданного, развернутыми фразами, рассуждает о своем состоянии. Рассказала, что ее беспокоят тягостные мысли о своей внешности, которые появляются без ее воли, “кажется, что все говорят, что я не худая, не стройная”, “я не могу найти для себя идеал, сегодня это Анжелина Джоли, завтра будет кто-то другой”. Любые комментарии воспринимает на свой счет. Приводит пример, “я легла на подругу в метро, ей стало тяжело. Я с ней поругалась, она значит считает меня толстой?”. Избавится от этих мыслей помогают определенные действия, “например, мне надо пройти идеально по лестнице”. Память на события прошлого и настоящего в норме. Внимание несколько рассеянное. Фон настроения характеризует как “отличный”. Пациентка улыбчива, дружелюбна. Эмоциональные реакции сглажены. Суицидальные мысли категорически отри-

цают, “смерть — это не выход, я буду бороться с этими мыслями”. Галлюцинационной симптоматики не определяется. В отделении адаптировалась легко. Стремится общаться с пациентками своего возраста. Пребыванием в стационаре не тяготится. Дает свое согласие на обследование и лечение.

### ***План обследования и лечения***

Подписала добровольное информированное согласие на госпитализацию и лечение в условиях стационара. Со ст. 37 закона о “Психиатрической помощи и гарантиях прав граждан...” ознакомлена.

Назначено лечение и план обследования:

Назначено строгое психиатрическое наблюдение, определена в палату № 2.

### ***Обследования***

- клинический анализ крови
- общий анализ мочи
- биохимический анализ крови (общий белок, креатинин, билирубин, АлАТ, АсАТ, глюкоза, уровень Li крови).
- кровь на иммунный статус, ВИЧ
- кровь на RW, HBS-Ag, a-HCV
- ЭКГ
- ФОГК
- консультации терапевта, невролога, гинеколога
- контроль АД, т № 5

### ***Лечение***

- Clozapini 0,1 in tab. По 1 таб. 3 раза в день
- Рагохетини 0,02 in tab. По 1 таб. 2 раза в день (утром и днем)

### ***Динамика состояния***

В отделении адаптировалась. Жалоб не предъявляет. Сознание сохранено, ориентирована правильно. Речевому контакту доступна. В беседе заинтересована. Открыто рассказывает о своих переживаниях. К аффективным вспышкам не склонна. Отвечает на вопросы в пределах заданного, вежливая. Мышление в обычном темпе. Высказывает отрывочные идеи о несовершенстве своей внешности, “я их отгоняю, я с ними справлюсь, они меня не победят”. При прицельном расспросе расстройства сферы восприятия отрицает. В поведении спокойна. Фон настроения ближе к ровному. Соматическое состояние удовлетворительное. Сон и аппетит в норме.

Был отменен Рагохетини 0,02 in tab.

Была консультирована совместно с зав. дневным стационаром ПНД № 17 Мартынюком Ю. Л.

Психический статус на момент осмотра: контакту доступна. Узнала врача. Ориентирована. Фон настроения ближе к ровному. Без продуктивной психопатологической симптоматики. Суицидальные мысли отрицает. Довольна состоянием и лечением. Обязуется по выписке посещать участкового психиатра филиала ПНД № 17, принимать рекомендованное поддерживающее лечение.

**Диагностические суждения:** Шизофрения, атипичная форма, непрерывный тип течения, неполная ремиссия. F20.8044.

**Рекомендовано:**

1. Продолжить терапию клозапином (азалептином) до 300 мг в сутки.

2. После стабилизации состояния выписка в условия дневного отделения дневного стационара филиала ПНД № 17.

Была консультирована профессором кафедры психиатрии и наркологии МГМСУ им. А. И. Евдокимова к.м.н. Беглянкиной Н. И.

**Заключение:** Психический статус на момент осмотра определяется синдромом психического инфантилизма, отсутствием критики к своему суицидальному поведению. С улыбкой, легковесно рассуждает о том, что она совершила большую ошибку выпав из окна, и сообщает: “На самом деле очень важно, что после очередной госпитализации в психиатрическую больницу с моими родителями поработали психологи, и они наконец-то поняли, что мои переживания по поводу внешности носят действительно серьезный характер”. Не отрицает, что временами возникает много отвлечённых навязчивых идей, от которых защищается определенными действиями: “Я должна пройти идеально по ступенькам, шов к шву, чтобы вновь почувствовать себя красивой”. Обращает на себя внимание, что при изначально успешном освоении школьной программы, пациентка в настоящее время обучается в колледже по специальности флорист, что можно расценивать как, возможно формирующийся феномен социального дрейфа, кроме того из увлечений пациентка отмечает возможность “погулки с друзьями по Москве”, что можно расценивать как общую нарастающую шизоидизацию со снижением волевой активности, при относительной сохранности эмоциональной сферы и отсутствии указаний на расстройства формального мышления по эндогенному типу. Таким образом, преморбид пациентки представлен чертами конституциональных личностных аномалий в виде истероформных проявлений поведения с раннего детского возраста, выраженного инфантилизма и исподволь нарастающих негативных симптомов, в пубертатном возрасте присоединились дисморфобические, психопатоподобные проявления с устойчивой суицидоманией, которая обладала характеристиками бредового поведения (несоответствие с реальной действительностью, охваченность, невозможность переубеждения), сочетающиеся с аффективными колебаниями возможно биполярного спектра.

Диагноз: Бедная симптомами шизофрения. Терапию азалептином в дозе 300 мг продолжить.

**Медикаментозная терапия в настоящее время:**

Диета ОВД (осн. вар. станд. диеты по Приказу 330 МЗ РФ)

Режим — Усиленное наблюдение

Clozasteni 0.01 in ta b. По 1 таб. 3 раза в день  
Метопролол 0.025 in t ab. По 1 таб. утром № 30

**Лабораторные исследования**

Анализ крови, анализ мочи — без выраженной патологии.

**Гормональные исследования**

**08.10.2019.**

Параметр исследования	Результат	Норма
ТТГ-тиреотропин	0,86	0,35 – 5,5
T4-тиroxин свободный	1,35	0,89 – 1,76
T3-трийодтиронин свободный	2,52	2,3 – 4,2

**06.10.2019**

ПРОЛАКТИН	37,27	2,1 – 17,7
-----------	-------	------------

**Инструментальные исследования**

**17.09.2019 Флюорография органов гр. клетки.**

Легочные поля прозрачные, без патологических теней. Корни не расширены, структурные. Диафрагма расположена обычно. Синусы свободны. Сердце и аорта без особенностей.

**17.09.2019 ЭКГ:** RR-0,64с; PQ-0,15с; QRS-0,04с; QT-0,32с

Синусовая тахикардия с ЧСС=94 в мин. Нормальное положение ЭОС.

**10.10.2019 г. Рентгенография поясничного отдела позвоночника**

Металлоостеосинтез нижне-грудного и верхнего поясничного отдела позвоночника.

Состояние конструкции удовлетворительное.

Лордоз сохранён. Высота тел позвонков не снижена. Отмечаются ККЗ по передней

поверхности тел L1, L2, L3 позвонка. Верхний суставной отросток в 4,5 позвонке заострён.

Высота межпозвонкового диска в сегменте L1 – 2 снижена.

**Заключение:** Состояние после металлоостеосинтеза. Р-признаки остеохондроза в п/отделе позвоночника.

**20.09.2019 Электроэнцефалография.**

Альфа-ритм недостаточно организован. Зональные различия не выражены. Бета-ритм относительно усилен. Умеренные диффузные изменения БЭА головного мозга с признаками дисфункции срединных структур.

**08.10.2019 МРТ головного мозга**

**Заключение:** данных за очаговые изменения в веществе головного мозга не получены. Признаки не резко выраженной ВЧГ. Умеренная наружная (лобная) сообщающаяся гидроцефалия, не исключено как умеренные посттравматические изменения либо вариант развития?

**Консультации специалистов**

**17.09.2019 Невропатолог**

**Заключение:** менингеальной, очаговой неврологической симптоматики не выявлено.

**19.09.2019 Терапевт**

R00.0 Тахикардия неуточненная

**Рекомендовано лечение:**

Metoprololi 0.025 in tab. По 1 т. 1 р/д., утром месяца  
Asparcami in tab. По 1 т. 3 р/д., месяц

**20.09.2019 Гинеколог**

**Диагнозы:**

**N86 Эрозия и эктопия шейки матки.**

**Пациентка направлена на индивидуальную психотерапию лечащим врачом.**

**Занятие № 1.** Общается охотно, в беседе заинтересована. Правильно ориентирована во всех сферах. Мимика живая, фон настроения несколько повышен, отмечается лабильность эффекта. Мышление последовательное, на вопросы отвечает в плане заданного. Достаточно откровенно рассказывает историю своей жизни и описывает ситуацию, которая привела ее к психиатру в подростковом возрасте. Свое состояние оценивает, как “счастливое” на момент осмотра. Из анамнеза известно, что с первых классов школы после высказывания и “дразников”, что она толстая, появилась мысли о дефекте фигуры, лица, очень страдала от этого, испытывала тревогу, пыталась объяснить свое состояние родителям, но они ее не понимали. В возрасте 14 – 15 лет мысль о том, что она уродлива, постоянно доминировала в голове, носила навязчивый характер, изматывала ее физически, чувствовала себя постоянно уставшей. Стала читать книги по психологии и психиатрии. Появились стойкие, навязчивые мысли, что все окружающие смотрят на нее и понимают, что она некрасива. Состояние тревоги и навязчивые мысли о внешности сильно изматывали ее душевно, хотелось изменить внешность, считала, что у нее уродливая кожа на лице, заставила мать пойти с ней к косметологу. После его заверений о хорошей коже успокоилась, но оставались навязчивости о внешности. На фоне этого состояния после ссоры с подругой посчитала, что та также считает ее некрасивой, совершила суициdalную попытку. Выпрыгнула с 5-го этажа, но всем заявила, что это была случайность. После лечения перелома позвоночника, осознала, что есть проблемы с психикой, изобрела свой способ борьбы с ними: мысленно складывала плохие мысли в коробочку, закрывала крышку и убирала их от себя. Вновь обратилась к матери, наблюдалась частным образом. Получала лечение, но врач посоветовала госпитализацию. Впервые была стационаризована в детскую ПБ, где лечилась дважды. После окончания 9 классов поступила в колледж, учится на 2 курсе.

Настоящее обострение с августа 2019 года, амбулаторное лечение без эффекта. Госпитализирована в ПБ № 4.

Целью настоящего занятия явилась работа с иррациональными установками пациентки, снижением уровня тревожности, эмоциональная поддержка и психотерапевтическое сопровождение с целью формирования мотивационной установки для длительного лечения после выписки.

**Результаты экспериментально-психологического исследования<sup>3</sup> от 03.10.19 г.**

Пациентка правильно ориентирована, охотно вступает в контакт. Фон настроения в процессе беседы ближе к ровному, мимика маловыразительная. Голос средней громкости, речь в нормальном темпе. На вопросы отвечает в плане заданного, по существу, подробно. О госпитализации сообщает: “Я сама просилась в больницу, потому что устала от мысли — я не худая, не стройная, мне кажется, что все так думают”. Отмечает, что в нашем стационаре почувствовала себя в эмоциональном отношении лучше: “Как будто все меня понимают!”. Демонстрирует заинтересованность в получении психологической помощи. Употребление ПАВ отрицает, суицидальные мысли категорически отрицает. Отношение к обследованию адекватное. Инструкции усваивает, задания выполняет в сниженном темпе, в полном объеме, без выраженных признаков утомления. Критика к своему состоянию снижена.

Экспериментально-психологическое обследование было проведено с использованием следующих методик: заучивание 10 слов по Эббингаузу, серийный счет по Крепелину, исследование ассоциативных процессов, опосредованно-произвольного запоминания при помощи методики “Пиктограммы”; исследование сферы мышления при помощи методики “Классификация предметов”, “Сравнение понятий”, “Четвертый лишний”; исследование особенностей эмоционально-личностной сферы при помощи теста цветовых выборов М. Люшера, проективного теста “Рисунок семьи”.

**По объективным данным:** производное внимание характеризуется трудностями включения в работу, нарушением избирательности, выраженным колебанием концентрации на начальном этапе работы. Показатель непосредственного запоминания снижен по сравнению с возрастной нормой (4, 5, 6, 7), ретенция — 7 слов из 10. Введение опосредования ухудшает эффективность мнестической деятельности — пациентка верно воспроизводит всего 7 понятий из 12 предъявленных, в остальных случаях называет ассоциативно связанные со стимульными слова (например, вместо “непоправимая ошибка” — “сделать ошибку” и т.п.). Ассоциативный процесс протекает в обычном темпе, трудности опосредования незначительные. Образы не всегда адекватны по смыслу стимульным понятиям, отмечается наличие субъективных образов. Например, для запоминания понятия “Справедливость” пациентка изображает “солнышко”, объяснение дает следующее: “Справедливость — счастье, радость, солнышко у меня вызывает радость”. В проективном плане характер графики свидетельствует о неустойчивости эмоционального со-

<sup>3</sup> Психолог Федюшина Елена Александровна.

стояния, выраженному беспокойству, мнительности, напряженности, инфантилизме, имеется “органический” фон. Мысление пациентки неравномерное, наряду с категориальными решениями присутствуют ответы с опорой как на конкретно-ситуационные признаки (в методике “Классификация предметов” пациентка создала 3 группы: “Люди и орудия для жизни”, “Природа”, “Для дома”), так и на латентные признаки и связи (в карточке “перо-нож-бритва-ножницы” лишнее: “перо” — “у остальных лезвие двигается”).

В суждениях пациентки присутствуют элементы расплывчатости, отмечается также соскальзывания, элементы резонерства. Переносный смысл пословиц пациентке доступен, некоторые поясняют с налетом субъективизма (пословицу “цыплят по осени считают” пациентка объясняет: “надо всё перепроверять”). Эмоционально-личностная сфера характеризуется сниженным фоном настроения с оттенком беспокойства и тревоги, погруженностью в собственные переживания, фиксированностью на идеях несовершенства своего тела, неудачливости, виновности. Проективная диагностика выявляет нарушения в контактах, субъективизм в восприятии ситуации, острую потребность в эмоциональной стабильности, поиске опоры, помощи, душевного равновесия. Фruстрирована потребность в близких, гармоничных, обеспечивающих принятие и безопасность отношениях.

**Заключение:** таким образом, по результатам психологического обследования на первый план выступает эмоциональная напряженность, мнительность, фиксированность на идеях дисморфофобического характера у эмоционально зависимой, инфантильной личности. В процессуальном отношении настороживает искажения процесса обобщения в форме тенденции к облегченной актуализации латентных признаков, элементы расплывчатости в суждениях, снижение целенаправленности в форме соскальзываний. Возможны аутоаггрессивные действия как способ дезадаптивного поведения.

**Результаты экспериментально-психологического исследования в динамике от 15.10.19 г.**

Пациентка ориентирована в полном объеме, охотно вступает в контакт. Открыта, доброжелательна. Жалоб не предъявляет, говорит, что в больницу “легла, чтобы закрепить победу” (над навязчивыми мыслями дисморфофобического содержания). После расспросов, однако, признается, что появились мысли “по поводу внешности”, и она решила обратиться за помощью заблаговременно. К обследованию относится ответственно, с готовностью выполняет все предлагаемые задания.

Динамическое экспериментально-психологическое обследование было проведено с использованием следующих методик: исследование ассоциативных процессов, опосредованно-произвольного запоминания при помощи методики “Пиктограммы”; исследование сферы мышления при помощи толкования по-

словиц и методики “Сравнение понятий”, исследование особенностей эмоционально-личностной сферы при помощи теста цветовых предпочтений М. Люшера и проективного теста “Рисунок несуществующего животного”.

В результате обследования выявляется сохранность опосредованно-произвольного запоминания (продуктивно на 100%). Ассоциативные образы по смыслу адекватны, по содержанию чаще конкретны, некоторые отражают эмоциональную сторону понятия, встречаются субъективные. Так, на “разлуку” в “Пиктограмме” рисует “разбитое сердечко”, на “обман” — хитрое лицо обманщика, на “страх” — канатоходца над пропастью (последнее, вероятно, — отголосок страшного события прошлого, а именно суициальной попытки (выбросилась с 5 этажа)). Особенности графики свидетельствуют о некоторой напряженности в сочетании с импульсивностью и склонности к экспансии на легком органическом фоне. Сфера мышления характеризуется затруднениями вербализации, снижением уровня обобщения: при доступности категориального способа решения мыслительных задач первоначально предпочитает решения, основанные на конкретно-ситуационных связях, к категориальным решениям приходит с помощью подсказок, с интересом обучаясь и отмечая, что это сложно. Переносный смысл пословиц понимает не всегда, поясняет неравномерно, верно, либо на конкретных примерах, либо с подсказками. Эмоционально-личностная сфера характеризуется открытостью, доброжелательностью, общительностью. По результатам проективной диагностики выявляется инфантилизм, зависимость от отношений, эмоциональная неустойчивость, потребность в эмоциональной вовлеченности, стремление удачно проявить себя и понравиться окружающим, а также установить прочные отношения, в которых чувствовала бы себя признанной, ценной и любимой, гиперсензитивность к внешним раздражителям, желание преодолеть ощущение пустоты и ликвидировать разрыв, отделяющий от других.

**Заключение:** таким образом, по результатам психологического обследования на первый план выступает легкое интеллектуально-мнемическое снижение по органическому типу с доминантой снижения интеллекта у инфантильной, зависимой, ранимой, обидчивой личности с истероидными чертами, испытывающей фрустрацию аффилитивной потребности.

**Вопросы к врачу-докладчику и психологу.**

— Какая масса тела была у пациентки? Как она менялась? И какой у нее рост, и какой индекс? — На данный момент она при росте 171 сантиметр весит 62 килограмма. Она считает это повышенным, ей хочется быть 53 килограмма. — А был когда-нибудь вес 53 килограмма? — Нет, никогда, даже ребенком. При достаточно высоком росте — она занималась

## Биполярное аффективное расстройство или шизофрения?

баскетболом, гандболом — она никогда не была худощавой, она была, в общем-то, в теле, но не полной.

— Хорошо. И еще один вопрос. Она дублировала 9-й класс. Почему? Она не сдала экзамены или не сдавала экзамены? — *Она их в принципе не сдавала вообще. Потому что она постоянно была в больнице. У нее вторая госпитализация длилась фактически 11 месяцев, без одной недели. И она, в общем-то, 9-й класс не закончила. И когда она стала дублировать 9-й класс, учителя предложили ей надомное обучение. А впоследствии даже не просто надомное, а список литературы, необходимой для занятий, чтобы сдать экзамены. И вновь она попала в больницу.* — Нет, второй раз я понял, что она сдала. Почему она в первый раз не сдала, ведь они обучаются во время длительного пребывания в стационаре? — *Она думала, что выйдет из психиатрической больницы, реабилитируется и сдаст.* — Не из-за когнитивных нарушений? — *Нет, просто не сдавала. Но вообще, я хочу подчеркнуть, что с первых классов, я не знаю, к сожалению, почему, но пациентка была на занятиях у репетиторов по всем предметам.*

— И такой вопрос еще. Вы ничего не знаете об обстоятельствах, как ее умудрялся папа поймать за кофту? — *Сейчас расскажу. В тот раз она уже практически выпрыгнула. Ей молодой человек сказал, что не считает ее худой, а считает ее стройной. Они уже собирались ехать в больницу. Мать отошла в туалет, а отчим, был в соседней комнате. И вдруг мать, выходя из туалетной комнаты, видит, что пациентка импульсивно, резко бросается, буквально прыгает через подоконник. И отчим бежит, он говорит: “Я, собственно, уже не ожидал, что я ее схвачу, потому что я понимал, что она оторвалась и руками, и ногами, и уже в полете была. Я инстинктивно просто схватил ее”. И смеялись, что кофта очень такая прочная оказалась, выдергала.*

**Врач-докладчик. Обоснование диагноза:** клиническая картина заболевания характеризуется ранним дебютом психопатологических проявлений, начиная с негативных расстройств психопатоподобного круга, проявляющейся избирательностью в питании, сужением интересов вокруг одной тематики — чрезмерная озабоченность своей внешностью, бесплодным фантазированием, в сочетании с полным безразличием к способам достижения успеха в этой области, быстрым истощением и потерей интереса к другим сферам деятельности, постепенным когнитивным снижением, нарастанием аутизации, все большим отрывом от реального мира. Постепенно отмечается присоединение паранойальных расстройств в виде ригидности, сценичности по отношению к окружающим. Требуя признания своей исключительности, пациентка с патологической чувствительностью (“фарфоровостью”) относилась к малейшим замечаниям. Наряду с развитием негативной симптоматики, малопрогредиентным когнитивным снижением, по-

являются депрессивные бредовые расстройства в виде дисморрофобического синдрома, заостряется желание признания своей уникальности, а при невозможности получения должного отношения импульсивное суицидальное поведением, характеризующееся отсутствием страха, тревожных мыслей о родственниках, последствиях своего поступка, что характеризуется высоким суицидальным риском.

Манера поведения стала носить неадекватный и все более однообразный характер, которая характеризовалась импульсивностью, внезапностью на высоте психоэмоциональных переживаний. Присоединились бредовые идеи отношения (казалось, что окружающие ее обсуждают, называют ее “толстой”), а также выраженные нарушения мышления в виде шперрунгов, отсутствие мыслей в голове, нарушение концентрации внимания.

**Выходы. Учитывая вышеизложенное, целесообразно остановиться на клиническом диагнозе:**

**Детский тип шизофрении, течение непрерывное, нет ремиссии, течение малопрогредиентное на фоне стойкой психофармакорезистентности. F 20.8763**

## БЕСЕДА С ПАЦИЕНТКОЙ

**Ведущий:** Добрый день. Меня зовут Владимир Вениаминович. Проходите, пожалуйста. Диана Викторовна, да? — Да. — Садитесь рядом со мной. И немножко побеседуем. Вот сюда, пожалуйста. Вас не смущает присутствие большого количества врачей? — Нет. Нормально все. — Ну, расскажите, что Вас заставило обратиться к психиатрам, что заставило лечь в психиатрическую больницу. Пожалуйста. — Прям с начала, да там? — Ну, желательно, да. — Ну, лет в 14–15 у меня появились сильные навязчивые мысли по поводу своей внешности, точнее, недовольство ею. — А что не нравилось — фигура, лишний вес, лицо — что? — Да. Фигура не нравилась, лицо не нравилось, то есть вообще, то есть. — Вы казались себе слишком толстой, пардон? — Ну, да. Мне казалось так, да. — Хотелось быть худой? — Ну, да. — Так. Дальше. — Вот. И я обращалась... ну я потом понимала, что это не совсем нормально, все эти мысли, я обращалась к родителям, но они думали, что типа подростковое все. — Это 14–15 лет, да? — Да, 14–15 лет было. — Дальше. — Вот. И, значит, в какой-то степени меня просто добило, еще просто ссора с подругой добила, вот, и я из-за этого прыгнула с 5 этажа. — Но, видимо, когда Вы прыгали намеренно, целенаправленно, Вы хотели умереть? — Ну, это был... я этого не планировала. То есть у меня этого... — Ну, с 5 этажа. Это Вы были на волоске от смерти. — Я была на эмоциях, да. Это все делала на эмоциях. — Скажите, значит, я делаю такой вывод, что настроение у Вас было резко подавленное, резко сниженное. — Ну, да. — Какая-то

душевная невыносимая, непереносимая боль, тоска. — Ну, да. — Или тревога? Было? Такие вот состояния пониженного плохого настроения, они повторялись в Вашей жизни? — Плохое настроение? — Да. — На протяжении, да, было. — Всей жизни. И стали... — Нет. — ... и возникли они в каком возрасте? — Они возникли, ну усилились в 14—15 лет. — В 14—15. — Да. — Скажите, а противоположное состояние, вот чувство радости... — Было. — ... прилив сил, который Вас захватывает, Вам хочется, ну образно говоря, обнять весь мир, Вам хочется нравиться, знакомиться с молодыми людьми. — Было, конечно... и сейчас есть. Ну, и сейчас. — И сейчас есть. А чего больше — подавленности или подъема? — Нет, однозначно подъема. — Подъемов больше? — Конечно. — Ну, если были подъемы, то во время подъемов Вы бы не пытались покончить с собой? — Ну, это, я имею в виду, подъем у меня сейчас. — Сейчас. — Да. — А вообще, начиная с 14 лет, чего больше — подъемов или спадов? — Однаково, мне кажется. — Однаково. Сказать сложно. Понятно. Ну, во время подъема как Вы себя ведете? Как Вы едите? — Нормально. — Не худеете во время подъема? — Нет. — А худеете только во время спада? — Ну... да нет. Я бы так не сказала. Я сейчас вообще до сих пор, меня все устраивает, поэтому сейчас мне... — И сейчас не будете сидеть на каких-то изнуряющих себя диетах? — Нет, конечно, что Вы. — Рвоту не будете вызывать? — Нет, я... — Вызывали же? — Нет, не вызывала. — Никогда? — Никогда. — У Вас... — У меня рвотный рефлекс есть, но я не... — Не вызывали. — Не вызывала. — Самый низкий вес у Вас какой был? — Я не знаю, потому что главное — не смотреть на вес, а главное, как человек выглядит. Поэтому не знаю. — Ну, и как Вы выглядели? Вы себе не нравились? — Да, я себе не нравилась. — Ну, это все было на фоне подавленного настроения, я так понимаю. А когда настроение хорошее, Вы себе, естественно, нравились. Правильно? — Ну да. — Понятно, понятно. Скажите, а вот по длительности, вот спады, вот подъемы — что длительнее, что продолжительнее? — Подъемы однозначно длительнее. — Длительнее? — Да. — И сколько подъемы могут длиться? — Ну, вот, например, этот год я, то есть никуда не ложилась, то есть я училась. — Этот год... ну, в этом году Вы... вот сейчас лежите. — Я имею в виду, до этой госпитализации. — До этой. — Целый год все было хорошо. — Сейчас Вы легли в августе, что ли, или в сентябре? — Нет, я легла в сентябре. — В сентябре. А до сентября не госпитализировались? — Нет, нет. — С сентября. Так, и когда Вы ложились в сентябре, тогда как Вы себя чувствовали? Спад был? — Усталость была. — Усталость. — Усталость. — А мысли о том, что Вам не нравится Ваша внешность? — Нет, они прошли, просто я захотела, как бы закрепить победу над ними. Поэтому и легла сюда. — Ясно. Вот теперь другой вопрос. Вот когда эти мысли Вас беспокоили неотступно, навяз-

чиво приходили в голову, что Вас не устраивает своя внешность, Вам не казалось, что окружающие как-то на Вас по-особому смотрят, замечают Вашу внешность, дают, намекают, что Вы плохо выглядите, уродливо? — Было такое. — Понятно, понятно. Ясно. Скажите, а с мыслями что происходит в голове? Когда плохое настроение, плохие мысли, недовольство своей внешностью, замедленно текут мысли, да? Медленно? — Ну, можно сказать, да. — А когда хорошее настроение? — Их вообще нет. То есть их как бы уже... — Плохих мыслей нет. — Да, плохих мыслей нет. — А мысли хорошие текут быстро? — Да. — Другой вопрос. Вы не обращали внимания, что на Ваши мысли как бы воздействует какая-то посторонняя извне сила? — Нет, такого не было. — Не было? Что какая-то сила вкладывает мысли, помимо Вашей воли, Вам в голову. — Нет, нет. Такого... — Такого не было? — Такого не было. — Звучания Ваших мыслей не было? — Нет. — Никогда. — Нет. — Может быть, было то, что Вы как... знаете, о чем-то подумаете, а окружающие это вслух повторяют? Такое бывало? — Нет. — Нет. Ну, и как считаете, Вы больны или здоровы? — Сейчас? — Да, сейчас. — Была больна. А сейчас здорова.

**Ведущий:** Так, пожалуйста, вопросы, доктора. Тут есть, что обсудить.

— Как Вы себя вели в подъем, можете описать подробнее? Как проходили Ваши дни, чем занимались при подъеме настроения? — Ну, чаще всего я гуляла с друзьями. — А что делали? Может, там в кино ходили, куда-то? — Ну, да, в кино ходили, в парке гуляли, там не знаю, в театры. Все, что угодно. — Алкоголь, как у Вас с алкоголем? — Нет, я не пью. — А друзья? — Что? Друзья? — Друзья. — Нет, друзья выпить могут. Я стараюсь не пить.

**Ведущий:** У Вас есть знакомый молодой человек? — Парень типа? — Парень. — Не, нету. — А были? — Были, да. — Особенно в подъемах? — Ну, вот да, последний год — нет. — Наркотиками Вы никогда не увлекались? — Нет, нет, никогда. Никогда.

— Скажите, вот есть депрессии у Вас... Ну, прошлые, спады настроения, да. Есть приподнятое настроение, когда все хорошо. И Вы это описали. А какое Ваше нормальное настроение, вот если брать середину? Что это такое? — Ну, вообще в последнее время у меня настроение стабильное. Стабильно хорошее. — А чем оно от очень хорошего отличается? — Ну, например, ну мне кажется, я чуть-чуть эмоционально... то есть вот у меня прям бывает эмоционально радость-радость, да, а бывает просто спокойное состояние, вот как, например, сейчас вообще. — А радость-радость длится долго? — Да нет, ну там, ну день, ну по-разному, по-разному все. — Но все-таки, самое большое радость-радость длилась сколько? — Ну, да, так ну денек, например, какая-нибудь мысль, там не знаю, родители навестили ну в больнице, я такая сразу — о-о. — Чем-то Вас порадо-

вали, радость-радость, а потом нормально все? — Да. Да, все спокойно, да.

— Вы чувствуете переход из радости-радости, — и что у Вас сейчас будет снижение настроения? — Если чувствую, то, скорее всего, ложусь в больницу, то есть как бы. — То есть Вы уже это предчувствуете и сами идете, обращаетесь? — Да. Да. — И наоборот, тоже чувствуете? — И наоборот, да. — Когда спад переходит в подъем. Вы можете это предчувствовать как бы? — Да. Да, да, да. — Этому что-то предшествует? Или это не зависит ни от чего? — Ну, скорее всего, не зависит... ну мало от чего зависит. — А когда у Вас подъем, радость, сколько времени Вы спите? Я имею в виду, сон обычной продолжительности или укороченный? — Не, я хорошо сплю. — Хорошо? Сколько часов? — Ну, часов 8, наверное. — При подъеме, да? — Да. — А при депрессии, при спаде? — Со сном у меня никогда проблем не было. — Спите самостоятельно или с таблетками? — Ну, мне дают таблетки, но... — Дома, когда ничего не принимаете. — Нет, я стараюсь... у меня, когда я выписалась из детской больницы, мне сказали принимать таблетки, поэтому я принимала таблетки. — То есть Вы постоянно спите с таблетками? Без таблеток Вы заснуть не можете? — Без таблеток я тоже могу заснуть, но просто я пью таблетки, ну чтобы уснуть. — Когда подавленное настроение, все же есть трудности с засыпанием? — Нет. Даже когда подавленное состояние. — Быстро ложитесь и быстро засыпаете? — Быстро засыпаю, быстро, да. — А пробуждается рано, поздно? — Ну, как... ну как, в колледж, когда иду, тоже где-то часов в 7, 8. — Ну, а так, чтоб в 5 часов, в 4 утра проснуться и не спать больше? — Нет, такого нет. Нет, такого не было.

— Немножечко в другую сторону я спрошу. А как Вы переносите душные помещения? Устаете быстро, медленно? Как с учебой у Вас дела, с успеваемостью? — С учебой? Ну, вот я сейчас пока что в больнице немного отстала. Но я, когда дают, допустим, телефон вечером, там у нас есть специальная группа, беседа моего класса, колледжа, и там написано. То есть мне пишут, что надо сделать. Я такая типа: "Хорошо, сделаю". — Ну, Вы справляетесь с учебой? — Да, конечно, справляюсь, да. — Как Вы переносите перепады погоды, душные помещения? — Ну, в дождь спать хочется. — Скажите, а вот Ваше настроение как-то связано с сезонностью, со временем года? Весна, лето, зима, осень. Или нет? — Ну, я слышала, что обострения обычно осень-весна. — Ну, это у других. А вот у Вас? — Наверное... Нет, насчет времени года что-то как-то я не задумывалась. — Не можете установить такой связи, зависимости? — Нет, такой связи, да, такой связи нет.

— Диана, если я правильно понял, Вы 10 месяцев провели в больнице Сухарева, да? — Да. — Вас вообще домой не отпускали? Вы там так долго были. — Да. Первые полгода нет, не отпускали вообще, но...

— Простите, а почему? Что? — Ну, потому что тогда были суицидальные мысли у меня. — То есть у Вас суицидальные мысли были на протяжении полугода?

— Нет, они ушли где-то через 3–4 месяца. Но меня все равно решили подержать, ну как бы долечить, так скажем. — А какие это мысли? Почему Вы хотели покончить с собой так долго? — Недовольство внешностью тогда было. — Из-за внешности? — Да. Вот. И меня отпускали, первый раз, я помню, меня отпустили... меня отпускали в мини-отпуск, это там 2–4 часа, например. То есть, чтобы я домой приехала, там что-то сделала, и обратно в больницу. Вот так вот у меня было. А так да, я ничего. — Ну, внешность, Вы имеете в виду вес, полноту? Да? — Ну, да. И фигура, и лицо.

— Скажите, когда Вас длительно не отпускали домой при длительной госпитализации, Вы испытывали какие-то эмоции, то, что Вас не отпускали? — Конечно. Я была очень расстроена, что меня не отпускали.

— Вы как-то это проявляли? — Мне наоборот, когда вот меня, допустим, отпускали, вот в эти выходные я дома была, мне наоборот, это ну только сил дает, то есть как бы вот. Поэтому то, что меня не отпускали, я вообще не согласна с тем, что... Мне кажется, что, если бы меня отпускали на выходные, мне бы было, наоборот, еще лучше. Но они боялись просто за меня, поэтому.

— Можно, я задам вопрос? Вы же актриса будущая или нет? — Ну, как пойдет, на самом деле. Сейчас закончу флористику, факультет флористики, и попробую поступить в актерское. — Но Вы уже пробовались, да? — Я играла в детстве, да. — Сейчас готовите что-то к выступлению? — Пока нет. Я хочу закончить флористику. — Но там же можно параллельно. Я, собственно, знаю, как, рассказывали.

— Но родители хотят, чтобы я... — Надо какой-то кусок текста выучить, нужно басню выучить, чтобы еще какие-то, танцевальные упражнения. — Ну, да. Но я хочу сначала закончить флористику. Только потом уже пройти. Мои родители... — Ну, хоть что-то у Вас есть, хоть что-то? Какое-то произведение, которое Вы готовы были бы прочитать? — Сейчас? — Нет, ну я имею в виду... нет, не сейчас. Ну, Вы готовили, и у Вас что-то готовое уже есть? — Ну, насколько я знаю, нужно басню Крылова, из басни. — Всего-навсего? — Ну, я не знаю, я еще... — Хотя бы басня Крылова есть в запасе? — Да есть, наверное, да. — Да? Или, может быть, певицей было бы лучше стать? — Нет, я не хочу певицей быть. — Певицей нет желания? — Не-а. — Вообще с музыкой не... — Нет, я люблю музыку, но я люблю больше слушать, чем петь. — Хорошо. Вот еще со школой последний вопрос, извините. Вам тяжеловато учиться, да, насколько я понимаю? — Ну, поскольку у меня перелом позвоночника, да, сидеть иногда трудно бывает долго. Полтора часа пара. — А понимать материал, усваивать его? Вы знаете, некоторые есть, вот которым повезло, —

послушал, и все, и рассказал. — *Ну, да, я, к сожалению, не из таких.* — А некоторые учат-учат и все равно не могут выучить. — *Да, да, да.* Я второй вариант. Мне надо долго учить. Но яправляюсь. — Вы целестремленный человек? — *Ну, да, достаточно, да.* — Спасибо.

— Диана, еще такой вопрос. У Вас ведь были какие-то защитные — ну ритуалы их, что ли, назовем, да? — *Да, были такие.* — От чего они защищали Вас? — *Ну, может быть, от беспокойства. Ну, беспокойство убирали, мне кажется.* — Или Вам становилось легче в плане суицидальных мыслей, если что-то Вы делали? — *Нет, нет, нет. Ритуалы были, наверное, я их делала для того, чтобы... ну просто спокойствие чтоб было. Вот и все. Типа вот я сделала — все, хорошо. Так.* — А их много было? Разные ритуалы? Что? — *Да нет, не очень много.* — Ну, попробуйте их как-то классифицировать. — *Ну, вот пример привести?* — Нет, вот счет там, ну не знаю, лестница там что-то прозвучало. — *Лестница, да, лестница.* — Что еще было? — *Лестница была. Потом еще руки мыть. Руки.* — А на лестнице что надо было делать? — *Надо было наступить... ну как бы правильно на ступеньку, вовремя. Вот так.* — Вот так. — *Да.* — Руки. Еще? — *Лестница, руки. Да вроде все. Больше ничего.* — И что, помогало? — *Ну, раньше да. Сейчас у меня такого нет.* — Тревоги нет? — *Тревоги нет.* — И ритуалов? — *И ритуалов нет. Нет тревоги — нет ритуалов.*

— Вы говорите, что окружающие люди, незнакомые Вам люди видели и думали, что Вы полная. Как Вы-то это понимали? Это же незнакомые люди. — *Мне просто казалось так.* — Ну, Вы, может быть, видели там взгляды, намеки, знаки? — *Ну, да. По взгляду, может быть, да. Как-то, я думаю. Если вот как-то мне показалось, не так на меня посмотрел, — все, сразу типа.* — Но сейчас Вы к этому относитесь с пониманием? — *Ну, сейчас у меня этого нет. Конечно, я понимаю, что...* — Это Вам именно казалось? — Да, я понимаю... именно казалось. — В силу Вашего состояния плохого? — Да, да.

— Я хотела такой вопрос спросить. Хотя, наверное, он уже был исчерпан последними ответами, вдруг. То есть раньше Вы вот так подавленно реагировали, когда Вам кто-то что-то говорил, а сейчас как эта реакция вообще происходит, если Вам кто-то говорит, что у Вас там какие-то изъяны? Как Вы на это реагируете, как Вы это переживаете, и как Вы с этим вообще? — *Я никак. Ну, это, то есть, ну я понимаю, что у каждого человека есть свои какие-то недостатки, и поэтому я на это реагирую совершенно спокойно.* — Спасибо.

**Ведущий:** Больше нет вопросов? Тогда отпустим Диану Викторовну, да? Спасибо Вам за беседу. Поправляйтесь. Выздоровливайте. — *Спасибо. Уже.*

**Ведущий:** врач докладчик Любовь Артуровна уже, так сказать, выступала со своей точкой зрения. Любовь Артуровна, Вы хотите что-нибудь добавить?

**Врач-докладчик:** если можно, я немножечко дополню. Я специально хотела это сказать после разговора с ней. Поверхностным взглядом может показаться, что она хорошо себя чувствует сейчас, что все хорошо. Я созванивалась с психологом психиатрической больницы имени Сухарева и с детским психиатром ее, как раз той женщиной, которой она восхищалась. И та, и другая говорят о том, что у пациентки за время ее неоднократных госпитализаций выработалось такое установочное поведение, что в процессе разговора она говорит: “Да, да, все хорошо, я все понимаю, что у всех есть свои недостатки. А вот вы знаете, что у Анжелины Джоли там эталон, то-то, то-то”, и не только эту актрису, любую другую. То есть все равно, в любом случае критики-то нет. Это первый момент. Во-вторых, они обе ее рассматривают как параноидную больную. Третий момент, по поводу учебы. Сейчас она говорит, что справляется, что она хочет закончить флористику, факультет флористики. Родители меня просто с жаром убеждали, что, в принципе, она с трудом сейчас ходит на занятия, что буквально два месяца прошло 1 курса, она сказала, что ей это не нравится, и родители просто ее заставляют ходить, потому что оплачено было вперед обучение на платном факультете. Ну, не хочется бросать по финансовым причинам именно. Сказать о том, что она строит какие-то планы на будущее, нельзя. Я сколько с ней разговаривала и родители. Сейчас родители находятся в таком безысходном положении. Они говорят, что ни одна терапия ей не помогает, хотя много чего перепробовано. Они настроены, в принципе, даже сейчас на проведение ЭСТ, раньше они не могли этого сделать, потому что пациентке не было 18.

**Ведущий:** В таком состоянии ЭСТ? Это к Сергею Юрьевичу вопрос. А насколько здесь показана электросудорожная терапия? — *Я говорю о том, что родители хотят так лечить.* — Так, и Ваш диагноз окончательный? — *Детский тип шизофрении. Течение прерывное. Нет ремиссии. Течение малопрогредиентное на фоне стойкой психофармакорезистентности. Простите, пожалуйста, еще один момент я вспомнила. Когда я разговаривала с ее детским психиатром, она мне рассказала, что когда у пациентки была последняя выписка, они очень долго разговаривали, и психолог, и психиатр дали пациентке свои номера телефонов, сказав, что когда у нее возникает вот это импульсивное желание, она всегда может им позвонить, пообщаться. И вот, собственно, это и спасало до текущей госпитализации, поскольку пациентка звонила им по несколько раз в сутки, говорила о суицидальных мыслях, звонила и ночью, в 2, в 3 часа ночи.*

## Биполярное аффективное расстройство или шизофрения?

**Ведущий:** понятно, спасибо. Кто желает высказаться? Тут есть, что обсудить. Что, молчание — знак согласия с высказанным диагнозом. Да? Виталий Николаевич, может, Вы?

**В. Н. Гладышев (заместитель главного врача):** Владимир Вениаминович,уважаемые коллеги! Что здесь настороживает в плане эндогенности, на мой взгляд... Знаете, если уж мы ставим такой диагноз, если мы говорим, что эта пациентка эндогенная или с параноидной шизофренией, нужны какие-то основания. В настоящий момент, действительно, девушка производит приятное впечатление своей отзывчивостью, своей открытостью, синтонностью. Непосредственностью, можно, так сказать, естественностью поведения. Вот она: вот я вся перед вами, мне стесняться нечего, я ищу от вас помощи, я прошу помощи. Буду ходить на танцевально-двигательную терапию, буду танцевать и двигаться. Все, что вот хотите, буду. Это, безусловно, настраивает на положительный взгляд на эту девушку и на ее перспективы. Однако, все-таки, начинаем искать минусы. У нее был очень тяжелый период, по-моему, в 15–16 лет, когда ее поведение совершенно выходило за нормы, за рамки нормального поведения. Демонстративно это было, не демонстративно, знаете, но количественные показатели ее нарушений поведения определяли и качество, на мой взгляд. Все-таки можно плохо себя вести, но вот так нет, так нельзя. Поведение ее, на мой взгляд, было совершенно неадекватным. Эти суицидальные попытки. Причем, действительно она выпрыгивала, и она могла выпрыгнуть, на мой взгляд. Вот кто-то усомнился в том, что папа ее в последний момент схватил. То есть, это так бы демонстративный суицид при всей кажущейся истинности этих суицидальных моментов. Но все-таки, это уже чрезесчур. 11 месяцев в психиатрической больнице человек находится, почти год. Такое ощущение, что у нее был психоз. У нее был психоз, который трудно квалифицировать, трудно ее как-то уложить в рамки определенного синдрома или хотя бы в рамки полиморфной симптоматики. Дисморрофобия нам не дает суицидальные попытки. Она дает другие проявления. Ну, если у человека дисморрофобия, то мы видим какие-то ограничения в поведении, либо пластические операции, либо такое злостное, с пагубными последствиями похудение. Здесь этого не было. Здесь именно поведенческие, неадекватные поведенческие реакции. Просто она доводила своих родителей, представляете, до чего, если они вынуждены были перед походом в магазин сходить туда и поменять ярлыки с размерами. Вы вообще представить можете эту ситуацию? До какой степени родители были невротизированы поведением дочери, индуцированы. Но индуцирование как раз говорит о том, что уровень был, по-моему, все-таки психиатрический. Да, да. А что сейчас? Сейчас вот меня несколько настороживает вот какая-то диссоциация. Может быть, только мне это показалось. С одной стороны,

естественность, отзывчивость. С другой стороны, такая пустота и непродуктивность. Что частично подтвердил лечащий врач уже после того, как мы с ней поговорили. Никаких пополнений, реальных попыток социализации, восстановления себя, реабилитации, человек не делает. И, на мой взгляд, все-таки имеется некий дефицит эндогенный, эндогенного такого плана.

**Ведущий:** Если бы этот был детский, простите, тип шизофрении, который начался где-то там в 4–5 лет якобы, мы бы сейчас увидели развалины, руины. Этого нет. — Этого нет. Но нет и полноценной личности. Спасибо.

**Врач-докладчик:** Владимир Вениаминович, можно добавить по поводу демонстративности? Первая ее суицидальная попытка, завершенная суицидальная попытка была истинная: она спрыгнула с 5 этажа, в комнате не было вообще никого. То есть она в свою комнату вообще в принципе никого не допускает. — Да, это не демонстративная попытка. — Мать была в это время на кухне, отчима вообще не было в квартире. И мать узнала о том, что она упала, потому что люди закричали с улицы. Она чудом осталась в живых.

**Ведущий:** Так, ну еще, доктора? Ну, если никто не хочет, позвольте мне. Уважаемые коллеги, я позволю высказать свою точку зрения, которую я не буду вам навязывать, но она в значительной мере отличается от точки зрения лечащего врача. Мой учитель Григорий Яковлевич Авруцкий часто приводил фразу, принадлежащую его учителю, профессору Сережскому, которая сводилась к тому, что хорошего психиатра отличает то, как правильно он умеет поставить диагноз параноидной формы шизофрении. Это не вы поставили, это поставили еще в детской больнице, другие докторы, консультанты. Но что здесь вообще от параноидной шизофрении? Параноидная шизофрения — это совершенно особая форма с особой симптоматикой, с возрастом начала где-то 23–25 у женщин. Причем, у мужчин она раньше — 23–24. У женщин — 25–26. Структура симптоматики совсем иная. Там должен быть параноидный такой регистр, стержень на всем протяжении. Либо это галлюцинаторная симптоматика в виде вербального галлюцинации, либо это бред, как правило, систематизированный, бред преследования, воздействия, открытости, и так далее, и тому подобное. Но здесь, простите, этого ничего нет. Значит, диагноз параноидная шизофрения не проходит, мы его отвергаем. Далее, другая разновидность эндогенного расстройства, которая там звучала, это шизоаффективное расстройство. То, что раньше называлось периодической или рекуррентной шизофренией. Но там тоже особый стереотип развития. Там все начинается с депрессии, к которой присоединяется этап бредового аффекта, присоединяется острый чувственный бред, бред инсценировки, розыгрыш и так далее, и тому подобное. Здесь, в принципе, этого ничего

тоже не было. Ну, а что здесь было? Мы видим в пре-морбиде личность истероидной, выраженной истероидной или конверсионной структуры, которая ищет, искала признания и любила вести себя как актриса, по-театральному, одевалась, готовила себя к карьере, хотела стать артисткой, актрисой и была, в общем-то, актрисой в школьные годы по своему поведению. И дальше мы видим, что на этом фоне вдруг, на фоне пониженного настроения присоединяются дисморфофобические переживания, которые потом становятся все более упорными и упорными, и они далее трансформируются уже в дисморфоманию. То есть в бред, так сказать, недовольства своей внешностью. Уже недовольство своей внешностью становится бредом. Да, и на фоне глубоких депрессивных переживаний вот эти четырехкратные суицидальные попытки. Да, обратите внимание, что начало всего этого приходится на пубертатный период, на 14 – 15 лет. А когда депрессии начинаются в 14 – 15 лет, то, скорее всего, правомерней не ставить диагноз, скажем, рекуррентного депрессивного расстройства, а правомерен диагноз биполярного аффективного расстройства. Более того, эта больная сейчас в беседе подтвердила, что у нее были и маниакальные фазы. Вопрос в том, чего больше — депрессивных или маниакальных фаз. Но маниакальные фазы у нее не сопровождались симптоматикой дисморфоманического, дисморфофобического круга. Дисморфофобия и дисморфомания были на этапе депрессии, во время депрессивных фаз. И там на глубине депрессии присоединялся сензитивный бред отношений. Но бред отношений, конгруэнтный депрессивному аффекту. На нее вот так-то плохо посмотрели, недовольны ее внешностью, и так далее, и тому подобное. Мне не совсем ясно пока, чего было больше — депрессивных или маниакальных фаз. Поэтому что от этого зависит диагностика БАРа. Ну, то, что это БАР, тут уже особых сомнений у меня не возникает, а БАР 1-го или 2-го типа, это вопрос. Но вы понимаете, если она с БАРом, и ее лечили вот так безуспешно где-то в течение первых 2 – 3 лет, там клозапин и пароксетин, и толку не было. Но нормотимиков, нормотимической терапии, в общем-то, не было. Или там получается, что потом она все же литий вроде получала? — *Hem, нет.* — Нет. Все. Нормотимиков не было, что говорит о том, что, рассчитывать на успех не приходилось, потому что неправильно трактовали,

неправильно диагностировали. И в принципе, раз это БАР, биполярное аффективное расстройство, то здесь нужна как основа нормотимическая терапия. Ну, что сейчас? Перед нами сидит вполне синтонная, симпатичная молодая девушка, вполне доступная в плане своих переживаний. К прежним депрессивным переживаниям дисморфофобическим, дисморфоманическим, она относится с определенной, с достаточной критикой. Сейчас у нее нормотимический такой аффект, с моей точки зрения. Да, и тут надо сказать, что больные с биполярным аффективным расстройством очень часто совершают суицидальные попытки, чаще, чем больные с шизофренией. Это однозначно, и именно в депрессивных фазах. Вот это всегда надо иметь в виду, и в этом опасность этого расстройства. И оно, в общем, ей здорово, конечно, мешало и будет дальше мешать по жизни. В принципе, ее надо адекватно лечить, и основу этой терапии должны составлять нормотимики. Какие — это надо посмотреть, это предмет для обсуждения. Если больше депрессий, то, скажем, ламотриджин. Если больше маний, то валпроаты. Плюс, в депрессии, естественно, к нормотимикам антидепрессанты серотонинергического круга. Извините, если я высказал такую точку зрения, которая не совпадает с вашей. Но мы для того и собрались, чтобы что-то обсудить.

**В. Н. Гладышев:** Конечно. Я считаю, что вообще такая продуктивная беседа была. Мы же всегда можем сказать, что не прощаемся, а можем через какое-то время, если будет... — *Ну, да. Она требует, конечно, наблюдения, внимания, да. Четыре суицидальные попытки — это всегда признак того, что они могут и впредь повторяться. Это чудо, что она еще жива.* — Я вот, знаете, она для чего-то осталась в живых. Потому что мы могли вообще сейчас ни о чем не говорить, и первая попытка суицидальная могла быть единственной, и все. Все-таки был 5-й этаж, а она отделалась компрессионным переломом Л1. — *Повезло.* — Да, да, повезло, безусловно. Мы эту девушку отчасти еще и из-за этого взяли, потому что с самого раннего детства так судьба у нее идет — хоть книгу, в общем-то, пиши и сериал снимай. Может быть, и посмотрим ее, если будет необходимость через год, через два, если будет пища для размышлений. — *Конечно. Всем спасибо!*

# ПСИХИАТРИЯ И ПРАВО

---

## Обжалование установления диспансерного наблюдения в судебном порядке

Ю. Н. Аргунова

Рассматриваются нормы о порядке установления и прекращения диспансерного наблюдения, а также судебная практика по делам об обжаловании нахождения под диспансерным наблюдением. Даются рекомендации, направленные на недопущение типичных ошибок в защите гражданами своих интересов. Анализируется судебная перспектива удовлетворения выдвигаемых гражданами требований. Рассматриваются правовые последствия принимаемых судом решений.

**Ключевые слова:** диспансерное наблюдение.

Как следует из положений ч. 1 ст. 43 Федерального закона “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации”, диспансерное наблюдение (далее — ДН) обеспечивается лицам, страдающим социально значимыми заболеваниями. К таким заболеваниям относятся и психические расстройства.

Согласно ч. 5 и 7 ст. 46 базового законодательного акта ДН представляет собой проводимое с определенной периодичностью необходимое обследование лиц, страдающих хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами, иными состояниями, в целях своевременного выявления, предупреждения осложнений, обострений заболеваний, иных состояний, их профилактики и осуществления медицинской реабилитации указанных лиц. Порядок и периодичность проведения ДН должны устанавливаться уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Однако до настоящего времени порядок проведения ДН в психиатрии должным образом не регламентирован. Закон о психиатрической помощи определяет ДН как форму амбулаторной психиатрической помощи, предполагающую наблюдение за состоянием психического здоровья лица путем регулярных осмотров врачом-психиатром и оказание ему необходимой медицинской и социальной помощи (ч. 4 ст. 26). Ст. 27 Закона определяет критерии нахождения под ДН: оно может устанавливаться за лицом, страдающим хроническим и затяжным психическим расстройством с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями. Данная норма не предусматривает обязательного (автоматического) установления ДН при выявлении у лица указанных критериев психического расстройства. Каждый конкретный случай должен рассматриваться сугубо индивидуально. Согласие больного или его за-

конного представителя на это не спрашивается. Несмотря на то, что прохождение ДН является фактически обязательным, судебного решения для его установления не требуется. ДН прекращается при выздоровлении или значительном и стойком улучшении психического состояния лица. Решение об установлении (прекращении) ДН принимается комиссионно. Оно должно быть мотивированным и оформляться записью в меддокументации.

Отсутствие четкого порядка осуществления ДН ведет к возникновению заблуждений и разнобоя в правоприменительной практике. Зачастую ПНД устанавливают ДН заочно, лишь на основании полученной из стационара выписки из истории болезни.<sup>1</sup> Отсутствует алгоритм действий при изменении пациентом места проживания. Диспансеры производят постановку под ДН таких “новых” для себя пациентов автоматически “путем передачи” без освидетельствования и решения комиссии. Граждане же считают, что в другом районе они не будут числиться состоящими под ДН до тех пор, пока не попадут в поле зрения психиатров и комиссия врачей ПНД по новому месту жительства не соберется и не примет по результатам их осмотра соответствующее решение. Проблемность закона приводит к судебным спорам.

<sup>1</sup> Установление ДН в течение 3-х рабочих дней после получения выписного эпикриза из медкарты стационарного больного по результатам оказания медицинской помощи в стационарных условиях предусмотрено Порядком проведения диспансерного наблюдения за взрослыми (утв. приказом Минздрава России от 29 марта 2019 г. № 173н). Однако, по нашему мнению, постановку лица под ДН у врача-психиатра на основании одного лишь эпикриза производить не следует.

## Ю. Н. Аргунова

Так, Лефортовский районный суд г. Москвы отказал в удовлетворении требований Е.Н. к филиалу № 1 ПНД № 10 о признании незаконной постановки на психиатрический “учёт” и обязанности снять с “учёта”. Судебная коллегия по административным делам Мосгорсуда (апелляционное определение от 30 мая 2017 г. по делу № 33а-3557) оставила решение без изменения.

Е.Н. обратился в регистратуру ПНД № 10 с просьбой выдать справку о несостоянии на учёте для представления работодателю — ФГУП “Почта России” в соответствии с направлением, но ему выдали талон с надписью “наблюдение” и предложили пройти тестирование у психолога. Считая, что в ПНД была произведена постановка его на учёт, Е.Н. заявил о нарушении её процедуры.

Зам. главврача ПНД № 10 пояснил, что Е.Н. на учёт в ПНД № 10 не ставился, а был передан под ДН из ПНД № 20. Впервые ДН за Е.Н. было установлено в 1995 г. решением ВК ПНД № 18. В 1992 г. ему поставлен диагноз “Шизофрения приступообразная, шизоаффективный вариант, смешанный (биполярный аффективный тип)”. Часто госпитализировался, как правило, повторно в течение года. Е.Н. дома не удерживался, вновь попадал в стационар с ухудшением состояния в виде аффективно-бредового приступа. В 2001 – 2002 г. находился на принудительном лечении в ПБ № 5 в связи с совершением кражи. Последняя недобровольная госпитализация была в 2005 г. Истец сменил место жительства, имя (с имени Эдуард на имя Никита). Участковый врач ПНД № 20 (по прежнему месту жительства) разыскать его не мог. Самостоятельно диспансер Е.Н. не посещал, психически больным себя не считал, поддерживающее лечение не принимал. С момента перевода под ДН ПНД № 10, несмотря на приглашения, к участковому врачу не приходил. Заболевание Е. Н. носит хронический характер с тяжёлыми и стойкими болезненными проявлениями. Е.Н. — инвалид 2 группы по психическому заболеванию беспрочно, что свидетельствует о выраженных и необратимых изменениях личности уже в тот период. В настоящее время оснований для снятия Е.Н. с ДН не имеется.

По ходатайству ст. помощника прокурора была назначена амбулаторная СПЭ. По заключению экспертов, Е.Н. страдает психическим расстройством в форме шизофрении параноидной эпизодического типа течения с нарастающим дефектом.

Суд посчитал, что обстоятельства, указывающие на нарушение прав истца со стороны ПНД № 10, отсутствуют, постановка его на ДН соответствовала требованиям ст. 27 Закона о психиатрической помощи. Утверждения Е. Н. о незаконной постановке его на психиатрический учёт безосновательны, поскольку ДН было установлено ещё в 1995 г. решением комиссии ПНД № 18, а под ДН ПНД № 10 он был передан из ПНД № 20 в сентябре 2013 г. в связи с переменой места жительства. Утверждения истца о намерении членов ВК оговорить его тем, что у него имеются противопоказания к работе в качестве почтальона 2-го класса, необоснованы.

### Какие требования вправе выдвигать лицо, не согласное с нахождением под ДН?

Установление ДН влечет для гражданина серьезные правовые последствия, распространяющиеся на многие сферы правоотношений. Поэтому ч. 3 ст. 27 Закона о психиатрической помощи предусматривает возможность обжалования решения об установлении ДН в суд. Перед обращением в суд лицу следует убедиться в том, что он действительно поставлен под ДН. Поскольку решение комиссии в виде отдельного документа, как правило, не оформляется, лицо до подачи искового заявления вправе получить в ПНД заверенную копию страниц медкарты с произведённой записью или копию карты в полном объёме. Подтверждением нахождения под ДН может служить справка ПНД, выданная самому лицу либо обнаруженная им у третьих лиц, в материалах гражданского, административного, уголовного дела; устное сообщение от врача-психиатра и т.д. Обращение в суд при наличии лишь предположений об установлении ДН лишено смысла.

Так, Судебная коллегия по административным делам Нижегородского облсуда (апелляционное определение от 1 февраля 2017 г. по делу № 33а-1090/2017) оставила без изменения решение суда первой инстанции об отказе в удовлетворении искового заявления Г.Д. о признании незаконной постановки под ДН в КПБ № 1 г. Н. Новгорода. Судом достоверно установлено, что Г.Д. не был поставлен, не состоял и не состоит на ДН. Сведений о ДН Г.Д. в КПБ № 1 в электронной программе учёта не имеется, а его медицинская карта была уничтожена за сроком давности.

Лицо вправе обжаловать в суд не только решение об установлении, но и решение об отказе в прекращении ДН, принятое комиссией в ответ на его обращение в ПНД с просьбой о его прекращении. Отказ ПНД в предоставлении решения комиссии также может быть обжалован в суд.

Лицо вправе оспорить как само установление ДН (если у него отсутствуют сведения о наличии соответствующего решения комиссии), так и официальный документ — решение комиссии врачей-психиатров об установлении ДН.

Лицо может обратиться в суд **с требованиями:**

- о признании незаконным (или необоснованным) установления ДН и возложении обязанности устранить допущенные нарушения (внести сведения в меддокументацию и др.);
- о признании незаконным (или необоснованным) отказа в прекращении ДН и возложении обязанности прекратить ДН;

В предмет доказывания по делу входят обстоятельства, подтверждающие:

- 1) диагностирование у лица психического расстройства;

## **Обжалование установления диспансерного наблюдения в судебном порядке**

- 2) соблюдение законности при осуществлении такого диагностирования;
- 3) что диагностированное психическое расстройство является хроническим и затяжным, а его болезненные проявления — тяжёлыми и стойкими либо часто обостряющимися;
- 4) соблюдение процедуры установления ДН;
- 5) выздоровление лица;
- 6) улучшение психического состояния лица, которое одновременно является:
  - а) значительным и
  - б) стойким.

### **Может ли суд не принять исковое заявление к рассмотрению в рамках административного судопроизводства?**

Такой отказ будет неправомерным. С 2015 года дела данной категории рассматриваются по правилам не ГПК РФ, а КАС РФ. Гражданин будет вправе подать частную жалобу на “отказаное” определение суда в вышестоящий суд.

Так, Судебная коллегия по административным делам Нижегородского облсуда (апелляционное определение от 3 августа 2016 г. по делу № 33А-8580/2016) отменила определение суда первой инстанции об отказе в принятии административного искового заявления Грузных Д. В. к КПБ № 1 г. Н. Новгорода о признании незаконной постановку на ДН и возложении обязанности устранить допущенные нарушения.

Мать Грузных обратилась в больницу за получением справки о ненахождении её сына на ДН. В ответ ей выдали медкарту, из которой следовало, что в 1999 г. она обращалась в больницу по поводу задержки речевого развития сына. Истец считал постановку его под ДН незаконной в связи с отсутствием на это информированного добровольного согласия его законного представителя. По мнению истца, записи в медкарте не в полной мере соответствовали действительности.

Судья отказал в принятии административного иска. Руководствуясь ч. 1 ст. 128 КАС РФ, он усмотрел в данном случае спор о праве, который подлежит рассмотрению в порядке не административного, а гражданского судопроизводства, поскольку истец заявляет о нарушении его прав в сфере медицинского обслуживания. Кроме того, судья указал, что больница как учреждение здравоохранения не наделена какими-либо государственными и иными публичными полномочиями в том смысле, который придаётся данному понятию ч. 2 ст. 1 КАС РФ. В связи с этим действия больницы не могут быть оспорены в порядке, установленном КАС РФ.

Судебная коллегия с выводами судьи не согласилась и удовлетворила частную жалобу Грузных, приведя следующее обоснование.

КАС РФ (ч. 1 ст. 1) регулирует порядок судопроизводства при рассмотрении административных дел о защите нарушенных или оспариваемых прав, свобод и законных интересов граждан, других ад-

министративных дел, возникших из административных и иных публичных правоотношений и связанных с осуществлением судебного контроля за законностью и обоснованностью осуществления государственных или иных публичных полномочий.

В соответствии с ч. 1 ст. 218 КАС РФ лицо может обратиться в суд с требованием об оспаривании решений, действий (бездействия) органа государственной власти, иного органа, организации, наделённых отдельными государственными или иными публичными полномочиями, должностного лица, государственного или муниципального служащего, если полагает, что нарушены его права, свободы и законные интересы, созданы препятствия к осуществлению его прав, свобод и реализации законных интересов или на него незаконно возложены какие-либо обязанности.

Больница является государственным бюджетным учреждением здравоохранения, создана для выполнения работ, оказания услуг в целях обеспечения и реализации полномочий органов государственной власти (государственных органов) в сфере здравоохранения, а именно, оказания специализированной медицинской помощи.

Грунтов, обращаясь в суд с иском, по существу ставит вопрос о незаконности действий должностных лиц государственного бюджетного учреждения при реализации полномочий госорганов в сфере здравоохранения, выразившихся в постановке его под ДН. По мнению истца, эти действия нарушают его права и законные интересы.

Предметом самостоятельной судебной проверки подлежат вопросы: 1) соответствуют ли оспариваемые действия требованиям закона, 2) совершены ли они в соответствии с установленной законом процедурой, 3) не приводят ли они к нарушению прав истца.

Требований материально-правового характера, подлежащих рассмотрению в порядке гражданского судопроизводства, из содержания иска не усматривается.

Судебная коллегия возвратила административное исковое заявление в районный суд для его рассмотрения со стадии принятия к производству.

### **Почему по поводу прекращения ДН не следует сразу обращаться в суд?**

Установление ДН может быть сразу обжаловано в суд. По поводу прекращения ДН пациенту надлежит вначале обратиться с заявлением в ПНД, просить провести для этой цели освидетельствование. Отказ ПНД затем может быть обжалован в суд.

Так, Судебная коллегия по гражданским делам Тверского облсуда (апелляционное определение от 1 апреля 2015 г. по делу № 33-739) не нашла оснований для удовлетворения требований Ф. о возложении на ПНД обязанности снять его с ДН.

Ф. состоял под ДН, самостоятельно приходил на приём к врачу-психиатру, наблюдался у него. До подачи иска в суд по вопросу снятия с ДН Ф. в ПНД не обращался. А обратился только в ходе рассмотре-

ния дела судом. Обращение Ф. было рассмотрено должностными лицами ПНД, и Ф. был снят с ДН в связи со значительным и стойким улучшением его психического состояния. Комиссия пришла к выводу, что имеющееся у Ф. заболевание находится в стадии ремиссии.

Судебная коллегия не нашла оснований считать, что со стороны ответчика при решении вопроса о снятии истца с ДН допущено нарушение его прав, поскольку истцом до предъявления иска в суд не был соблюден установленный законом порядок обращения по вопросу снятия с ДН, а на момент рассмотрения дела он под ДН не состоит.

\* \* \*

Аналогичное решение принял Клинцовский горсуд Брянской области (решение от 29 января 2014 г. по делу № 2-59/2014). Суд оставил без удовлетворения иск Лепесий Т. С. к Клинцовской горбольнице о признании незаконными действий по постановке под ДН и возложении обязанности снять её с ДН.

В психиатрическом стационаре Лепесий установлен диагноз "органическое поражение ЦНС со-судистого генеза с бредом преследования и кверулянтскими тенденциями". Участковому психиатру рекомендовано — ДН, поддерживающее лечение.

Согласно заключению СПЭ по делу о признании Лепесий недееспособной, у неё обнаружено органическое расстройство личности в связи с сосудистым заболеванием головного мозга. Указано, что в амбулаторном и стационарном лечении у психиатра она не нуждается.

Представитель ПНД в суде пояснил, что согласно ст. 27 Закона о психиатрической помощи решение о постановке либо снятии с ДН принимается комиссией психиатров, а не судом. Порядок снятия с ДН истце известен, т.к. она ранее уже обращалась за снятием с учёта у врача-психиатра, её заявление было удовлетворено. По мнению врача-психиатра горбольницы, истца могла бы беспрепятственно получить выписку, обратиться в одну из брянских психиатрических больниц, где комиссионно рассмотрели бы вопрос о снятии её с ДН.

Суд согласился с тем, что Законом о психиатрической помощи определён порядок, как постановки, так и прекращения ДН. С заявлением о снятии с ДН в комиссию врачей-психиатров Лепесий не обращалась, считает данное обращение излишним. При таких обстоятельствах суд не усматривает оснований для удовлетворения требований истцы.

### **Правильно ли требовать прекращения ДН при постановке вопроса о признании незаконным его установления?**

Признание установления ДН незаконным не может обеспечиваться процедурой его прекращения. Часть 4 ст. 27 Закона о психиатрической помощи предусматривает два возможных основания для прекращения ДН: а) выздоровление или б) улучшение психического состояния лица. Поэтому о прекращении

ДН можно говорить в отношении тех лиц, за которыми ДН было установлено законно, и в настоящее время их состояние заметно улучшилось. То есть в тех случаях, когда законность и обоснованность установления ДН пациентом не оспаривается.

Если же лицо оспаривает законность установления ДН, и суд удовлетворяет его требования, то это свидетельствует о неправомерности установления ДН (нарушении порядка и/или отсутствии для этого предусмотренных законом оснований), а не о том, что пациент стал чувствовать себя намного лучше, а его просьбы о прекращении ДН остаются без внимания. Позволим себе провести некую, весьма условную аналогию с договорными отношениями: договор может быть заключён, заключённый договор может быть расторгнут, но может быть и признан недействительным (если вскрылись обстоятельства неправомерности его заключения).

Таким образом, исполнение решения суда, признавшего незаконными действия врачей-психиатров по установлению ДН, должно обеспечиваться записью в меддокументации не о прекращении наблюдения, а (как вариант) о том, что решение комиссии (если, конечно, такое решение имеется) о постановке данного лица под ДН следует считать недействительным. Если же истец удовлетворится записью о прекращении ДН, это будет означать, что он признаёт обоснованным вынесенное ранее решение об установлении ДН.

В этой связи иск Лепесий Т. С. к Клинцовской больнице, о рассмотрении которого рассказывалось выше, сформулирован не вполне корректно, что и позволило суду отказать в удовлетворении данного иска.

### **В какой ситуации следует сразу обращаться в суд?**

Лицо вправе обратиться в суд, если ПНД не реагирует на его жалобу по поводу необоснованности установления ДН или на заявление о прекращении ДН, если должностные лица уклоняются или затягивают рассмотрение обращения по существу. Своим решением суд вправе обязать ПНД прекратить (снять) ДН.

Так, Судебная коллегия по гражданским делам Вологодского облсуда (апелляционное определение от 20 декабря 2013 г. № 33-5315/2013) оставила без изменения решение суда первой инстанции, которым удовлетворены исковые требования Ф. к Кадуйской ЦРБ о снятии с "динамического диспансерного учёта" у психиатра. На больницу возложена обязанность снять истца с "диспансерного учёта" со дня вступления решения суда в законную силу. С больницей в пользу Ф. взыскано возмещение судебных расходов, в т.ч. расходов на проведение СПЭ и оплату услуг представителя.

Истец указал, что в 2012 г. при сборе документов для получения права управления транспортными

## **Обжалование установления диспансерного наблюдения в судебном порядке**

средствами узнал о том, что состоит на учёте у психиатра. Однако он никогда не обращался к психиатру, не принимал лекарств для лечения психических заболеваний, что свидетельствует о стабильности его психического здоровья, в связи с чем считает постановку на учёт незаконной.

Адвокат истца пояснила, что ответчик должен был без судебного решения снять Ф. с диспансерного учёта, т.к. оснований для постановки на учёт не имелось. Ответчик затягивал рассмотрение дела путём проведения повторной СПЭ, истец был вынужден неоднократно ездить в г. Вологду для её прохождения, в связи с чем испытывал нравственные и физические страдания.

В апелляционной жалобе главврач больницы указала на обоснованность постановки Ф. на учёт, непредставление им доказательств выздоровления или значительного и стойкого улучшения психического состояния. Полагала, что расходы на проведение СПЭ подлежат возмещению за счёт средств федерального бюджета.

Суд установил, что Ф. поставлен на диспансерный "учёт" у психиатра больницы после стационарного обследования. С диагнозом "органическое заболевание головного мозга неуточнённого генеза с лёгким интеллектуально-мнестическим снижением" Ф. был взят в 3 группу ДН (больные со стабилизованными состояниями, в т.ч., с терапевтическими и спонтанными ремиссиями). Позже истец был переведён в 5 группу (группа контрольного наблюдения, в которую включаются больные в состоянии ремиссии или компенсации психопатологических проявлений с социально-трудовой адаптацией). С момента выписки из стационара истец к психиатру не обращался, ежегодное обследование психического здоровья не проходил. Для снятия с "учёта" Ф. добровольно прошёл обследование. Согласно выписанному эпикризу имеет "лёгкое когнитивное расстройство в связи с не уточнённым заболеванием".

По заключению комплексной СППЭ, обследование Ф. позволяет исключить ранее выставленный ему диагноз лёгкого когнитивного расстройства в связи с не уточнённым заболеванием и расценивать его как *гипердиагностику психического расстройства*. Ф. по своему психическому состоянию в ДН у психиатра не нуждался и не нуждается, как это следует из критерии ст. 26 и 27 Закона о психиатрической помощи. Ему могла оказываться только консультативно-лечебная помощь на основе принципа добровольности.

По результатам повторной СПЭ Ф. каким-либо психическим расстройством не страдает, в связи с компенсаторными возможностями головного мозга ранее установленный диагноз не подтверждён.

Суд пришёл к выводу, что две экспертные комиссии дали заключения об отсутствии оснований для постановки истца в ...году на диспансерный динамический "учёт" и нахождения его на учёте в настоящее время.

В соответствии с Инструкцией по заполнению формы № 030-1у-02 "Карта обратившегося за психиатрической (наркологической) помощью", утвержденной приказом Минздрава России от 31 де-

кабря 2002 г. № 420, ДН за психически больными осуществляется в соответствии с "Системой динамического диспансерного учёта и наблюдения психически больных", утверждённой Минздравом СССР 17 июня 1988 г. № 10-III/СП-88-9/ОП. В соответствии с указанной Системой решение вопроса о необходимости обязательного динамического ДН за больным и его прекращение принимается комиссией врачей-психиатров, а в сложных и спорных случаях — комиссией во главе с главным психиатром. Родственникам или законным представителям больного, а если позволяет состояние здоровья и ему самому, необходимо разъяснить причины, обуславливающие обязательность динамического наблюдения.

В нарушение данных рекомендаций Минздрава России ДН за Ф. было установлено при отсутствии у него психического заболевания решением только одного врача-психиатра. Причины обязательности такого наблюдения Ф. не разъяснены. Как следует из заключений СПЭ, истец ни к одной из пяти групп наблюдения психически больных не относился и не относится.

Судебная коллегия признала обоснованным вывод суда о наличии правовых оснований для удовлетворения требований истца о снятии его с диспансерного учёта, поскольку в момент постановки на учёт он в таком наблюдении не нуждался и не нуждается в настоящее время ввиду отсутствия у него какого-либо психического расстройства. При этом сведения о снятии Ф. с учёта до вынесения оспариваемого решения и рассмотрения дела в суде апелляционной инстанции ответчиком не представлены.

Согласно ч. 1 ст. 98 ГПК РФ стороне, в пользу которой состоялось решение суда, суд присуждает возместить с другой стороны все понесённые по делу судебные расходы, за исключением случаев, предусмотренных ч. 2 ст. 96 ГПК РФ. Истцом были понесены расходы в связи с проведением СПЭ. Ходатайство о её назначении заявлено адвокатом истца. Поэтому доводы ответчика со ссылкой на ч. 2 ст. 96 ГПК РФ о необходимости возмещения данных расходов за счёт средств федерального бюджета не обоснованы.

### **Нужно ли ПНД созывать врачебную комиссию для прекращения ДН за лицом, если суд обязал диспансер снять это лицо с ДН?**

Основанием для прекращения ДН в данном случае будет не решение комиссии врачей-психиатров, а непосредственно судебное решение, вступившее в законную силу. Лицо вправе затребовать из ПНД сообщение (подтверждение) о прекращении ДН, т.е. о фактическом исполнении решения суда.

Так, Ленинский районный суд г. Самары (решение от 27 июня 2013 г. по делу № 2-2432/2013) отказал в удовлетворении иска Круглова А. Г. к Самарскому ПНД. Истец требовал признать незаконным бездействие диспансера, выразившееся: 1) в несозыве, непроведении врачебной комиссии для реше-

ния вопроса о прекращении ДН, несоставлении протокола заседания комиссии; 2) в несообщении в военкомат о прекращении ДН в связи со снятием ложного диагноза психического расстройства.

На основании судебного решения ДН в отношении Круглова было прекращено. ПНД письмом сообщил истцу, что он снят с необоснованного ДН, однако направить Круглову копию протокола заседания комиссии о прекращении ДН ПНД отказался. Истец посчитал этот отказ незаконным, противоречащим положениям ч. 5 ст. 22 Закона об охране здоровья, а также препятствующим реализации его права на поступление на военную службу по контракту и на службу в органы МВД. Круглов пояснил, что копия протокола необходима для представления в военкомат для восстановления на воинском учёте и прохождения переосвидетельствования. Он требовал, чтобы в протоколе было написано, что "Круглов А. Г. психическим расстройством не страдает и не страдал таковым ранее. Личность в пределах нормы. Психически здоров. Прекратить ДН в связи со снятием диагноза психического расстройства".

Суд указал, что согласно ст. 13 ГПК РФ вступившие в законную силу судебные постановления обязательны для всех без исключения органов, должностных лиц, граждан и организаций и подле-

жат неукоснительному исполнению. На основании решения суда истец был снят ответчиком с ДН. В настоящее время ПНД не оказывает истцу каких-либо медицинских, медико-социальных услуг. Пациентом ответчика истец не является, что подтверждается записью в медкарте истца о том, что он снят с ДН. Таким образом, судебное решение исполнено ответчиком в полном объёме и заключения комиссии в данном случае не требуется. Оснований для признания незаконным бездействия ПНД в этой части не имеется.

Согласно ч. 1 ст. 4 Федерального закона "О воинской обязанности и военной службе" руководители медорганизаций обязаны направлять в 2-недельный срок необходимые для занесения в документы воинского учёта сведения о гражданах, не состоящих, но обязанных состоять на воинском учёте. Между тем, из военного билета Круглова усматривается, что он на воинском учёте состоит. Поэтому у ответчика не было оснований для направления сведений о снятии его с ДН. Кроме того, истец не лишен возможности самостоятельно представить в военкомат вступившее в законную силу решение суда. Эти требования истца не подлежат удовлетворению.

## РЕКОМЕНДУЕМ:

*Ю. Н. Аргунова*

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

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

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

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

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

Заказать книги можно по электронной почте: [info@npar.ru](mailto:info@npar.ru)

или по телефону: 8 (495) 437-0991

## ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА

---

### Стационарная СПЭ как привычный метод устрашения: если тебя избили судебные приставы — не жалуйся, а то попадешь в психиатрический “санаторий”

Жительница Московской области Алина получила от жилищно-коммунальных служб извещение о том, что должна им около 100 тысяч рублей. Попытки разобраться, предъявление платежек, которые она всегда сохраняла, ни к чему не привели и, когда с банковской карты мужа списали 100 тыс. рублей, она обратилась в суд. Возможно, она вела себя там не слишкомдержанно, так была искренне возмущена происходящим и явным нежеланием судьи разбираться в ситуации. В какой-то момент судья приказала ей покинуть зал заседаний, а на вопрос, по какой причине и на какой срок, не ответила, а пригласила судебных приставов. Алину силой вывели из зала, на нее при этом телесные повреждения, что засняли на видео присутствовавшие там люди. Алина зафиксировала побои и подала заявление в полицию, однако никакой реакции не последовало. Через некоторое время она захотела узнать, что сделано по ее заявлению, собираясь показать имевшуюся у нее видео-запись, однако неожиданно оказалось, что ее заявление отсутствует, но зато есть другое — от судебных приставов, которые обвиняют ее в побоях. Трудно представить себе, что слабая худенькая женщина, с явным дефицитом веса, избила трех здоровых мужиков, однако в деле имелись медицинские заключения, согласно которым судебным приставам были нанесены следующие телесные повреждения: кровоподтёки на правом плече, правой и левой голенях, ссадины шеи, правого плеча, обеих голеней, ушиб, ссадина левого бедра, ссадины на лице и даже закрытая черепно-мозговая травма. Все это, согласно “Медицинским критериям определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека”, расценивается как повреждения, не причинившие вред здоровью человека, и в одном случае, как причинившие легкий вред здоровью человека. Алина надеялась, что следователь разберется с ситуацией, посмотрит имеющиеся у нее доказательства и спросит свидетелей, однако этого не случилось. Алина не скрывала своего возмущения, а следователь, увидев, что она не настроена подписывать протокол допроса, в котором он изложил свою версию событий, а вместо этого требует объективного разбирательства и ищет поддержки назначенного ей адвоката, заявил: “Ну, мы так долго будем с ней разбираться, давай на экспертизу”, с чем ад-

вокат тут же согласился. Уже через пару дней Алине позвонили и в приказном тоне потребовали, чтобы она явилась на амбулаторную экспертизу, иначе ее доставят туда в наручниках. Испугавшись, она своим ходом приехала в Московскую областную психиатрическую больницу № 5, однако, обдумав по дороге сложившуюся ситуацию, заявила, что отказывается от проведения экспертизы, поскольку не доверяет экспертам, назначенным предвзято настроенным следователем, и готова добровольно пройти обследование в организации по своему выбору. Однако она не ушла, а по просьбе экспертов рассказала о сложившейся ситуации, и в результате, они прислали следователю “Письменное сообщение о невозможности дать заключение в амбулаторных условиях”, в котором указывали, что “А. обнаруживает клинические признаки психического расстройства, о чем свидетельствуют выявленные у нее смешанные эмоциональные проявления, формальность, противоречивость суждений, кататимный характер мышления, малая доступность. Определить степень выраженности и глубины указанных нарушений в условиях проведения амбулаторной судебной экспертизы не представляется возможным, поэтому А. нуждается в проведении ей стационарной комплексной психолого-психиатрической экспертизы”. Между тем, у Алины двое несовершеннолетних дочерей, одна из которых инвалид детства и нуждается в постоянном уходе. Помещение Алины в психиатрический стационар при том, что она согласна добровольно пройти амбулаторную судебно-психиатрическую экспертизу, можно расценивать как метод устрашения.

#### Заключение специалистов по результатам обследования и анализа документов А.В., 1977 г.р. рожд.

В Общественную приемную НПА России обратилась А.В., 1977 г.р. рожд., жительница Московской области, в связи с несогласием с направлением на стационарную судебно-психиатрическую экспертизу.

А.В. представила копии следующих документов:

- 1) Постановление о назначении амбулаторной психиатрической судебной экспертизы от 17 декабря 2019 г.;
- 2) Письменное сообщение о невозможности дать заключение в амбулаторных условиях от Московской областной психиатрической больницы № 5;
- 3) Постановление Щелковского городского суда Московской области о помещении А.В. в МОПБ № 2 им. В. И. Яковенко для проведения стационарной судебно-психиатрической экспертизы;
- 4) Справка от врача психиатра-нарколога из ГБУЗ МО “Электростальская Центральная городская больница”.

Со слов А.В. и из представленных документов известно, что ей предъявлено обвинение по ст. 318, ч.ч. 1 и 2 УК РФ, т.е. она обвиняется в применении насилия в отношении представителя власти. А.В. инкриминируемые ей действия категорически отрицает, утверждает, что не было проведено никакого расследования, говорит, что имеет видео-запись, подтверждающую ее “невиновность”. Тем не менее, в Постановлении о назначении амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы написано, что “А.В. совершила тяжкое преступление, в связи с чем, у следствия имеются основания сомневаться в психическом состоянии последней, и возникла необходимость в проведении амбулаторной психиатрической судебной экспертизы”. Никаких других оснований, кроме “совершения тяжкого преступления” для назначения судебно-психиатрической экспертизы не приводится. А.В. имеет высшее образование, работала, замужем, в настоящее время не работает, т.к. имеет двух малолетних детей (обе девочки страдают астмой, одна признана ребенком-инвалидом по заболеванию суставов), которые нуждаются в уходе. А.В. никогда психиатрическую помощь не получала, никаких сомнений в ее психическом здоровье на протяжении жизни ни у кого не возникало. Употребление наркотических веществ, злоупотребление алкоголем отрицает, что подтверждено справкой от врача нарколога-психиатра — “под наблюдением в наркологическом диспансерном отделении не состоит, при медицинском освидетельствовании 07.02.2020 г. признаков наркологического заболевания не выявлено”. А.В. была направлена на амбулаторную судебно-психиатрическую экспертизу в ГБУЗ Московской области “Психиатрическая больница № 5”. Согласно письменному сообщению о невозможности дать заключение в амбулаторных условиях, экспертиза проводилась 20.12.2019 с 10.05 до 11.35 мин. В сообщении указывается, что “при проведении экспертизы использованы методы клинико-психопатологического исследования (анамнез, катамнез, клиническая беседа, описание психического состояния, анализ имеющихся симптомов психических расстройств) в сочетании с анализом соматоневрологического состояния. Однако, вся содержательная часть занимает

чуть меньше одной страницы, в которой около десяти строк занимают анамнестические сведения, а остальное — выписка из уголовного дела о повреждениях, нанесенных потерпевшим. И менее чем полстраницы — психический статус, анализ полученной информации и выводы о том, что А.В. нуждается в проведении ей стационарной судебно-психиатрической экспертизы. Сведения изложены очень кратко, без достаточной аргументации, что позволяет усомниться в полноте проведенного исследования. Сама А.В. утверждает, что она от проведения экспертизы категорически отказалась, что, однако, не было отмечено в сообщении. Психическое состояние было описано на основе ее рассказа о ситуации, фактически никакого обследования, в том числе экспериментально-психологического, не проводилось. 29 января 2020 г. Щелковским городским судом вынесено постановление о направлении А.В. на стационарную судебно-психиатрическую экспертизу. А.В. с этим не согласна, она обратилась в суд с апелляционной жалобой.

А.В. согласна на проведение амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы в добровольном порядке, в связи с чем и обратилась в Независимую психиатрическую ассоциацию России.

При освидетельствовании А.В. предъявляет жалобы на нарушение сна (раннее пробуждение), беспокойство и тревогу в связи со сложившейся ситуацией.

**Психическое состояние.** Сознание не изменено. Ориентирована в полном объеме. Одета опрятно, за внешностью следит. Мимика живая, голос хорошо модулирован. Понимает, что находится в состоянии исследования. На вопросы по анамнезу отвечает кратко, по существу, спокойно. Когда беседа заходит о настоящей ситуации по обвинению ее в уголовном преступлении, появляется напряженность, волнуется, выражены вегетативные стигмы, говорит громко, речь на повышенных тонах, с напором, часто в форме монолога. О ситуации рассказывает подробно, в деталях, не дает себя перебить. Не может кратко ответить на вопрос или просьбу по уголовному делу. Например, на просьбу показать постановление о назначении СПЭ, начинает объяснять обстоятельства инкриминируемого правонарушения, говорит о поведении судьи, приставов, следователя, неправомерности их действий, аргументирует это отрывками из законодательства, ссылается на нарушение прав человека. Попытки перебить ее безуспешны, только после того, как объяснила свою позицию, дала требуемый документ. Встревожена сложившейся ситуацией. Рассказывает, что после замужества не работала, занималась домом, детьми, высказывает беспокойство за дочерей, что без ее присмотра ухудшится состояние их здоровья. Опасается, что при помещении ее в стационар может ухудшиться и ее здоровье. Рассказывает, что в 27 лет на фоне психотравмирующей ситуации у нее возник отек Квинке (с отеком глотки, языка, уха, удышьем, страхом задохнуться). Тогда около года ле-

чили преднизолоном, жесткой диетой, врач говорила, что ей надо избегать сильных волнений. Боится, что такое состояние может повториться, потому что очень волнуется по поводу сложившейся ситуации. Говорит о том, что согласна на проведение амбулаторной психиатрической экспертизы, но хотела бы иметь возможность выбрать экспертное учреждение. Отказ от проведения АСПЭ в МОПБ № 5 объясняет тем, что следователь и назначенный адвокат не захотели разбираться по существу дела, а сразу решили направить ее на психиатрическую экспертизу. Уже через два дня после вынесения постановления, под угрозой принудительной доставки потребовали ее явки на экспертизу. Была взволнована, испугана и не могла в полной мере доверять экспертам, поэтому решила отказаться от экспертизы. Сейчас выражает согласие на прохождение психиатрической экспертизы в амбулаторных условиях. Фиксирована на психотравмирующей ситуации, эмоционально лабильна, тревожна, но снижения настроения не отмечается, угроз ни в чей адрес не высказывает, считает, что сможет добиться справедливости, действуя в правовом пространстве. Продуктивной психотической симптоматики не обнаруживает. Суицидальных мыслей нет.

Таким образом, по результатам настоящего исследования и анализа документов, комиссия при-

ходит к выводу, что Левушкина А. В. психическим заболеванием ранее не страдала, однако при настоящем исследовании у нее выявлено актуальное расстройство адаптации в виде реакции на стресс (аффективная фиксация на ситуации, повышенная тревожность, нарушения сна), которое мешает ей правильно оценивать ситуацию и давать показания по делу. Выявленные расстройства являются расстройствами невротического уровня, опасности для себя и окружающих по психическому состоянию Левушкина А. В. не представляет и в медицинской психиатрической помощи в добровольном порядке не нуждается. В настоящее время Левушкина А. В. нуждается в фармако-психотерапевтической помощи, которую может получить в добровольном порядке, после чего ей может быть назначена повторная амбулаторная судебно-психиатрическая экспертиза, на которую Левушкина А. В. дает свое согласие. Необходимости в назначении стационарной комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы специалисты не усматривают.

Члены комиссии: Ю. С. Савенко, Н. В. Спиридовона, Л. Н. Виноградова

## ВНИМАНИЕ!

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

Индекс — 73291  
по каталогу Агентства «Роспечать»

# **ПСИХОТЕРАПИЯ**

---

---

## **Консторумские чтения**

### **Психотерапия — вчера, сегодня, завтра (часть 1)**

*Психотерапия: вчера, сегодня, завтра — Ю. С. Савенко*

*Семья душевнобольного: психотерапия семейной стигмы — А. А. Шмилович*

*Диагностика суицидальных тенденций в условиях реформирования психиатрической службы — С. Д. Левина*

*Случаи применения “эмоционального контакта” в психотерапии шизофрении, как самостоятельного лечебного приема — Л. В. Махновская*

*О смысле психотерапевтического воздействия “раненый целитель” — К. М. Мижсерова*

*Об известном в жизни целебном переживании “это мне близко (в природе и культуре)”. Когда, по-моему, следует говорить об этом как о клинико-психотерапевтическом приёме в духе нашей Терапии творческим самовыражением (ТТСБ) — М. Е. Бурно*

27 декабря 2019 года в Москве состоялась ежегодная двадцать пятая научно-практическая конференция “Консторумские чтения”. Она проводится Обществом клинических психотерапевтов НПА России, председателем которого является проф. М. Е. Бурно. Традиционно в конференции принимали участие Профессиональная психотерапевтическая лига, Кафедра психотерапии и сексологии Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования Минздрава России и Филиал № 6 Московского научно-практического центра наркологии Департамента здравоохранения г. Москвы, в зале которого и проходила конференция.

Тема конференции “Психотерапия — вчера, сегодня, завтра”, как и темы предшествующих встреч, приглашала участников к плодотворному размышлению и творческой дискуссии.

Как обычно, конференция состояла из трех отделений. Председателем первого отделения (с 10.00 до 13.00) был заместитель председателя Общества клинических психотерапевтов НПА России, психиатр, психотерапевт, доцент Борис Аркадьевич Воскресенский, председателем второго отделения (с 14.00 до 17.00) — психиатр, психотерапевт Людмила Васильевна Махновская.

В третьем отделении (с 17.00 до 18.30) состоялся праздничный концерт Психотерапевтического реалистического театра-сообщества “Театр вчера, сегодня, завтра и всегда...” (основатель театра и консультант — проф. Марк Евгеньевич Бурно, руководитель театра — канд. мед. наук, доцент Инга Юрьевна Калмыкова). В программе концерта: психотерапевтическое творчество участников — слайд-шоу фотографий, стихи, сценические зарисовки, танцы, песни и др.

Приводим краткое содержание докладов первого отделения конференции.

#### **Психотерапия: вчера, сегодня, завтра Ю. С. Савенко**

Тема настоящих Консторумских чтений, предложенная Марком Евгеньевичем и Борисом Аркадьевичем, увлекательна и сложна. Сложнее и труднее всего говорить о том, что делается с психотерапией сегодня и проще всего о том, что будет завтра, если под завтра иметь в виду осуществленную мечту. Мечту, которая сформировалась у меня еще в 1974 г., когда я работал над текстом о личностных компенсаторных механизмах в антитезу психологическим защитным механизмам. Это не простая перефразировка: **личностные, а не психологические**, потому что личность не ограничивается психикой, она включает телесный материал и духовное содержание, она включает и приватную среду и свою референтную группу, свой микросоциум, который может быть пассивной заброшенностью, и может и должен быть полем постоянных непрекращающихся усилий в определенном направлении. **Компенсаторные, а не защитные**, так как этим выражается указанная активность, динамичность, креативность личности, как открытой системы обратных связей со средой (не стабилизирующей, а следящей системой на кибернетическом языке, т.е. гомеорезом, а не гомеостазом). Конечно, “личностные компенсаторные” механизмы не вместо “психологических защитных”, а наряду с ними, так как каждому из нас есть что защищать и что предпочитать. Идея указанной работы состояла в составлении тезауруса, т.е. по возможности предельного списка этих механизмов, их типологизации с выделением семи измерений и

описанием на языке этих механизмов клинико-тестологических данных и необходимых психотерапевтических методов, что объединило бы и направило одновременно диагностическую и психотерапевтическую работу. Хотя этот текст<sup>1</sup> дважды перепечатывался в антологиях по этой тематике, эта естественная идея не получила практического воплощения.

И еще тогда же, занимаясь проективными личностными тестами Роршаха и ТАТ, я мечтал о том, что стало в нашу информационную эпоху осуществимым: чтобы в наборе предложенных всевозможных дляящихся ситуаций испытуемый, идентифицируясь с кем-то из персонажей, мог управлять его поведением в реальном времени. Теперь шлем виртуальной реальности и математическая теория игр уже сделали это осуществимым. Более того, стало возможным, вложив в компьютерную программу все сохранившиеся тексты любого светоча науки, задать ему вопросы в онлайн режиме, скажем, Эйнштейну, причем это будут живые ответы с мимикой, интонацией и даже, там, где это возможно, реальным голосом. С Эйнштейном это уже частично осуществлено. А можно будет аналогичным образом задать вопросы выдающимся психотерапевтам. Мне посчастливилось побывать на лекциях Виктора Франкля и Карла Роджерса. Это незабываемое вдохновляющее впечатление.

Современный математический аппарат и современная техника давно позволяют использовать в процессе обучения тренажеры с набором любых экстремальных ситуаций и способы создания эффекта реального присутствия. В результате на порядки возрастает известное предупреждение: “Психотерапия — это инструмент, который в умелых руках может быть очень эффективным, а в руках дилетантов становится опаснее, чем неправильно прописанное лекарство” (M. Huslem). Но все же технические новации никогда не заменят живое непосредственное человеческое участие.

При целостном рассмотрении каждое достижение чревато в конечном счете равным провалом, подчас совершенно неожиданным. Все обьюдоостро. Существующие психотерапевтические возможности используются в военных целях, в целях политической полиции, в целях обмана населения, в целях выращивания послушного стада баранов. Любой самый совершенный техницизм без этического начала превращается в страшную опасность. Роберт Оппенгеймер и Андрей Сахаров — великие примеры людей, ужаснувшихся содеянному, но дьявольское изобретение у них отобрали силовики. Ни голодоморы, ни террор 1937 г., ни Холокост, ни дело врачей, которое было ровно 70 лет назад продолжением уничтожения еврейского антифашистского комитета вопреки его

грандиозному вкладу в открытие второго фронта и победу и запланированной депортации всех евреев на Дальний Восток якобы для спасения искусственно раскрученного гнева народа — этот случайно оборванный план, не стали фактом актуального общественного сознания, ничему не научили.

Леонардо Да Винчи полтысячелетия назад в своих Предсказаниях пророчески писал, что то, что люди осуществляют на птицефермах и скотобойнях, будет с ними самими. Это не апокалиптические картины — самое страшное, что к этому все привыкнут, как чём-то обыденному, неизбежному.

А теперь, после такого “завтра”, может быть сегодняшнее положение вещей покажется не таким мрачным. Когда долго живешь, неизбежная цикличность или маятникоподобность происходящего уже не дежавю, а рок, судьба. Но начнем от Адама, когда его уже изгнали из рая.

В глубокой древности то, что сегодня называется психотерапией, было прерогативой жрецов, шаманов, и сохранилось у северных народов, в Саха-Якутии, Марий Эл до сих пор, несмотря на физическое уничтожение шаманов в 20 – 30-е годы советской властью. Ответвление целительства в форме фолк-медицины, т.е. народной медицины, а затем и врачевания, с разделением индивидуализирующего и индуктивного подходов, тоже сохранилось до сих пор.

В психотерапии принято выделять три градации по степени ее профессионализации: 1) это гуманное обращение с больными и забота об их среде и образе жизни; 2) это использование отдельных методов психотерапии, для овладения которыми достаточно краткосрочного обучения и 3) где требуется длительный курс обучения с овладением теоретическим фундаментом и проведением соответствующих практик на себе. В соответствии с этим, начало формирования психотерапии в Новое время отодвигается к моменту снятия цепей с психически больных в 1792 г. Филиппом Пинелем, инициировавшим приказ революционного Национального собрания Франции, вдохновленного идеями Руссо о свободе как основополагающей ценности. Теми же идеями руководствовался Бенджамин Раш в Америке, снявший цепи еще раньше. Грандиозная статуя Свободы в Нью Айленде — подарок революционной Франции. В дальнейшем фундаментальная роль свободы, добровольности, нестеснения наглядно подтвердилась шотландской системой открытых дверей и успокоением возбужденных больных вызовом их в чистое поле. В том же 1792 г. был заложен первый камень в знаменитый британский ретрит — заведение близ Йорка для умалищенных — предприятие семейства Тьюк, презираемых тогда квакеров, которые держались в стороне от государственной власти и официальной церкви. Это учреждение стало эталонным в Англии с 1813 г. для государственных убежищ душевнобольных. Этот труд в прошлом году появился в русском переводе.

<sup>1</sup> “Проблемы клиники и патогенеза психических заболеваний”. Труды Московского НИИ психиатрии, т. 68. Ред. С. Ф. Семенов. М., 1974, 95 – 112.

В России пинелевская реформа была осуществлена 40 лет спустя в 1832 г. в Преображенской психиатрической больнице в Москве Василием Саблером и сопровождалась устраниением полицейского чина в качестве начальника больницы, а также магистральным с тех пор для отечественной психиатрии упорным установлением системы нестеснения, гуманного обращения с больными и достойных условий их содержания.

Важно подчеркнуть, что до пинелевской реформы во Франции, Германии и Британии господствовало “безжалостное и жестокое лечение душевнобольных, даже король Георг III содержался закованым в цепи, запуганным и обессиленным кровопусканиями, прижиганиями и слабительными”. Согласно опыту ретрита, “доброта, хорошая еда, бокал вина или портера, занятость и дружелюбие приносили лучшие результаты”.

В медико-философском трактате о ментальных расстройствах 1801 г. Пинель писал о “traitement moral”, что до сих пор часто неправильно переводится как “моральное лечение”, тогда как обращено не к нравственному чувству, а к эмоциям, и буквально означает “лечение через эмоции” (как разъясняет проф. Кэтлин Джонс, 1996). Термин “психотерапия” впервые употребил в 1872 г. Даниэль Тьюк, четвертый из поколения семьи Тьюк.

Но что такое психотерапия? Как она определяется? Важно в формулировке “психотерапия это воздействие с целью лечения или коррекции поведения” говорить о “психическом”, а не “психологическом” воздействии, а еще точнее о “личностном воздействии”, т.е. непосредственном воздействии личности врача на личность пациента, их коммуникации. А это не узко психологическое, а целостное антропологическое воздействие. Психотерапия, как и психиатрия, относится к антропологическим дисциплинам. Хорошо известно, как одно и то же лекарство по-разному действует в зависимости от доверия и уважения к личности врача. И этот фактор неотделим от любого лечебного метода. Ясперс определял психотерапию следующим образом: “Психотерапия — это название, объединяющее все те методы лечения, которые воздействуют как на психику, так и на тело в той мере, в какой это возможно осуществлять через психику. При этом во всех случаях необходимо содействие пациента. Психотерапия применима к тем, кто страдает от одного из множества расстройств личности, ко всем, кто чувствует себя больным и страдает от неудовлетворительного состояния своей психики, а также почти ко всем без исключения физическим заболеваниям, которые так часто сопровождаются невротическими симптомами, с которыми человеку как-то приходится ладить. Во всех примерах, которые имеются в нашем распоряжении, на психику воздействует следующее: 1) внушение; 2) расслабляющие меры; 3) методы практики, тренировки и обучения; 4) методы, направленные собственно на изменение личности”. Здесь

очень важным является указание Ясперса на необходимость психотерапии во всей общей медицине. Я каждодневно убеждаюсь в этом даже в реанимационных отделениях.

Научно-медицински ориентированная психотерапия начинается со второй половины XIX века с использования метода гипноза великим невропатологом Жаном Мартином Шарко и Нансийской школой Льбо, метода суггестии, в частности, в форме рациональной терапии Дюбуа, а с 1895 г. психоанализа Зигмунда Фрейда. Эти страницы истории хорошо известны. Но часто опускается, что Фрейд до 6-летней работы у Шарко, вначале в качестве физиолога, а затем крупного невропатолога, доказавшего адекватность введенного им термина “агнозии” вместо именования их “асимболиями”. Он в 1874 – 75 гг. прослушал в Венском университете курс лекций Франца Брентано и даже приватно занимался с ним. По рекомендации Брентано Фрейду доверили перевод “Логики” Джона Стюарта Милля. А как раз с 1874 г. начинается знаменитая развилка вундтовской и антипозитivistской брентановской линии развития психологии, и можно сказать, что Фрейд первый надломил панцирь позитивистски ориентированной пограничной психиатрии. Ведущие психиатры этой эпохи, включая Жанэ, не приняли его концепций, за исключением Блейлера в Цюрихе, Сербского в Москве и Эрнеста Джонса в Великобритании. Психоанализ завоевал Европу через США: еще в 1909 г. основоположник педологии Стэнли Холл пригласил Фрейда и Юнга на юбилей университета Кларка, что послужило толчком интереса к психоанализу, но основную роль сыграла, с приходом к власти Гитлера, еврейская эмиграция психоаналитиков, а также Адлера, получившего в 1923 г. должность профессора Колумбийского университета и начавшего читать там лекции, но переселившегося только в 1934 г., и Курта Гольдштейна, значительно повлиявшего на Маслоу. С приходом к власти национал-социалистов Кречмер сложил полномочия Германского общества психиатров и занялся разработкой психотерапевтических методов. Председателем общества стал Карл Густав Юнг. Хотя как гражданин Швейцарии он мог вести себя относительно независимо, он возглавил травлю психоанализа как европейской науки. В Советский Союз бежал Кронфельд, автор психагогики — синтеза психотерапии с педагогикой и переведенной на русский монографии “Гипноз”.

В дореволюционной России психотерапевтические и психиатрические новации сразу становились предметом активного обсуждения. Так, критика Артуром Кронфельдом теории Фрейда уже через год после немецкого издания появилась в 1913 г. в русском переводе под проницательным оригинальным названием “Психологическая механика”, а Сербский включил психоанализ в небольшую книжку о лечении психических заболеваний. Накануне Первой мировой

войны в 1910 – 1914 гг. выходил замечательный журнал “Психотерапия”, где печатались Фрейд, Адлер, Юнг и многие другие. Была издана монография берлинского профессора Марциновского “Психотерапия мировоззрений” о конгруэнтной для той или иной личности мировоззренческой системе. В течение нескольких лет в частном санатории в Крюково под Москвой практиковал психоанализ выдающийся швейцарский психиатр Герман Роршах. Русская жена Адлера Раиса Эпштейн в 1914 г. сблизилась с женой Троцкого, которая с 1907 г. жила в Вене, а одна из дочерей Адлера учились в Институте красной профессуры в Москве и в 1936 г. предпочла бежать с мужем в СССР, где они погибли в сталинских лагерях. Адлер всегда разделял левые симпатии, но рано сумел разглядеть психологические истоки фашизма и террор в Советском Союзе, который носил фактически перманентный характер. С приходом советской власти уже в 1924 г. состоялся разгром психоанализа и Московского института психиатрии, где была психоаналитическая лаборатория Ермакова, в связи с поддержкой, которую оказывал психоанализу Троцкий, который видел в нем систему взглядов, легко интегрируемую с марксизмом. Вся разветвленная разнообразная сеть психоаналитических образовательных, лечебных и экспериментальных учреждений и большая переводная литература — все было уничтожено. А многие сотрудники репрессированы. Лидер отечественного психоанализа и адлеровской системы Арон Борисович Залкинд (не путать с Эмилем Моисеевичем Залкиндом, заведующим пермской кафедрой психиатрии) как раз в 1924 г. издал работу “Фрейдизм и марксизм”, но уже в 1925 г. вынужден был каяться в этом. Вскоре он стал официальным лидером педологии, а через 10 лет, прочитав постановление о ликвидации педологии в 1936 г., скоропостижно скончался в 50-летнем возрасте. Такова была судьба многих. В такой атмосфере приходилось работать. Один из моих учителей проф. Г. Ю. Малис, автор монографии “Психоанализ социализма” из видного представителя ленинградского психоаналитического движения оказался заведующим обезьяньего питомника в Сухуми.

В 1927 г. был отравлен ничего не боявшийся Бехтерев, автор замечательного труда “Роль внушения в общественной жизни”. Из отечественных психотерапевтов нельзя не упомянуть Ю. В. Каннабиха, одного из организаторов дореволюционного журнала “Психотерапия” и монографии “Психотерапия” 1926 г., который в 1920 – 1930 гг. работал в невропсихиатрическом санатории “Стрешнево”, одним из организаторов которого был С. И. Консторум, а также основоположника в 1920-х годах Харьковской психотерапевтической школы К. И. Платонова и Киевской школы И. А. Мизрухина, моего учителя; патогенетическую психотерапию В. Н. Мясищева; и оригинальную иркутскую школу И. С. Сумбаева, у которого начинал А. И. Белкин, воскресивший в Мон-

ске в 1990-х годах российскую психоаналитическую ассоциацию, журнал “Российский психоаналитический вестник” и серию психоаналитической библиотеки. После разгромных съезда психиатров 1936 г., окончившего с психопрофилактическим и психогигиеническим направлениями, и Павловской сессии 1951 г. только с 1960-х годов началось возрождение психотерапии. В Москве кафедру психотерапии ЦИУ организовал В. Е. Рожнов, создатель эмоционально-стрессовой психотерапии, говоривший о “советском психоанализе” в период сотрудничества с Ф. В. Басинским, у которого работал Марк Евгеньевич на базе 12-ой психиатрической больницы в Стрешнево. Там же размещалась группа патриарха психотерапии проф. М. С. Лебединского от Института им. В. П. Сербского, помощником которого в 1975 – 1979 гг. был я, и где впервые мы сошлись с Марком Евгеньевичем на заседаниях психотерапевтического общества. Эта группа занималась в основном модификацией аутогенной тренировки. Другим московским психотерапевтическим центром Москвы была больница им. З. П. Соловьева, главный врач которой д-р В. С. Чугунов сделал карьеру на сауна-терапии. Поучительно, что объединение пяти наиболее популярных и эффективных психотерапевтических методов в качестве шаблонного конвейерного цикла снижало, а не повышало ожидаемую эффективность психотерапевтического воздействия.

Крушение советской империи сразу — видимо, как в период НЭПа — вызвало огромное разнообразие всех форм, всех измов, что свидетельствовало, что они существовали в зародыше или в подполье. Здесь невозможно даже перечислить их.

Наиболее крупным центром стал отдел психотерапии в Бехтеревском институте во главе с Борисом Дмитриевичем Каравасарским и даже отдел семейной психотерапии Валентины Карловны Мягер, которая преподавала в I-ом Ленинградском мединституте. Выдающаяся деятельность его отдела и принципиальная позиция, что психотерапия — прерогатива психиатров, как и противостояние с позицией проф. Виктора Викторовича Макарова, президента Общероссийской профессиональной психотерапевтической Лиги, одной из европейских ассоциаций и Азиатской федерации психотерапии, автора “полимодальной психотерапии” с его грандиозной успешной международной деятельностью, хорошо вам известна. Фундаментальную роль сыграла победа, как и во всем мире, клинических психологов в их борьбе за право заниматься психотерапией, а не только психокоррекционной деятельностью. Но на сегодня выдающийся исторический национальный центр отечественной психотерапии в Стрешнево ликвидирован. Спустя 15 лет реформа оптимизации службы здравоохранения признана вице-премьером Правительства Ольгой Голодец ошибкой, хотя это не ошибка, а сознательное отнятие средств.

Что касается нашей Ассоциации, то наряду с Обществом клинических психотерапевтов-психиатров, созданным Марком Евгеньевичем Бурно, в первые годы с нами была аффилирована психоаналитическая ассоциация Сергея Аграчева, которая работала в русле Иенской психотерапевтической школы Х. Томэ и Х. Кехеле, двухтомное руководство которой переведено на русский язык в 1996 г. Выдающимися психотерапевтами, членами нашей Ассоциации был доктор Давид Абрамович Черняховский, лечащий врач многих семейств всемирно известных представителей отечественной науки и литературы, мой самый близкий друг, которому я многим обязан, и остается доктор Виктор Ефимович Каган — выдающийся мастер групповой психотерапии и член Северо-Западного психотерапевтического объединения “Гармония”, регулярно проводящий мастер-классы в Вильнюсе, который стал психотерапевтическим центром Балтийского региона. Оригинальными психотерапевтами были Борис Григорьевич Кравцов и Марк Иосифович Лейнгольд, участник семинара Карла Роджерса, успешно практикующий теперь в Нью-Йорке. С нами сотрудничали Ф. Е. Василюк, автор знаменитой книги “Пережить горе”, переведённой на английский язык, и А. И. Сосланд, автор работы “Как создать свою школу в психотерапии”.

Значительную роль сыграла деятельность Леонида Кроля, создателя независимого издательства “Класс”, которое организовало перевод и издание сотен работ, представляющих фактически весь спектр современных подходов и методов мировой психотерапии.

Общемировой особенностью развития всех дисциплин, в частности, медицины, психологии, психотерапии, является грандиозное увеличение численности представителей этих профессий — не в разы, а на порядки, а также постоянно увеличивающаяся разветвленность самих профессий и их всевозможных смычек и переплетений. Наиболее демонстративно эта ситуация прозвучала еще 30 лет назад во время раскола в Американской психологической ассоциации в 1988 г. между научным сообществом академических психологов — научных работников и преподавателей и представителями прикладной практической, в частности, клинической, психологии, тяготеющих к форме профессиональной организации, включающей финансовые и политические цели. Это размежевание, существовавшее всегда, было закреплено в отделении научного Американского психологического общества от в разы более многочисленной Американской психологической ассоциации, активно занимающейся психотерапией. В результате, Зигмунд Кох, подводя итог шеститомному исследованию этой организации (1993 г.), заявил об отсутствии психологии в качестве самостоятельной научной дисциплины, а о существовании “психологических наук”, которые Дэвид Кранц охарактеризовал как “рыхлую федерацию различных штатов”, а Мортон Хант на-

звал “интеллектуальной и научной ярмаркой” или, еще более ядовито, Джордж Миллер — “интеллектуальным зоопарком”. Но все это не признак “стагнации”, “застоя”, “затухания”, “концептуальной пропастрии” гуманитарного знания, как самонадеянно написали в этом году Н. Г. Незнанов, А. П. и Д. А. Коцюбинские, а — наоборот — того перманентного кризиса, который — согласно Карлу Попперу — признак живой жизни, самовозобновляющийся импульс продуктивного развития. Избегая непродуктивных крайностей релятивизма и фундаментализма, очевидна необходимость общей теории любой науки, ее высокая практическая значимость для понимания места своих собственных усилий в картине многосложного целого, и фундаментальная роль таксономического ранга в иерархической таксономии самих научных дисциплин и различных субдисциплин.

Как я уже неоднократно подробно аргументировал, одни и те же психотерапевтические и экспериментально-психологические методы в руках психиатра и психолога не дублируют, а дополняют друг друга. Психиатрия и психотерапия — антропологические дисциплины, т.е. о человеке, как сложном естественном целом, не охватываемом однослойными биологическими, психологическими и гуманитарными науками. Психотерапия была, остается и останется важнейшей составляющей любого лечебного процесса, предъявляющей ко всем нам высокие требования.

### **Семья душевнобольного: психотерапия семейной стигмы**

**А. А. Шмилович<sup>2</sup>**

Современную психиатрию практически невозмож но себе представить “чисто медицинской” дисциплиной, ориентированной исключительно на диагностику и лечение различных психических заболеваний. Здесь все протекает атипично, здесь множество курьезных и невероятных несоответствий с теoriей, здесь все непредсказуемо и персонализировано. Никакими существующими догматами постичь эту науку невозможно. Только клиническая реальность может служить врачу надежной опорой для объективизации своих диагностических суждений и терапевтических решений.

Хорошо известно, что в большинстве случаев на эту реальность оказывает определяющее влияние комплекс социально-психологических факторов, связанных с ближайшим окружением больного — семьей. Контакт врачей-психиатров с членами семей душевнобольных всегда был очень непростой задачей, в связи с частыми аномальными и патологически-деструктивными реакциями родственников на психиче-

<sup>2</sup> Психиатр, психотерапевт, заведующий кафедрой психиатрии и мед. психологии ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России.

ское заболевание пациентов. Очевидно, что обойтись без этого нельзя. Работа с семьей пациента по значимости может оказаться гораздо более определяющим фактором достижения ремиссии и выздоровления, чем собственно лечебный психофармакологический процесс.

Для оценки происхождения аномальных реакций родственников на психическую болезнь пациента была использована идея проецирования концепции внутренней картины болезни (ВКБ) Р. А. Лурия на родственников душевнобольных. В результате было выделено 4 варианта ВКБ:

1. Адекватная
2. Гипернозогнозия
3. Гипо- и анозогнозия
4. Диснозогнозия

При адекватной ВКБ родственники переживают такие естественные чувства, как сожаление, беспокойство, сопереживание, сочувствие. Их отличает со средоточенность при выполнении врачебных рекомендаций. Для них очевидно, что все, что происходит с пациентом — болезнь, осознаваемая, как нарушение здоровья, требующее лечения у специалистов.

При гипернозогнозии родственники испытывают стыд, растерянность, страх, раздражение. Они переживают перенос части болезненных переживаний на себя, стигматизируют больного и видят его болезнь, как безнадежную катастрофу, необратимое сумасшествие, а лечение представляют бессмысленным.

Родственники с гипо- или анозогнозическими реакциями вытесняют болезненные проявления, считая их причудами характера и слабостью воли. К больным они испытывают иронию и безразличие, к психиатрам и психиатрии в целом настроены воинственно, запрещая пациентам лечиться.

При диснозогнозии можно наблюдать паранойальные представления родственников о болезни пациента, которую они принимают за симуляцию или усталость от тяжелой жизни и стрессов, не исключая порой, что это особый Божий дар. В этих семьях часты случаи конформного или индуцированного бреда.

В результате подобного искаженного представления о психической болезни родственника, члены семьи реагируют на попытки обращения к ним со стороны специалистов для консолидации лечебно-реабилитационных усилий аномально, а порой и психопатологично. Выделены следующие варианты реакций родственников на болезнь пациентов: ипохондрическая, дисфорическая, истерическая, паранойальная, тревожно-фобическая, апатическая, психотическая и депрессивная.

Прежде чем начинать семейную психотерапию, сопряженную с психопросвещением родственников, необходимо определить их ВКБ, осуществить психиатрическую диагностику их поведенческих реакций на болезнь пациента и провести их коррекцию (пси-

хотерапевтическую и лекарственную). Это может и должен осуществлять только лечащий врач-психиатр, который не будет смотреть на родственников пациента, как на здоровых “по умолчанию”. Осуществить это в реальной клинической практике очень сложно, но возможно, если удастся справиться с собственным раздражением и иными деструктивными эмоциями, возникающими в ответ на семейную стигму.

**Профилактика суицидальных и самоповреждающих действий в условиях реформ психиатрической помощи  
С. Д. Левина<sup>3</sup>**

Проблема парасуицидального поведения пациентов была и остается одним из актуальнейших вопросов психиатрии. Термин “парасуицид” подразумевает все поступки, связанные с причинением вреда себе — как истинные и демонстративно-шантажные суицидальные попытки, так и самоповреждающие действия, не имеющие цели лишения жизни. Понятие “парасуицидальные тенденции” также включает в себя мысли и рассуждения о смерти или нанесении несмертельных травм, подготовку к таким действиям. Даже мимолетные, изредка возникающие мысли, более того, отвлеченные, оклофилософские рассуждения о бренности, ранимости тела, тщете существования могут быть предикторами опасных для пациента действий.

Однако в настоящее время пребывание пациентов в стационаре стало максимально коротким, и больные, практически еще не достигшие ремиссии в течении заболевания, остаются без круглосуточного наблюдения, лишь, в лучшем случае, проводя первую половину дня в дневном стационаре, а нередко и вообще отказываясь от амбулаторной помощи. В этих условиях велика вероятность того, что парасуицидальные тенденции останутся незамеченными.

Для упрощения диагностики парасуицидальных тенденций пациентов в современных условиях все более широко применяются различные стандартизованные опросники. Такой подход весьма характерен для западных стран, где, с нашей точки зрения, контакты больных и врачей формализованы. Отечественной же психолого-психиатрической школе более свойственна клинико-феноменологическая модель диагностики. Но, с другой стороны, мировая практика не может не оказывать влияния на российскую действительность. Об этом свидетельствует и само укорочение стационарного этапа терапии и возрастание роли амбулаторного звена в лечебном процессе.

<sup>3</sup> Психиатр, психотерапевт, доцент кафедры психиатрии и медицинской психологии Российской национального исследовательского медицинского университета им. Н. И. Пирогова.

Кроме того, тенденции к истинной, демонстративно-шантажной суициальной попытке и несуициальным самоповреждениям значительно различаются по мотивации, суждениям, излагаемым больными. Как сформулировано А. Г. Амбрумовой и В. А. Тихоненко, все мотивы аутоагрессии можно свести к следующим группам: протест, месть (трансформация гетероагрессии в аутоагрессию); призыв (попытка привлечь помочь извне с целью изменить ситуацию); избежание (уход от угрозы методом самоустраниния); самонаказание (проявление внутреннего конфликта между “Я”-судьёй и “Я”-подсудимым); отказ от существования, лишь в этом случае цель и мотив совпадают. Эти виды мотивации с большей или меньшей степенью достоверности могут быть выявлены при суициальных попытках, как истинных, так и демонстративно-шантажных. Несуициальные же действия далеко не всегда укладываются в рамки выделенных групп, они подчиняются иным закономерностям.

В процессе изучения несуициальных самоповреждений нами были выделены следующие их признаки: отсутствие намерения лишить себя жизни; отсутствие характерных для суицидов приготовлений, пресуициального периода, суициального мировоззрения; неслучайный характер аутодеструкции; наличие понятных обоснований для самоповреждений, однако отличающихся от мотивов суицидов; намерение совершить аутодеструкцию нетяжелых степеней, заведомо неопасную для жизни; отсутствие ситуационных влияний. Наиболее актуальными в плане риска самоповреждений оказались такие факторы, как нанесение самоповреждений в анамнезе, бред воздействия, одержимости, парофренический, преследование, ипохондрический, дисморфоманический бред, псевдогаллюцинации императивного содержания, указания на снижение болевой чувствительности, проявления патологии влечений, садомазохистские тенденции, гетероагрессия.

Как показала наша собственная практика, многие опросники не учитывают особенностей мышления больных, пребывающих в психотическом состоянии или имеющих специфические негативные расстройства шизофренического спектра. Пациенты, испытывающие бред и галлюцинации, находятся в кругу своих переживаний и зачастую неправильно понимают обращенные к ним вопросы; больные с выраженным изменениями мышления описывают свои поступки паралогично; совершившие парасуицидальные действия вследствие кататонической импульсивности вовсе не могут описать мотивы собственных поступков; лица с психопатическими и психопатоподобными проявлениями вряд ли ответят правду. Пожалуй, лишь депрессивные больные и лица, подверженные ситуационным влияниям, смогут выбрать ответ из предложенных в опросниках вариантов.

Таким образом, стандартизованные опросники, предлагаемые практическим врачам для обязательного использования с целью профилактики аутоагрессии, не могут охватить всего разнообразия реально встречающихся самоповреждающих действий. Выходом из создавшейся ситуации нам представляется такая последовательность действий: клинико-феноменологическим методом определить синдром, приведший к аутодеструкции, и только затем применять опросник, специально адаптированный для данной ситуации. Клинический осмотр должен осуществлять врач-психиатр, в идеальном случае с участием психолога, но это далеко не всегда возможно в реальных условиях. Мы находим оправданным создание трех батарей тестов: для депрессивных больных, для лиц, подвергшихся ситуационным влияниям, и для людей с патологией личностных структур, с учетом возможных псевдологий. Применение же психологических методик в отношении психотических больных считаем необоснованным.

Несомненно, этот подход потребует приспособления опросников к нуждам психиатрической службы, но такая работа необходима, потому что стандартные тесты не дают возможности адекватно оценить парасуицидальный риск у психически больных.

**Случаи применения “эмоционального контакта”  
в психотерапии шизофрении,  
как самостоятельного лечебного приема**  
**Л. В. Махновская<sup>4</sup>**

В практике психотерапевта, работающего в поле клинической психотерапии, нередко встречаются случаи, требующие многолетней работы с пациентом, психотерапевтического сопровождения пациента по жизни. В основном это пациенты с различными формами шизофрении, нередко получающие и лекарственное лечение.

В докладе речь пойдет о группе пациентов с шизофренией с преобладанием мыслительной разлаженности (“интрапсихической атаксии” по Странскому) при относительной эмоциональной сохранности (вне зависимости от формы и степени прогредиентности заболевания), но все же чувствующих потребность в психотерапии, благодаря наличию дефензивности, психастеноподобности. Среди этой группы довольно часто встречаются многоречивые пациенты со “словесным напором”, не дающие себя перебить, требующие особого психотерапевтического подхода. За частую внутренняя разлаженность, запутанность подобных пациентов усиливается “аффективностью”

<sup>4</sup> Психиатр, психотерапевт, доцент кафедры психотерапии и сексологии ФГБОУ ДПО “Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования” Минздрава, Москва.

мышления (при наличии в клинической картине болезни циклотимоподобных и истероподобных нарушений). Их суждения, самооценка, взаимодействие с другими людьми пронизаны противоречивостью и эмоциональной нестабильностью. С одной стороны, они страдают от неуверенности в себе и собственной никчемности, с другой — имеют на все свое мнение, с трудом слушают собеседника, нередко спорят. Психотерапевтические беседы проходят обычно (по крайней мере, в начале терапии) с малой структурированностью, в виде монолога пациента. Пациенты “скользят” от темы к теме, повторяясь “по кругу”, не давая себя перебить, игнорируя наводящие вопросы. Подобные пациенты обычно не стремятся к самопознанию через изучение характеров в процессе творчества. Творческие домашние задания либо отвергаются, либо не выполняются из-за трудностей сосредоточения и отсутствия волевой целенаправленности, зачастую обесцениваются. Нередко эти пациенты недерживаются и в психотерапевтической группе. Не удивительно, что у психотерапевта в работе с такими больными может возникать в душе чувство досады и на пациента, и на себя, ведь невозможно применить какие-либо психотерапевтические методики и может показаться, что психотерапия не имеет перспективы.

С. И. Консторум в своей классической монографии “Опыт практической психотерапии” в главе о психотерапии шизофрении (2010, с. 81 – 82) описывает выразительный случай психотерапии (которую считает неуспешной) пациентки с “интрапсихической атаксией” (в сочетании с “несомненно живой эмоциональностью”), выражющейся в “отсутствии естественной целенаправленности” и “политендентности”, что превращало ее жизнь в “сплошной сумбур”. Все перепробованные Консторумом методы психотерапии были “совершенно безуспешными”. Консторум делает вывод, что “устранить элементы (интрапсихической — Л. М.) атаксии психотерапевтически совершенно невозможно...”, и можно рассчитывать лишь на “то или иное приспособление больных <...> к требованиям жизни <...> путем известной компенсации”.

Возвращаясь к нашим наблюдениям, отмечаем, что все же в процессе психотерапии вышеописанным пациентам становится в целом легче, о чем они и сами говорят. Психотерапевтические беседы становятся более структуризованными, в них появляются некие смысловые оси. Внутренняя жизнь пациента проясняется, упорядочивается. Между психотерапевтом и пациентом появляется и крепнет взаимное человеческое тепло, которое так необходимо именно больному шизофренией, несущему в душе “трагическое переживание одиночества” от “неспособности быть понятым и принятым людьми из-за своей расщепленности...” (Бурно М. Е. Клинический театр-сообщество в психиатрии, 2009, с. 135).

О целебном действии “простого, деловитого и дружеского”, проникнутого уважением к личности, обращения с разложенным больным, писал Э. Кречмер в 1957 г.: “... здесь постоянной основой является серьезное товарищеское личное участие к пациенту, даже в мелочах, и человеческая теплота без сентиментальности” (цитата по М. Е. Бурно НПЖ, 2011, 4, с. 29; НПЖ, 2013, 1, с. 59). “Словно оклик человеческого голоса в пустыне” (там же), уважительное, человеческое поведение врача высвечивает личностную сущность больного сквозь разложенность, резонерство.

Пациенты, соприкасаясь с личностью психотерапевта, душевно собираются, внутренне упорядочиваются и чувствуют более целостно и отчетливо свое “Я”. Происходит как бы некая “личностная настройка” пациента в психотерапевтических отношениях, по аналогии с настройкой музыкального инструмента по камертону. И в связи с этим наблюдается улучшение душевного состояния пациента. Здесь можно говорить о некоем совместном творческом процессе личностного, человеческого взаимодействия между пациентом и психотерапевтом в рамках целебного интимного эмоционального контакта с больным шизофренией (по Я. Клези, 1922, М. Мюллеру, 1930, Э. Кречмеру, 1929, С. И. Консторуму, 1935, 1962), который “работает” как самостоятельный “прием” психотерапии.

С. И. Консторум прав, говоря, что устраниТЬ интрапсихическую атаксию невозможно, но смягчить ее, улучшить состояние пациента в целом, добиться просветления его внутренней жизни все же возможно! По-видимому, Консторум был так категоричен в оценке эффективности психотерапии описываемого им случая, т.к. был настроен на активирование пациентки, на более полное, социально значимое восстановление пациентки (которого во многих других случаях добивался!), а в данном случае это невозможно было осуществить.

### О смысле психотерапевтического воздействия “раненый целитель” К. М. Мижерова<sup>5</sup>

В 2019 году Марку Евгеньевичу Бурно сетевой научный журнал “Медицинская психология в России” присудил награду “Раненый целитель”, вручаемую “за выдающиеся достижения в области отечественной медицинской (клинической) психологии”. Награда выполнена в виде фигуры Кентавра Хирона. Поясним смысл психотерапевтического воздействия “раненый целитель”.

Понятие “целительство” и “врачевание” близки по смыслу. В словаре В. И. Даля “целитель” — это “исцелитель, врач, лекарь” и в “Толковом словаре

<sup>5</sup> Психиатр, психотерапевт.



русского языка” С. И. Ожегова и Н. Ю. Шведовой слово “исцелить” тоже равносильно слову “вылечить”. Разница между этими понятиями в том, что целитель помогает (в широком смысле) через Дух (который может выступать даже и в языческих формах — дух камня, дух листа). Врач тоже лечит “от природы”. Клинический опыт врача — это обретённое длительным врачеванием чувство картины природной защиты от вредоносности, защиты-диагноза, которой приходится нередко врачебно помогать. Помогать стихийной природной защите, таящейся в диагнозе, но не изначальному Духу. Тут разные мироощущения: научное и религиозное. Но в практике жизни спор должно решать то, что поможет больному выжить и жить.

*О Кентавре Хироне.* Это особый кентавр — мудрый, добрый, благожелательный, которого Геракл нечаянно на охоте поранил отравленной стрелой. Кентавр Хирон обучил помочи людям, врачеванию Асклепия. Многие врачи, в том числе Гиппократ, считали себя его потомками, последователями. С точки зрения сегодняшнего дня, первый врач, которому помогали лечить людей его собственные раны — это Кентавр Хирон.

Рассматривая историю понятия “раненый целитель”, вспоминается *Раненый целитель Христос*. В 8-веке до н.э. (до Рождества Христова) пророк Исаия в своей проповеди произнес: “... и ранами Его мы исцелились” (Книга Пророка Исаии 53: 4 – 5). Обращаясь к психотерапевтической практике отмечаем, что “... почти каждый создатель психологически сложно-го психотерапевтического приема-системы прежде всего лечил данным приемом себя самого и только потом, осознав-обдумав его, начинал применять к пациентам — (например, З. Фрейд, К. Юнг, А. Адлер,

В. Франкл)”. “...Помогая тому, кому еще тяжелее, психотерапевт лечится и сам”. (Подробнее об этом смотрим у М. Е. Бурно в книгах Клиническая психотерапия, 2006. — с. 261 – 272 и Практическое руководство по терапии творческим самовыражением, 2002. — с. 360 – 362). Карл Юнг (1875 – 1961), как известно, в молодости перенёс душевное мучительное состояние с “погружением в бессознательное”, говорящее “патетичным и высокопарным” языком архетипов, из-за которого прекратил свою академическую карьеру ради изучения всего того, что происходило в его душе (Юнг К. Г. Воспоминания, сновидения, размышления. Пер. с нем. — Киев, Air Land, 1994). Последователи Аналитической психологии К. Юнга, заговорили о “раненом целителе”. В “Критическом словаре аналитической психологии К. Юнга” (Сэмьюэл Э., Шортер Б., Плот Ф.-М., 1994.) указывается на то, что в анализ “иногда вводится образ раненого целителя”. Благодаря школе Юнга, израненный Кентавр Хирон, как образ духовной культуры, стал олицетворять “раненого целителя”.

*Естественно-научное (в духе психотерапевтического клиницизма) понимание термина “раненый целитель”.* Здесь можно выделить два основных положения: 1) только тот психотерапевт, который сам страдает, сможет понять страдания своего пациента; 2) когда страдающий, а значит в широком смысле дефензивный, психотерапевт помогает своему пациенту, ему самому становится немного лучше, срабатывает закономерность “лечусь-леча”. Дефензивность (тревожная депрессивность в широком смысле) — всегда переживание своей неполноценности с чувством вины перед тем, кому ещё хуже. Из этого переживания у дефензивного человека рождается внутреннее настойчивое стремление помогать несчастному, вообще любому нуждающемуся в его посильной помощи. В психотерапии это проявляется тяготением дефензивного, более-менее сложного душой психотерапевта к личностной (“большой” по Консторому) психотерапии, и в меньшей степени — к использованию психотерапевтических техник. Личностная “большая” психотерапия — это сложный творческий процесс, духовно обогащающий, как пациента, так и психотерапевта, а психотерапевтический клинический профессионализм состоит в умении разобраться в том, где что применить и где что поможет.

Немало важного о “раненом целителе” в работе В. А. Урываева “Раненый Целитель”: премия сетевого научного журнала “Медицинская психология в России”, вручаемая “За выдающиеся достижения в области отечественной медицинской (клинической) психологии” (Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. — 2015. — № 6 (35) [Электронный ресурс]. — URL:<http://mprj.ru>). — URL:<http://mprj.ru>).

**Об известном в жизни целебном переживании  
“это мне близко (в природе и культуре)”.  
Когда, по-моему, следует говорить об этом как  
о клинико-психотерапевтическом приёме в духе  
нашей Терапии творческим самовыражением  
(ТТСБ)  
М. Е. Бурно<sup>6</sup>**

1. Всякий психотерапевтический приём (внушение, психоаналитические поиски и т.д.) приходит в психотерапию из “просто жизни”. И светлое переживание от того, что “это мне близко”, “это моё” — тоже “просто жизнь”, ещё не психотерапия. “Это мой цветок, а это не мой; это мой писатель, а это не мой; это моё любимое пожизненное дело, а это совсем не моё”. Всё это жизненное — для клинициста *природно глубинно*. Уже от мальши слышим: “Это я люба, а это не люба”. Уже кошка различает (поиск), что для неё вкуснее и как удобнее улечься ей спать. Всё живое, вольно-невольно, ищет то, что для него лучше, чтобы продолжать жить.

2. В чём же существо этого *психотерапевтического приёма в ТТСБ — поиска своего личностного созвучия с тем, что тебе в мире ближе, созвучнее?* И, значит, помогает обретать, выражать, развивать свою неповторимую духовную индивидуальность? Этот приём есть одна из основ ТТСБ — терапии творческим самовыражением, проникнутой естественно-научным мироощущением (в том числе, клиницизмом). Для клиницизма *психотерапия есть научное искусство. Искусство* — в том отношении, что психотерапия, как и искусство, тоже не просто жизнь, а *психотерапевтическое переживание жизни*. Так, например, и в живописи. Пейзаж реалиста Шишкина не сам живой лес, а творческое (по-своему) переживание леса. Художник Шишкин воздействует на нас лесом, преломлённым через своё “Я”, свою реалистическую личность, свою реалистическую любовь к лесу, к каждой морщинке коры сосны или дуба. Светлеет душа у человека, которому духовно созвучна картина Шишкина. При этом даже ещё нестойкое чувство просветлённого “Я” (своей самособойности) есть тропинка к творческому вдохновению. Но и это ещё не истинная психотерапия, а просто жизнь как *стихийная психотерапия*. Это помочь человеку от музея или альбома, возможная без психотерапевта. Это только стихийный путь к Терапии духовной культурой (в том числе, к ТТСБ).

3. Психотерапия начинается тут с посильного изучения (*психотерапия — научное искусство*) того, почему не только светлеет, а целительно развивается душа в этом творческом поиске себя с помощью созвучного себе. Почему это мне созвучно, а это не созвучно, но созвучно другому человеку? Чем он другой? Не только художественной литературой,

изобразительным искусством, музыкой наполняется наша терапия творчеством. Но наполняется (нераздельно и во взаимодействии со всем этим), для пациента, психотерапевта, и основами классической характерологии, психиатрии, естествознания, философии, другой *научной содержательностью*, помогающей не только на время духовно вздохнуть, посветлеть. Чем же и как именно помогающей?

4. Помогающей, благодаря опоре на научно *повторимое* (знание о повторимых характеристиках, душевых расстройствах и т.д.), обрести своё более или менее стойкое содержательное творческое *неповторимое* вдохновение. Да, аутист, да, полифонист, но *неповторимый*. В таком *содержательном вдохновении* живёт благодарное отношение ко всему созвучному (и многому несозвучному, помогающему в сравнении с созвучным яснее постичь своё созвучное). И живёт в этом вдохновении *своя любовь к природе и людям* (в широком и нешироком понимании), целительный смысл *своей жизни, своя жизненная дорога*. Содержательное творческое вдохновение помогает теперь и в природе видеть лес не по-шишкински, а по-своему. Даже без фотоаппарата, “одними глазами”. Это содержательное, исходя из своей природы (характера, душевых расстройств), постижение себя, своего предназначения — так лечебно необходимо особенно дефензивному (с переживанием своей неполноценности), хронически депрессивному человеку. Необходимо для того, чтобы выпрямиться в свободном ощущении-понимании “силы своей слабости” во имя добра людям и природе.

5. Во многих случаях не обнаруживается, однако, особая сложность души пациентов. Психотерапевту остаётся применять лишь “крохи” содержательности метода (как и в работе с детьми). Но всё же делать это следует внятно, одухотворённо. И этого обычно вполне достаточно для серьёзного улучшения состояния пациентов с разнообразными дефензивно-тревожными, дефензивно-депрессивными расстройствами. Особенно если работает ещё и *группа творческого самовыражения*, которая “сама лечит”. Сложных и несложных душой дефензивных пациентов часто роднит природное нравственное чутьё, помогающее почувствовать добро и без глубокого размышления. Но психотерапевтическая нозологическая дифференциальная диагностика, конечно же, и тут необходима. Помочь пациентам (в ТТСБ) с расстройствами личности и пациентам с хроническими эндогенными депрессивными расстройствами существенно разная. ТТСБ, однако, напомню, *всегда* помогает дефензивным.

6. В заключение подчеркну следующее. *Психотерапевтический приём поиска созвучного (в ТТСБ)* несёт в себе в сгущении *научно-содержательное творческое существо* всего метода. Его смысл: воспитание духовного стремления быть собою во имя добра, жить содержательно “по себе”, по природе своей. Всё это присуще и другим приёмам ТТСБ (терапия

<sup>6</sup> Психиатр, психотерапевт, профессор.

## **М. Е. Бурно**

созданием собственных произведений, клинический реалистический театр-сообщество и т.д.).

*Подробнее см.:*

Бурно М. Е. Терапия творческим самовыражением (отечественный клинический психотерапевтический метод). — 4-е изд., испр. и доп. — М.: Академический Проект; Альма Матер, 2012. — 487 с. с ил. (Психотерапевтические технологии под ред. проф. В. В. Макарова).

Бурно М. Е. О характерах людей (Психотерапевтическая книга). — Изд. 7-е, испр. и доп. — М.: Институт консультирования и системных решений, Общероссийская профессиональная психотерапевтическая лига, 2019. — 592 с. с ил.

Завершая первое отделение конференции, Б. А. Воскресенский коротко остановился на каждом из прозвучавших докладов.

Во вступительном слове президента НПА Ю. С. Савенко особое место заняли размышления о свободе воли, в частности, о так называемых агрессивных психотерапевтических методиках. Б. А. Воскресенский, приводя культурно-исторические аргументы, высказал мнение, что свобода воли — антропологическая реальность, что, говоря словами Н. А. Бердяева, человек не выбирает между добром и злом, но творит их.

“Семейная стигма” (термин из доклада А. А. Шмиловича) вырастает, в частности, из “естественной ненависти к психиатрам”, универсальному и, так сказать, транс-историческому модусу отношения общества к психиатрии и психически больным. Она во многом и

определяет “внутреннюю картину болезни”, формирующуюся у близких душевнобольного. Также нельзя сбрасывать со счетов нередко констатируемое выраженное своеобразие душевного состояния родственников. Все это нужно учитывать в дестигматизирующей-психообразовательной работе с родственниками. По мнению Б. А. Воскресенского, определенным подспорьем в этой работе может стать использование трихотомической концепции личности.

С. Д. Левина, основываясь на клиническом опыте, справедливо подчеркнула необходимость дифференцированного (по диагнозам и типам личности) использования тестов при определении степени суициального риска.

Наблюдения, представленные Л. В. Махновской, убедительно показали необходимость и возможность “эмоционального” контакта в психотерапии шизофрении — заболевания, при котором, как известно, эмоциональность обедневает, опустошается. Тем самым обогащаются наши клинические знания, подтверждается понимание шизофрении как функционального (в самом широком-антропологическом смысле) заболевания.

Из доклада К. М. Миженовой с очевидностью следует, что абсолютно все стороны личности врача, в том числе и его собственная болезнь, могут обладать лечебным-психотерапевтическим воздействием. Это обстоятельство позволяет по-новому взглянуть на воспитание и профессиональную подготовку врача, на все аспекты его личной и общественной жизни.

Европейская психиатрическая ассоциация

## **28-Й ЕВРОПЕЙСКИЙ КОНГРЕСС ПО ПСИХИАТРИИ**

*4 – 7 июля 2020 г., Мадрид, Испания*

[www.epa-congress.org](http://www.epa-congress.org)

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

*14 – 17 October 2020, Bangkok, Thailand*

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

# ПОЛЕМИКА, ДИСКУССИИ

---

## О проблемах использования судебно-психиатрической экспертизы в административном судопроизводстве<sup>\*</sup>

Б. Н. Алмазов<sup>1</sup>

*Лицо, помещенное в психиатрический стационар, вправе оспаривать достоверность медицинского заключения путем постановки перед судом вопроса о назначении независимой и беспристрастной судебно-психиатрической экспертизы.*

*Административное судопроизводство.  
Учебник. /Под ред. М. К. Треушникова. М., 2017.*

До последнего времени судебная психиатрия была представлена в двух из четырех видов судопроизводства, предусмотренных 118 статьей Конституции РФ (конституционное, гражданское, административное, уголовное). В уголовном с ее помощью устанавливается наличие вины, в гражданском — ответственности по взятым обязательствам. На особом положении оставался вопрос о необходимости оказания психиатрической помощи недобровольно (речь идет о существенном ограничении свободы, вмешательстве в организм и серьезных рисках репутации). И до последних лет в нашем отечестве он решался при посредстве административного регулирования. “Лицо ... может быть подвергнуто психиатрическому освидетельствованию по распоряжению главного психиатра ... Если медицинская комиссия признала необходимым оставить больного в психиатрической больнице для обязательного лечения, администрация больницы направляет мотивированное заключение главному психиатру. ... Решение врачебной комиссии может быть обжаловано главному психиатру” (Из Положения об условиях и порядке оказания психиатрической помощи, утвержденного Президиумом Верховного Совета СССР от 5.01.1988 г.). С началом перестройки судопроизводство по этому вопросу было делегировано гражданскому законодательству, где меры принуждения при оказании психиатрической помощи назначались в особом порядке, а сама процедура была ориентирована на судебное одобрение действий врачей и наделение медицинского учреждения

ми властными полномочиями в отношении пациента. И хотя право оспаривать основания для помещения в стационар в недобровольном порядке и порядок его осуществления со стороны пациента не отменялось, его реализация была существенно ограничена.

В октябре 2004 г. судебная коллегия по гражданским делам Свердловского областного суда довела до сведения профессионального сообщества “Справку по результатам обобщения практики рассмотрения дел о принудительной госпитализации гражданина в психиатрический стационар (о продлении срока принудительной госпитализации) и принудительном психиатрическом освидетельствовании”, где отметила ряд упущений. В частности, “...если диагноз, установленный комиссией врачей-психиатров, оспаривается гражданином, и он по этому основанию обжалует помещение его в стационар, то оба заявления должны рассматриваться судом с назначением судебно-психиатрической экспертизы. При назначении и оценке заключения экспертов следует иметь в виду, что в силу “Основ законодательства об охране здоровья граждан” и закона “О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации” проведение экспертизы допустимо только в государственных психиатрических учреждениях; проведение экспертизы в иных организациях (так называемыми независимыми экспертами) недопустимо; такие заключения должны рассматриваться как недопустимое доказательство”. Следует заметить, что, во-первых, объявлять доказательства недопустимыми — прерогатива инстанций федерального уровня; во-вторых, ст. 41 закона “О государственной судебно-экспертной деятельности” гласит, что “в соответствии с нормами процессуального законодательства Российской Федерации судебная экспертиза может

\* Статья печатается в авторской редакции как приглашение к дискуссии.

<sup>1</sup> Уральский государственный юридический университет.

## **Б. Н. Алмазов**

проводиться вне государственных судебно-экспертных учреждений лицами, обладающими специальными познаниями в области науки, техники, искусства или ремесла, но не являющимися государственными судебными экспертами”; в-третьих, сама запретительная установка в наши дни выглядит архаично. К тому же, изменилась и ситуация в зале суда. Обычный человек перестал чувствовать, что его “судьба зависит от случая или произвола”. Он все чаще выступает как заинтересованная сторона, будучи готов выставить контрдоводы на аргументы, которые противоречат его интересам. Что понятно. При демократии никто не полагается только на судью, а все делают ставку на победу в состязании, которую должны присудить под давлением неопровергимых фактов. Естественно, каждый ищет доказательства в свою пользу. Такова логика судопроизводства в том обществе, которое наш народ выбрал в качестве образца для подражания. На этом фоне запрещать человеку обращаться к специалисту, которому он доверяет, нормы прямого действия не позволяют. Но тут идея равенства людей перед лицом закона вступает в противоречие с интересами самого суда, которому удобнее зависеть от мнения им же назначенного эксперта, нежели выступать арбитром в споре, оценить доводы которого он затрудняется. (См. Алмазов Б. Н. Что могло побудить Свердловский областной суд уронить лицо? / Независимый психиатрический журнал. № 2, 2005 г.)

Кодекс административного судопроизводства, принятый в 2015 году с изменениями, утвержденными в 2019 г., принял на себя решение вопроса по существу. Соответственно, изменились процессуальные роли участников судебного разбирательства.

Согласно заявленным административной юстицией целям, в ее задачи входит: обеспечение законности действий администрации; защита прав частного лица от посягательств администрации; требование положительных действий со стороны администрации. Так что по замыслу в роли истца должен выступать пациент, а ответчика — медицинское учреждение. При соблюдении принципов равенства сторон и гарантий состязательности в отстаивании своих интересов в исковом производстве. Однако первые шаги в направлении от особого производства к административному пока что во многом связаны прежними традициями.

Во-первых, роль истца отведена медицинскому учреждению, так как именно оно обращается в суд с “административно-исковым заявлением”, а роль ответчика — гражданину (ст. 54 п. 4 КАС РФ). При этом право и возможность устанавливать, может ли пациент участвовать в судебном заседании (“способен адекватно воспринимать происходящее”) отведена именно истцу (ст.ст. 4, 275 КАС РФ). Естественно, в такой ситуации о равенстве сторон можно говорить с большой натяжкой.

В известной мере процессуальные преимущества истца ограничены требованием обязательного участия в деле представителя пациента (оспаривается именно наличие болезни, так что прежний термин “больной”, свойственный лексике административного регулирования, заменен на “гражданина”, что само по себе уже обнадеживает). Более того, если представитель отсутствует, суд назначает адвоката в качестве представителя (ч. 4 ст. 54 и ч. 6 ст. 277 п. 6 КАС РФ). Появление адвоката на арене судебного разбирательства — еще один шаг по пути к демократии. Но само по себе присутствие адвоката должно быть обеспечено возможностью влиять на ход судебного разбирательства по существу.

Во-вторых, процессуальное оснащение деятельности адвоката ограничено технологией привлечения знающих людей к рассмотрению спора по собственной инициативе для обеспечения состязательности сторон (суть искового производства). Ведь, поскольку речь идет об оспоривании диагноза, полагаться на собственную эрудицию (как и на эрудицию судьи), ему не приходится. В этом отношении уголовное и гражданское судопроизводство открыли адвокату возможность привлекать “специалиста”, мнение которого суд может приобщить к материалам дела и сопоставлять с заключением эксперта в обосновании своего решения. КАС РФ же оставил адвокату лишь возможность ходатайствовать перед судом. “Специалистом является лицо, обладающее специальными знаниями и (или) навыками, и назначенное судом ... при исследовании доказательств (ч. 1 ст. 50 КАС РФ). “Лицо, вызванное в качестве специалиста, обязано явиться в суд... неявка в суд без уважительной причины может повлечь за собой наложение штрафа” (ч. 8 ст. 50 КАС РФ).

Остается напомнить, что угроза штрафом любому гражданину, не являющемуся участником процесса, за отказ от выполнения судебного поручения должна вытекать из права материального. Так было в советское время, когда УК РСФСР рассматривал такой отказ в главе о преступлениях против правосудия, а ст. 182 уточняла, “отказ или уклонение эксперта от дачи заключения наказывается исправительными работами, штрафом или общественным порицанием” (законодатель не предусматривал фигуры “специалист” и любого гражданина, обладающего нужной правосудию компетентностью называл “эксперт”). Но времена сменились, принуждающая норма из буквы закона исчезла, так что в случае, когда знающий человек не является экспертом государственным (обремененным служебным долгом трудиться в интересах суда и следствия), его отказ следовать распоряжению суда по мотиву “труд свободен” следует считать вполне “уважительно причиной”.

Почему административное судопроизводство получило процессуальную возможность ограничить состязание специалистов (речь не только о судебно-пси-

## О проблемах судебной психиатрии в административном судопроизводстве

хиатрической, а об экспертизе вообще), можно только предполагать, но факт состоит в том, что суд проверяет достоверность доказательств в одностороннем порядке (когда он этого хочет). И представительские возможности адвоката оказались без главного инструмента — состязательности. Скорее всего, дело в предмете исследования. Юристы, какую бы должность они не занимали, не обязаны и не могут знать клинической semiологии (логики диагностического мышления врачей). И в тех случаях, когда им приходится вникать в суть проблемы (не только в случае оказания психиатрической помощи в недобровольном порядке, но и в оценке действий врачей по иным делам), как сам диагноз, так и спор специалистов по поводу диагноза лежат за пределами их профессиональной компетентности. Проще и легче строить сотрудничество с врачами на доверии к тому, кого назначили ответственным за диагностику. Такой подход целесообразен, но из судопроизводства исчезает спор как основа иска. Проблема смешается в сферу административной этики, что при переходе от “народного суда” к “профессиональному” делает указание о “независимой и беспристрастной экспертизе”, голословным.

В-третьих, КАС РФ не обозначил обязанности суда в той или иной форме откликнуться на ходатайство ответчика о производстве судебно-психиатрической экспертизы. “Обязанность доказывания обстоятельств по административному делу о госпитализации гражданина в недобровольном порядке ... лежит на лице, обратившемся в суд с таким заявлением” (ч. 2 ст. 278 КАС РФ), то есть на истце. О праве доказывать “посягательство со стороны администрации” другой стороны не говорится ничего. Здесь не

лишне напомнить, что сама по себе психиатрическая диагностика далека от совершенства. Она не располагает научными (лабораторными) данными, на объективность которых можно уверенно положиться. По сути в ней искусства гораздо больше, чем науки. Еще совсем недавно в московской больнице (в клинике А. Снежневского) диагноз “шизофрения” устанавливали 54 % поступающих больных, в больнице Ленинграда (в клинике А. Случевского) — у 5,4 % при одинаковых условиях работы. И это во времена, когда использование психиатрии в политических целях практиковалось (что было признано нашим правительством во время перестройки) достаточно широко.

Таким образом, при достаточно решительных установках административной юстиции в движении мысли от правовой науки к юридической практике чувствуются традиции прежних лет, когда административное регулирование доминировало над правосудием. Образно говоря, судебная психиатрия получила лишь доступ к проблеме недобровольного оказания психиатрической помощи. И если на бытовом уровне повседневной врачебной практики такой подход более или менее приемлем (все-таки обращение граждан к психиатрам, как правило, имеет под собой основание), на правовом уровне ситуация выглядит сомнительно. Дело в том, что соблазн скомпрометировать человека указанием на его психическую неполноценность (на что указывал еще Юстиниан) существует и на политическом уровне. Таких случаев немного, но именно в них слабость юридических институтов особенно бросается в глаза. Так что от законодателя ожидаются более надежные гарантии соблюдения институтов права в этом вопросе.

# ДОКУМЕНТЫ ВРЕМЕНИ

---

## Европейский комитет по предупреждению пыток о психоневрологических интенатах России<sup>1</sup>

### Учреждения социального обслуживания

#### 1. Предварительные замечания

77. Делегация ЕКПП впервые посетила четыре учреждения социального обслуживания для взрослых (так называемые психоневрологические интернаты, далее ПНИ) в трех различных регионах Российской Федерации: ПНИ № 16 и 34 в Москве, Ангарский ПНИ (Иркутская область) и Бабушкинский ПНИ (Республика Бурятия).

ПНИ № 16 находится в Москворечье, в Сабуровском районе г. Москвы. Учреждение было открыто в 1964 году и официально функционирует как ПНИ с 1967 года. Общая вместимость составляет 710 человек, на момент посещения в ПНИ было 715 человек: 320 женщин и 395 мужчин. 75 % жителей были в возрасте до 55 лет. Сообщалось, что большинство (80 %) жителей имели различные степени снижение интеллекта, но из-за сопутствующих психических расстройств нуждались в психиатрическом лечении. Большинство проживающих были размещены в общих отделениях, и кроме того было два так называемых “отделения милосердия”<sup>2</sup> для людей с наиболее тяжелыми формами инвалидности<sup>3</sup>.

ПНИ № 34 расположен в том же районе Москвы, что и ПНИ № 16. Он состоит из восьми зданий, шесть из которых были построены в 1965 году, а остальные — в 1968 и 1972 годах. До 2017 г. учреждение функционировало как психиатрическая больница<sup>4</sup> (в подчинении Министерства здравоохранения), впоследствии оно было передано Министерству труда и социальной защиты и стало учреждением социаль-

ного обслуживания. 700 бывших пациентов психиатрической больницы стали обитателями нового учреждения социальной помощи. Первые новые проживающие были приняты в ПНИ № 34 в октябре 2017 года, и к 1 июля 2018 года число жителей достигло 900, с официальной вместимостью 901. На момент посещения официальное количество проживающих равнялось 919 (в том числе 483 мужчины и 436 женщин); однако 19 человек находились в это время в соматических больницах, поэтому число жителей, фактически присутствовавших на месте, составило 900 человек. По сведениям, полученным от сотрудников, 400 человек нуждались в постоянном уходе и были размещены в палатах “милосердия”<sup>5</sup> и 501 человек находились в так называемых “медицинско-социальных отделениях”. Возраст жителей варьировался от 18 до 101 года.

Ангарский ПНИ расположен в жилом районе города Ангарска, примерно в 45 км от Иркутска. Он был построен в 1957 году и служил учреждением социального обслуживания для ветеранов. В 1995 году он был переименован в ПНИ. На момент посещения в нем было 365 жителей, в том числе 176 женщин (при общей вместимости 405 человек), среди которых около 200 имели серьезные проблемы с передвижением. Жители были в возрасте от 18 до 103 лет.

Бабушкинский ПНИ расположен на берегу озера Байкал, в одноименной деревушке в Республике Бурятия (Кабанский район), непосредственно примыкающей к Транссибирской железнодорожной дороге. На момент посещения в учреждении были размещены 201 человек (что соответствует официальной вместимости), примерно поровну мужчин и женщин. Жители были в возрасте от 18 до 90 лет, средний возраст 64 года.

78. В посещенных ПНИ проживали несколько категорий граждан: лица, переведенные из психиатрических больниц, с длительными нарушениями социальной адаптации, связанными с их основным психическим расстройством; лица, переведенные непосредственно из детских домов, когда они достигли 18-летнего возраста (многие из них страдают от интеллектуально-мнестических расстройств, возникших с рождения или в раннем детстве, таких как ге-

<sup>1</sup> Вторая часть доклада, по итогам специального посещения Российской Федерации в период с 19 по 29 октября 2018 г. Пер первую часть — о психиатрических больницах — см. в ППЖ, 2019, 4.

<sup>2</sup> Во всех учреждениях социального обслуживания есть на два типа отделений: общие или “медицинско-социальные”, где жители имеют некоторую степень автономии, и “отделения милосердия”, где пациенты менее автономны в связи с нарушениями опорно-двигательного аппарата и более тяжелыми психическими расстройствами, чем проживающие в общих отделениях.

<sup>3</sup> Одно отделение в корпусе № 1 на втором этаже для 43 женщин, второе в корпусе № 3 на втором этаже для 32 мужчин.

<sup>4</sup> Психиатрическая больница № 15.

<sup>5</sup> Палаты милосердия были размещены в отделении № 1 (палата 2) и отделении № 6 (палаты 5 и 6).

нетические и хромосомные расстройства, включая синдром Дауна), у некоторых имеются также соматические расстройства и проблемы с передвижением; пожилые люди, страдающие деменцией и нейродегенеративными расстройствами; и лица, которые не соответствовали первым трем категориям, но были помещены в ПНИ из-за отсутствия какого-либо альтернативного ухода в обществе. К этой последней группе относились лица с тяжелыми двигательными нарушениями, начальными периодами психического расстройства без каких-либо постоянных симптомов и лица, сталкивающиеся со сложными социальными проблемами, такими как безработица, бедность и отсутствие поддержки семьи. Сюда также включены лица, страдающие эпилепсией, которые могли бы легко жить более автономно при соответствующей поддержке.

79. В конце визита заместитель министра труда и социальной защиты сообщил делегации, что нынешние ПНИ не отвечают существующим требованиям и нуждаются в полной перестройке или реконструкции для улучшения возможностей и условий жизни, а также доступа. С этой целью были разработаны санитарно-эпидемиологические принципы и правила, направленные на то, чтобы положить конец перенаселению в палатах милосердия, обеспечить новые принципы размещения и наличие помещений для приготовления пищи, к которым жители будут иметь доступ.

Делегация была также проинформирована о “предусмотренных демографических критериях и санитарных проектах”, которые недавно были утверждены премьер-министром РФ. Заместитель министра также выразила мнение, что многие люди, проживающие в ПНИ, находились там из-за неправильных первоначальных оценок, которые и привели к их помещению в ПНИ. Она говорила о необходимости создания междисциплинарных групп для принятия решений во всех регионах. Она также подчеркнула необходимость сосредоточиться на развитии ухода на дому в качестве альтернативы. Она определила некоторые остающиеся препятствия, которые необходимо преодолеть для достижения комплексного междисциплинарного подхода.

**ЕКПП хотел бы получить дополнительную информацию о новых “предусмотренных демографических критериях и санитарных проектах”, о которых говорила заместитель министра.**

80. В свете ситуации, наблюдаемой делегацией в посещенных ПНИ, Комитет может также согласиться с заместителем министра только в том, что существует настоятельная необходимость в разработке подлинной политики деинституционализации<sup>6</sup> в от-

ношении жителей ПНИ. Эта политика должна координироваться Министерством здравоохранения с целью предоставления значимой общественной помощи жителям с психосоциальными нарушениями и психическими расстройствами.

Действительно, делегация обнаружила, что многие жители находились в ПНИ из-за проблем с психосоциальной реабилитацией в периоды предыдущей психиатрической госпитализации и отсутствия надлежащей инфраструктуры для оказания психиатрической помощи на уровне сообщества, особенно для людей с серьезными длительно протекающими расстройствами психотического характера. Кроме того, присутствие некоторых людей в ПНИ свидетельствует о нехватке социальных услуг и ухода за лицами, оказавшимися бездомными вследствие социальных проблем или имеющими серьезные нарушения моторики. Этот вывод был также подтвержден представителями региональных министерств труда и социальной защиты, а также директорами некоторых посещенных ПНИ.

81. ЕКПП рекомендует российским властям продолжать прилагать усилия для развития различных форм внестационарного социального обслуживания для людей, нуждающихся в психиатрической помощи, поскольку это может не только сократить пребывание в учреждении или вовсе избежать его, но и снизить вероятность жестокого обращения / насилия между проживающими, а также будет способствовать приобретению этими людьми нового жизненного опыта и реинтеграции в сообщество. Это должны быть небольшие обединённые вместе жилищные блоки, лучше всего в городах, со всей необходимой инфраструктурой под рукой, а не крупные сооружения, расположенные на территории прежних учреждений социальной помощи (которые не позволяют обеспечить истинную деинституционализацию и реинтеграцию в общество).

В связи с этим Комитет также хотел бы получить более подробную информацию от российских властей об их планах по усовершенствованию помощи в сообществе для этой части нынешних жителей ПНИ.

## **2. Жестокое обращение**

82. Делегация отметила в целом позитивное взаимодействие между жителями и персоналом в большинстве посещенных ПНИ. Многие жители высоко оценили работу персонала. Члены делегации также не слышала сообщений о жестоком обращении с жителями со стороны персонала.

Тем не менее, в ПНИ № 34 в Москве делегация стала свидетелем того, как санитарка ударила кулаком по голове пациентку с тяжелой инвалидностью<sup>7</sup>,

<sup>6</sup> Это также следует из обязательств государства по Конвенции ООН о правах инвалидов, ратифицированной Россией в 2012 г.

<sup>7</sup> Которая в это время лежала в кровати и нуждалась в постоянном наблюдении, поскольку наносила себе повреждения, расцарапывая лицо.

## Л. Н. Виноградова

по-видимому, чтобы заставить ее замолчать. Комитет рекомендует руководству ПНИ № 34 в Москве дать ясно понять сотрудникам, что любая форма жестокого обращения с жителями недопустима и будет наказываться соответствующим образом.

83. Кроме того, во всех посещенных заведениях делегация получила жалобы (и обнаружила другие доказательства, в том числе в виде повреждений, непосредственно наблюдавшихся врачами делегации) на физическое насилие между жителями.

Например, в ПНИ № 34 в Москве три жителя отделения “Милосердие” показывали членам делегации повреждения на руках, весьма напоминающие следы недавних укусов, которые появились за три или четыре дня до визита делегации. Расположение этих следов наводит на мысль о том, что пациенты в момент укуса находились в защитной позе, что указывает на то, что укусы был сделан другим жителем или жителями.

В ПНИ № 16 в Москве один из врачей делегации обнаружил обширную гематому на внешней поверхности плеча одной из жительниц. Помимо центральной области синеватого цвета, окруженной желтоватой окраской, было несколько небольших круглых участков гематомы диаметром около 1 см. Общие размеры синяков были 15 см × 9 см.

Кроме того, в Бабушкинском ПНИ у обитателя отделения милосердия было обнаружено недавнее повреждение в виде глубокой раны в три с половиной см, расположенной над правой бровью с внешней стороны. В центре раны была щель размером 1 – 2 мм, а на краю раны — корка темно-красной крови. Застывшая кровь была видна на правой брови и на линии роста волос. По словам медсестер, он два дня назад во время завтрака дрался с очень агрессивным и непредсказуемым соседом.

Делегация была очень обеспокоена тем, что ни одно из вышеупомянутых повреждений не было зарегистрировано в историях болезни или в любом другом журнале, журнале наблюдений или отчете.

84. В свете вышеприведенных замечаний ЕКПП призывает российские власти принять меры для обеспечения эффективной защиты жителей посещенных ПНИ (а также при необходимости и всех остальных ПНИ Российской Федерации) от других проживающих, которые могут причинить им вред. Это требует не только достаточного количества персонала и постоянного контроля с их стороны, но также и того, чтобы персонал был надлежащим образом обучен тому, как обращаться с трудными ситуациями / поведением жителей. Кроме того, должны быть приняты необходимые меры для особо уязвимых жителей, у которых есть двигательные нарушения или тех, которые прикованы к постели. Необходимо обеспечить, чтобы их не размещали вместе и не оставляют наедине с жителями, которые отличаются агрессивным поведе-

нием. Это также должно применяться с соответствующими изменениями в отношении жителей, склонных к совершению актов самоповреждения<sup>8</sup>.

85. Комитет также хотел бы подчеркнуть, что персонал всех отделений всех ПНИ должен получать четкие инструкции о том, что о любых травматических повреждениях, наблюдавшихся у жителей, следует немедленно сообщать старшей медсестре или врачу, работающему в отделении. Проживающий должен быть тщательно осмотрен врачом и, если это возможно, подробно опрошен об обстоятельствах, при которых произошла травма. Врач должен сделать предварительное заключение о происхождении повреждения: случайное падение, причинение себе вреда, насилие со стороны других жителей или жестокое обращение со стороны персонала. Качество медицинских записей, касающихся повреждений, можно улучшить с помощью “карты тела” и, при необходимости, фотографий. Отчеты о любых инцидентах следует получать и у других жителей, при этом следует тактично избегать впечатления, что проводится дисциплинарное расследование. Результаты медицинского осмотра и соответствующие отчеты должны быть зафиксированы в истории болезни и в общем журнале травматических повреждений, и доведены до сведения директора ПНИ. ЕКПП рекомендует российским властям издать инструкции для всех ПНИ по регистрации и объяснению травм в ПНИ в соответствии с приведенными выше предписаниями. Кроме того, существующие процедуры должны быть пересмотрены таким образом, чтобы гарантировать, что всякий раз, когда врач регистрирует травмы, которые могут указывать на жестокое обращение с проживающими, эта запись обязательна и доводится до сведения компетентных судебных органов.

### 3. Условия жизни проживающих в ПНИ

а. Психоневрологический интернат № 16 в Москве

86. Жилые постройки были в хорошем состоянии и помещения в них в целом были чистыми, хорошо освещенными и вентилируемыми. Было удивительно, что в непосредственной близости от помещений с прекрасными условиями для жизни, находились гораздо менее приятные, перенаселенные и менее оборудованные комнаты<sup>9</sup>. В целом, только 13 % жителей были размещены в одноместных или двухместных номерах; более половины жителей проживали в комнатах на шесть и более человек, в том числе в некоторых отделениях имелись комнаты на десять человек.

<sup>8</sup> Делегация видела нескольких жителей со свежими ранами (которые не всегда лечили соответствующим образом), возникшими в результате самоповреждений, например, в ПНИ № 34 в Москве.

<sup>9</sup> Несколько жителей (те, кто вызвался работать в учреждении) были размещены в отдельных комнатах, которые

87. Четвертый этаж общего мужского отделения № 3 был полностью отремонтирован в 2017 году.

Ремонт был сделан хорошо, однако вызывало разочарование то, что при этом не была изменена первоначальная конфигурация этажа, который состоял из 12 одноместных / двухместных номеров и четырех больших комнат площадью 44, 41, 29 и 24 м<sup>2</sup>, в которых располагались 8, 7, 6 и 4 человека соответственно. Даже если в этих больших комнатах было достаточно жилой площади на одного человека, было бы предпочтительнее переоборудовать их в меньшие комнаты, которые могут обеспечить более тихую и более терапевтическую среду.

Ванная комната и туалеты также были отремонтированы и были безупречно чистыми. Однако, как и в других туалетах этого ПНИ, в четырех туалетах не было дверей. Кроме того, хотя ванная комната была довольно большой (около 13 м<sup>2</sup>), она была оборудована только одним душем (для обслуживания 37 жителей), при том что это помещение легко могло бы вместить три.

ЕКПП рекомендует учитывать эти соображения при планировании ремонта эквивалентных помещений на нижних этажах здания.

**б. Психоневрологический интернат № 34 в Москве**

88. Помещения для проживания в ПНИ № 34 были теплыми, с достаточным доступом к естественному и искусенному освещению и вентиляции. Кроме того, в нескольких отделениях делегация увидала механические подъёмники, прикрепленные к потолку, которые использовались для перемещения жильцов, прикованных к постели.

Общая доступная жилая площадь была адекватной, но некоторые палаты были слишком большими (например, в отделении № 6, где в палатах размещалось до 10 человек). В комнатах практически не было личных вещей или элементов декора, и у их обитателей не было никакого запираемого пространства. Более того, в некоторых "палатах милосердия" почти все жители были одеты в стандартные больничные халаты из цветного хлопка с узором. Хотя цвета и узоры различались, общий унифицирующий эффект и отсутствие индивидуальности были поразительными.

Делегация также отметила в отделениях "милосердия" (в частности, в отделении № 6), что общие санитарные удобства состояли из незагороженных туалетов и, следовательно, не обеспечивали вообще

---

были обставлены и оборудованы с учетом их предпочтений, имели деревянный стол, запирающийся шкаф, телевизор, личные вещи (включая фотографии) и различные украшения. В общем мужском отделении (№ 4) имелись три комнаты площадью чуть более 10 кв. метров, в каждой из которых были размещены три человека. Еще в одной комнате, предназначенный для семи человек, было всего 3,7 м<sup>2</sup> на одного жителя.

никакой приватности частной жизни (а иногда и с незагороженными ваннами с душевыми насадками).

89. Делегацию проинформировали о плане завершить к концу 2019 года капитальный ремонт одного из зданий в ПНИ № 34, которое не использовалось на момент посещения и в котором в будущем будет размещено 180 человек в одноместных и двухместных комнатах. **Комитет хотел бы получить обновленную информацию об этих планах, в том числе об общей вместимости ПНИ № 34 после завершения ремонта.**

с. Ангарский психоневрологический интернат

90. Жилье для жителей Ангарского ПНИ располагалось в двух 4-этажных V-образных блоках (A & B), соединенных между собой административно-бытовыми помещениями в три этажа, включающими столовую, конференц-зал и оранжерею с интерьером зимнего сада.

Многие обитатели жили в комнатах на двоих, а некоторые имели одноместные комнаты. В большинстве случаев это было вполне приятное жилье с достаточной жилой площадью, хорошим освещением, вентиляцией и выходом на балкон.

Меньшая часть жителей (примерно 50 человек) были размещены в комнатах для более чем двух человек (некоторые из них вмещали от трех до пяти человек, при этом кровати соприкасались друг с другом) с меньшим естественным освещением и вентиляцией, чем в других комнатах. **ЕКПП рекомендует снизить уровень населенности в этих комнатах.**

91. Наихудшие условия наблюдались на первом и втором этажах блока B, где проживали люди с деменцией, тяжелой умственной отсталостью и прикованные к постели.

На первом этаже мужчины и женщины постоянно находились в постелях, и было непонятно, оставляли ли они их когда-либо.

На втором этаже двери в оба крыла, в которых жили мужчины и женщины, были заперты, и персонал внимательно следил за входом / выходом. Это означало, что жители были фактически ограничены своими комнатами и коридором. В женском крыле была заперта столовая, и группа женщин сидела под настенным телевизором на двух деревянных скамьях, установленных у стен коридора. Одна женщина сидела на полу под телевизором, раскачиваясь и причитая. Аналогичные условия были в крыле для мужчин, где жители, бесцельно бродили по коридору.

**ЕКПП рекомендует предпринять согласованные усилия для улучшения условий на втором этаже (в частности, путем предоставления лучшего места для отдыха и общения) и изучения возможностей для постоянно находящихся в постели жильцов первого этажа на регулярной основе выходить из своих комнат.**

92. Во время посещения был близок к завершению новый жилой корпус, который должен быть пол-

## Л. Н. Виноградова

ностью введен в эксплуатацию в начале декабря 2018 года. Предполагается, что в одноэтажном здании будет проживать 50 жителей в шести шестиместных, двух четырехместных и трех двухместных комнатах.

Хотя очевидно, что в каждой из комнат в новом здании будет достаточно места на одного жителя, к сожалению, большинство комнат планируются как шестиместные, а не как спальни меньшего размера. Еще один недостаток, отмеченный во время визита, заключался в том, что в план не была включена комната для просмотра телевизора. По всей видимости, предполагалось установить телевизор на стене прямо у входа в здание, что было аналогично такому нежелательному расположению на втором этаже в блоке В.

ЕКПП рекомендует рассмотреть вопрос о снижении вместимости нового здания, с тем чтобы можно было изменить конфигурацию помещений, включив в них комнаты меньшей вместимости и выделенное пространство для отдыха.

д. Бабушкинский психоневрологический интернат

93. Был основан в 1939 году как “дом инвалидов”, с 2005 по 2008 год на территории ныне Бабушкинского ПНИ было построено новое “жилое здание”. Оно состоит из двухэтажного Н-образного строения, в котором в одном крыле размещены женщины, а в другом мужчины, причем эти два крыла соединены блоком со столовой на первом этаже. Имеется также один “изолятор”<sup>10</sup>, расположенный на первом этаже мужского крыла, в котором проживают как мужчины, так и женщины с наиболее серьезными психическими расстройствами и / или проблемами с мобильностью.

Комнаты в общих палатах были очень простыми, почти без личных вещей, некоторые из них были сильно переполнены (например, в комнате 7 в женском общем отделении четыре женщины имели чуть более двух м<sup>2</sup> жилой площади на человека).

94. На момент посещения в “изоляторе” содержалось 48 человек — 25 мужчин и 23 женщины.

Условия были намного хуже, чем в общих палатах. Жителей мужского и женского пола держали по обе стороны от центрального коридора, и ни в их комнатах, ни в туалетах не было дверей, поэтому они практически не могли уединиться. Условия жизни были стесненными и обезличенными. Например, в мужской части коридора в комнате 6 имелось только пять кроватей и один стол. Там не было ни тумбочек, ни каких-либо предметов художественного оформления.

Единственным объединяющим пространством была телевизионная комната, расположенная в своеобразной нише у главного коридора и обставленная деревянными скамейками. Во время ее посещения

множество людей с ограниченными физическими возможностями и / или с тяжелой умственной отсталостью были втиснуты в это пространство (41 человек в комнате площадью 34 м<sup>2</sup>). Это было жалкое зрелище, представляющее собой полную противоположность позитивной терапевтической среде.

95. Как уже упоминалось, в конце визита делегация незамедлительно сделала замечание в отношении Бабушкинского ПНИ.

В своем ответе (от 28 декабря 2018 года) российские власти сообщили Комитету, что были предоставлены дополнительные финансовые ресурсы для улучшения условий жизни в интернате. В частности, в комнатах были установлены двери и телевизоры, в санитарных помещениях была установлена ширма для обеспечения большей конфиденциальности жителей, на стенах были добавлены визуальные элементы и украшения, а в палатах — инвалидные коляски, приспособления для ходьбы и тумбочки. В комнату отдыха поставили диваны и заказали новые стулья и столы. Заказано больше оборудования для санузлов, а также для спален. В блоке “изолятор” была оборудована дополнительная комната отдыха с диванами и телевизорами.

96. Следует также напомнить (см. параграф 9 выше), что делегация ЕКПП сослалась на пункт 5 статьи 8 Конвенции и незамедлительно сделала замечание в отношении явной неадекватности условий жизни проживающего А.

А. — пациент с ампутацией четырех конечностей (следствие тяжелого обморожения, перенесенного в то время, когда он жил в нищете и был бездомным) со средними интеллектуальными способностями, который во время посещения содержался в изоляторе Бабушкинского ПНИ вместе с людьми с тяжелым психическим расстройством/умственной отсталостью. Его нашли одиноко сидящим в поврежденной инвалидной коляске и тихо читающим книгу.

В своем ответе на это немедленное замечание российские власти указали, что он был переведен в двухместную комнату на первом этаже заведения, которая, по мнению властей, лучше соответствует его интеллектуальным и физическим возможностям. По-видимому, ему также предоставили многофункциональную инвалидную коляску и компьютер. Комитет приветствует это скромное улучшение условий жизни данного жителя. Тем не менее, на основании выводов делегации, он по-прежнему испытывает серьезные сомнения относительно целесообразности дальнейшего содержания А. в Бабушкинском ПНИ. Комитет предлагает соответствующим властям провести дальнейший анализ текущих условий жизни этого жителя с целью определения наиболее доступной среды обитания в другом учреждении, лучше приспособленном для удовлетворения его физических недостатков и интеллектуальных потребностей.

<sup>10</sup> Изолятор выполняет те же функции, что отделения милосердия в других ПНИ.

97. В более общем плане, в свете замечаний в параграфах 86 – 95 выше, **ЕКПП рекомендует российским властям пересмотреть условия во всех ПНИ в Российской Федерации, с тем чтобы все жители (включая прикованных к постели или наименее мобильных) имели:**

**- достаточное жилое пространство в своих спальнях (то есть, по крайней мере, столько, сколько официально предусмотрено соответствующими правилами для психиатрических пациентов — а именно, 7 м<sup>2</sup> на человека)<sup>11</sup> и дневные зоны отдыха и общения, а также, где это возможно, размещение в меньших по размеру (одноместных или двухместных) комнатах, особенно после ремонта помещений;**

**- благоприятные и индивидуализированные условия проживание, в частности, наличие запираемого пространства и возможность иметь разумное количество личных вещей (включая их собственную одежду) в комнатах;**

**- доступ к приятной общей комнате отдыха, где жители могут общаться и заниматься совместной деятельностью.**

#### **4. Персонал и лечение**

98. Что касается штатного состава в ПНИ № 16<sup>12</sup> в Москве, то там было шесть психиатров (и еще четыре вакантных должности), из которых два работали в отделениях милосердия. Кроме того, заведующим отделением работал невролог, а два врача общей практики работали неполный рабочий день, что составляло вместе одну ставку. На момент посещения в “общих” палатах было 65 медсестер (из 94 должностей) и пять санитаров, а также 18 медсестер (с шестью дополнительными вакантными должностями) и 21 санитар (с шестью с половиной дополнительными вакантными должностями) в отделениях милосердия.

В ПНИ № 34<sup>13</sup> в Москве было 38 врачей, из которых 12 были психиатрами, а остальные — специалистами различных медицинских специальностей, включая хирургию, офтальмологию и радиологию. Были также три врача общей практики и пять психологов. Было 147 обученных медсестер и 257 “младших медицинских работников”, которые выполняли функции санитаров или нянечек. Сотрудники были распределены по отделениям на основании возраста проживающих и степени тяжести психических расстройств или интеллектуального снижения. В целом, в “медицинско-социальных” отделениях, в которых проживали люди с менее тяжелыми формами инвалидности, соотношение персонала составляло один сотруд-

ник на 15 человек. В отделениях “милосердия”, в которых проживали люди с более тяжелыми формами инвалидности, размер отделения был ограничен 50 жителями с присутствием одного психиатра, двух медсестер и трех санитаров. Общее соотношение составляло один сотрудник на пять проживающих. Но чью в отделении на 50 человек находились одна медсестра и три дежурных санитара. Кроме того, в ПНИ работали массажисты, физиотерапевты и персонал, организующий социальную активность в пределах отделения, с общим соотношением один сотрудник на 100 жителей (в общих отделениях).

В Ангарском ПНИ<sup>14</sup> было три психиатра (в том числе один в отделениях милосердия<sup>15</sup>), три терапевта (в том числе два в отделениях милосердия), три психолога, четыре социальных работника и два инструктора по трудовой терапии. В палатах “милосердия” было 28 подготовленных медсестер, 75 санитаров и шесть “младших медицинских работников”. В “медицинско-социальных” отделениях<sup>16</sup> было 84 обученных медсестры и 12 санитаров. Всего было две с половиной свободных вакансии, в том числе полставки для стоматолога. Например, во время визита было девять сотрудников, которые отвечали за 86 жителей отделения.

В Бабушкинском ПНИ<sup>17</sup> имелись фармацевт, фельдшер, старшая медсестра, процедурная медсестра, семь других квалифицированных медсестер и 30 “младших медицинских работников”, которые по-разному назывались нянечками или санитарами. По идеи, был также психиатр “на полную ставку” (однако, см. параграф 101 ниже относительно фактического присутствия психиатра в учреждении). Кроме того, было пять сотрудников, занимающихся социальной работой и реабилитацией, включая психолога, двух социальных работников и сотрудников, занимающихся “культурными мероприятиями”.

99. В целом, формирование штата сотрудники в посещенных ПНИ, с точки зрения наличия врачей и обслуживающего персонала (фельдшеров, медсестер и санитаров) может считаться более или менее адекватным. **При этом Комитет рекомендует приложить усилия для заполнения всех вакантных должностей для медицинского персонала, особенно психиатров в ПНИ № 16 в Москве. Что касается Бабушкинского ПНИ, см. параграф 102 ниже.**

Кроме того, во всех посещенных ПНИ следует предпринять шаги по расширению ресурсов персонала, который проводит психосоциальные реабилитационные мероприятия (психологи, социальные педа-

<sup>11</sup> См. также параграф 22 о “Санитарно-эпидемиологических нормах № 2.1.2.2630-10” относительно положенно-го жизненного пространства для психиатрических пациентов в многонаселенных комнатах.

<sup>12</sup> Вместимость на момент посещения — 715 чел.

<sup>13</sup> Вместимость на момент посещения — 900 чел.

<sup>14</sup> Вместимость на момент посещения — 365 чел.

<sup>15</sup> На момент визита в отделениях милосердия находилось 200 человек.

<sup>16</sup> На момент визита там находились 165 человек.

<sup>17</sup> Вместимость на момент посещения — 201 чел.

## Л. Н. Виноградова

гоги, специалисты по трудотерапии, физиотерапевты, социальные работники и т.д.); см. также рекомендацию в параграфе 103 ниже.

100. Психиатрическое и соматическое лечение во всех посещенных ПНИ, за исключением Бабушкинского, как правило, соответствовало хорошим стандартам. В частности, жители двух ПНИ, расположенных в Москве, имели быстрый и эффективный доступ к различным видам лечения, которое было организовано на месте или в близлежащих учреждениях.

При этом делегация была обеспокоена очевидным отсутствием доступа к адекватной консервативной стоматологической помощи и протезированию во всех посещенных учреждениях. **ЕКПП рекомендует принять меры для обеспечения того, чтобы жители имели доступ к адекватной консервативной / восстановительной стоматологической помощи во всех посещенных учреждениях и, при необходимости, и во всех ПНИ Российской Федерации.**

101. В отличие от вышеупомянутого в целом положительного впечатления от трех посещенных ПНИ, делегация сочла, что в Бабушкинском ПНИ как соматическая, так и психиатрическая помощь были совершенно неадекватными.

Делегация обнаружила нескольких жителей, которые явно не получали надлежащей и своевременной соматической помощи. Например, житель с паховой грыжей ждал хирурга шесть месяцев; житель с бронхиальной астмой более двух месяцев ждал встречи с пульмонологом; а житель с ректальным кровотечением, диагностированным около шести месяцев назад, еще не был осмотрен гастроэнтерологом или хирургом.

Особую обеспокоенность делегации вызвало состояние психиатрического лечения в Бабушкинском ПНИ<sup>18</sup>. В прямом противоречии с заявлениями директора учреждения и самого психиатра, несколько обстоятельств, выявленных во время визита<sup>19</sup>, позволили делегации прийти к однозначному выводу, что этот психиатр физически присутствовал в учрежде-

нии один раз в два-три месяца. В этих случаях он, по-видимому, видел большое количество проживающих, проводя их чрезвычайно краткий осмотр в присутствии других жителей во время обхода трех отделений. Его записи были стереотипными и краткими. Кроме того, более половины жителей получали долгосрочную терапию комбинацией галоперидола и феназепама; что вызывает беспокойство, особенно в связи тем, что последний вызывает зависимость.

102. Отвечая на немедленное замечание делегации в отношении Бабушкинского ПНИ (письмом от 28 декабря 2018 года, см. Пункт 9 выше), российские власти сообщили Комитету о том, что была создана совместная рабочая группа областного министерства социальной защиты Республики Бурятия и Минздрава Иркутской области с целью оценки того, как проводились лечение и диагностика в Бабушкинском ПНИ. В результате было принято решение заключить договор о предоставлении как соматической, так и психиатрической помощи с местными учреждениями здравоохранения. По сообщениям, была создана комиссия (включая психиатра) для того, чтобы проверить правовой статус жителей; заменить имеющиеся лекарства для лечения психических расстройств антипсихотиками нового поколения; и гарантировать жителям доступ к адекватной соматической помощи.

**ЕКПП хотел бы получить разъяснения от российских властей относительно точных полномочий и состава этой недавно созданной комиссии, а также получить информацию о любых конкретных шагах, предпринятых для улучшения соматической помощи жителям Бабушкинского ПНИ в свете его отчета.**

Что касается психиатрической помощи, то ЕКПП сообщили, что присутствие психиатра в Бабушкинском ПНИ в настоящее время основано на 50 % занятости; если это так, то это будет означать значительное увеличение реального времени присутствия психиатра в учреждении (даже если, по крайней мере, теоретически, это будет означать сокращение официального времени присутствия психиатра)<sup>20</sup>. **Комитет хотел бы получить разъяснения по этому вопросу от российских властей и, в частности, получить информацию о том, сколько часов в неделю фактически проводит психиатр в Бабушкинском ПНИ и кто предоставляет эту услугу.**

103. По мнению ЕКПП, во всех посещенных учреждениях психологическая помощь была более качественной и оказывалась чаще в общих отделениях, чем в отделениях “милосердия” / “изоляторе” (в Бабушкине).

<sup>18</sup> См. параграф 9 выше относительно немедленного замечания, посланного властям по окончании визита.

<sup>19</sup> На основе интервью с жителями, дат записей, сделанных психиатром в историях болезни жителей, а также того факта, что дверь комнаты, в которой эксперт-психиатр делегации провел беседу с психиатром в конце октября 2018 года (предположительно, это был его кабинет) была запечатана наклейкой с написанной датой “26 августа 2018 года”. Эта комната была пустой, со столом и стулом, без каких-либо заметок, справочников или какого-либо оборудования; казалось, что она не использовалась в течение многих недель. Можно добавить, что, по его собственному признанию, психиатр, который якобы работал в учреждении полный рабочий день, жил и занимал другую штатную должность в Улан-Удэ, городе, расположенном в двух с половиной часах езды от Бабушкина. (при хороших условиях вождения).

<sup>20</sup> Как уже упоминалось, в ходе визита директор Бабушкинского ПНИ неоднократно заявлял делегации, что должность психиатра является “штатной”, хотя сам психиатр удовлетворился утверждением о том, что он посещал учреждение “регулярно”.

В ПНИ № 34 пять психологов занимались в основном оценкой состояния жителей при их поступлении, а затем встречались с ними эпизодически, главным образом проводя индивидуальные консультации. К сожалению, записи об организации психологами каких-либо занятий отсутствовали и не было выделено место для двусторонних или групповых обсуждений.

В ПНИ № 16 был единственный психолог (две должности были вакантными), который отсутствовал во время визита делегации. Изучение журналов отделения показало, что за последние три месяца психолог посетил его всего два раза. Жители подтвердили, что визиты психолога были редкими и очень короткими. Индивидуальные или групповые обсуждения не проводились.

В Ангарске три психолога были вовлечены в психологическую диагностику жителей, проводили когнитивные тесты, индивидуальные консультации и занимались групповой работой, в частности, арттерапией. Вероятно, они принимали активное участие в жизни проживающих в общих отделениях, но в отделениях милосердия — гораздо меньше.

Положительным моментом является то, что все жители Бабушкинского ПНИ высоко оценили единственного психолога, который, похоже, активно работал с большинством из них (по крайней мере, в общих палатах), главным образом путем двусторонних обсуждений.

Как уже подчеркивалось в отчете об очередном периодическом посещении России в 2016 году<sup>21</sup>, Комитет считает, что надлежащий уход за жителями в ПНИ должен включать программу психологической помощи, включенную в индивидуальный план ухода и реабилитации для каждого жителя, для того, чтобы предложить им психосоциальные реабилитационные мероприятия, которые повышают адаптацию и улучшают качество жизни, а также программы ресоциализации, предназначенные для подготовки жителей к жизни в обществе.

Индивидуальные психологические вмешательства должны проводиться в специально отведенном месте для соблюдения конфиденциальности.

**Комитет предлагает российским властям пересмотреть вопрос об оказании психологической поддержки жителям посещенных ПНИ и, в частности, в отделениях “милосердия” / “изоляторе” (в Бабушкинском ПНИ) в свете этих замечаний.**

104. Что касается психосоциальной реабилитации, то в ПНИ № 16 в Москве была создана междисциплинарная комиссия нового типа, которая проходит экспериментальный этап с привлечением специалистов по реабилитации и труду. Медицинские работники проходят переподготовку по основам реабилитации и совершенствования социальных навыков. Директор подчеркнул, что он твердо верит в соци-

ально-реабилитационный подход с акцентом на спортивную и трудовую деятельность. Он пытался руководить процессом структурных изменений, чтобы перейти к более интегрированному подходу к социальной и медицинской реабилитации с привлечением внешних консультантов и НКО. Однако делегации показалось, что прогрессу препятствует тот факт, что должность заместителя директора по социальным вопросам в ПНИ № 16 в течение некоторого времени оставалась вакантной.

Новой междисциплинарной комиссии по реабилитации под председательством Директора<sup>22</sup> было поручено проводить ежегодные осмотры всех жителей и составлять всеобъемлющие индивидуальные планы психосоциальной реабилитации, но на момент посещения она выполнила только два таких осмотра<sup>23</sup>.

**ЕКПП хотел бы получить информацию о сроках, установленных для завершения осмотров и составления комплексных индивидуальных планов психосоциальной реабилитации всех жителей в ПНИ № 16 в Москве. Он также хотел бы получить информацию о том, заполнена ли уже давно вакантная должность заместителя директора по социальным вопросам.**

105. В ПНИ № 34 в Москве было отделение социальной реабилитации, расположенное на первом этаже отдельного здания, которое пациенты могли посещать ежедневно<sup>24</sup>. Была также гончарная мастерская. В отделении было организовано 14 “групп по интересам”<sup>25</sup>. Инструкторы также приходили в отделения и организовывали мероприятия для жителей, которые не могли посетить отделение социальной реабилитации. Некоторые жители могут принимать участие в выходах за пределы интерната, посещать футбольные матчи или музеи<sup>26</sup>. Психологи заполняют “карту пер-

<sup>22</sup> Комиссия включала весь старший медперсонал и социальных работников, преподавателей, представителей НКО, волонтеров, психологов и юриста.

<sup>23</sup> В шести медицинских картах жителей, осмотренных врачами делегации, последние ежегодные проверки проводились исключительно медицинским персоналом и подписывались тремя врачами (заведующим отделением — психиатром или неврологом, заместителем директора по медицинским вопросам и психиатром). Кроме того, две медицинские карты, касающиеся недавно поступивших жителей, не включали многопрофильный план социальной реабилитации.

<sup>24</sup> Согласно отчетам, его посещали от 60 до 120 жителей каждый день. В реабилитационном отделении работали психиатр, пять психологов, ответственный за организацию “культурных мероприятий”, музыкальный терапевт, два специалиста по реабилитации, пять специалистов по гигиене труда и один специалист по гончарному делу.

<sup>25</sup> Включая трудовую терапию, занятия с песком, рисование, шитье, развитие социальных навыков, драмкружок и глиняное моделирование.

<sup>26</sup> Каждую неделю проводилась одна такая экскурсия с участием 15 жителей и двух сотрудников.

<sup>21</sup> См. параграф 175 из СРТ (2017)33 о периодическом визите в Россию в 2016 г.

спектив реабилитации”, которая обновляется каждые шесть месяцев после их консультаций с социальными работниками. Психиатры и медсестры явно не участвуют в этой оценке. Карты почти всех жителей были статичными по своему характеру и не предусматривали междисциплинарный подход. Такое положение дел, естественно, ограничивало возможности разработки междисциплинарных индивидуальных планов реабилитации для всех жителей.

106. Психосоциальная реабилитация была также предложена в Ангарском и Бабушкинском ПНИ, но программы были разработаны гораздо хуже.

В обоих учреждениях практически отсутствовало сотрудничество между психиатрами и психологами, социальными работниками и другими специалистами по реабилитации. Реабилитационные мероприятия были неоднородными и противоречивыми. Психиатры, вероятно, не видели необходимости укреплять сотрудничество с психологами, социальными работниками и другими лицами, занимающимися реабилитацией, для выработки междисциплинарного подхода к социальной и реабилитационной помощи всем пациентам.

107. С учетом замечаний, изложенных выше в параграфах 103 – 106, Комитет рекомендует предпринять дальнейшие усилия для разработки значимых программ психосоциальной реабилитации в посещенных ПНИ (а также, при необходимости во всех других ПНИ Российской Федерации). Российские власти должны поощрять ПНИ к мультидисциплинарному подходу, основанному на индивидуальных планах ухода и реабилитации, в которых участвуют не только психиатры, но и другие категории специалистов (например, психологи, специалисты по трудотерапии, социальные работники, специальные педагоги, физиотерапевты и т.д.). В этом контексте пилотный проект, инициированный в ПНИ № 16 в Москве (см. параграф 104 выше), должен быть полностью реализован, и следует рассмотреть возможность его распространения на другие ПНИ.

Для всех жителей должны быть разработаны индивидуальные планы ухода и реабилитации, которые должны включать цели лечения, психологическое консультирование и социальные вмешательства для достижения максимально возможной степени автономии. Такой мультидисциплинарный подход должен применяться при ежегодной комплексной оценке жителей. Также должны быть предусмотрены дополнительные гарантии для тех жителей, которые имеют самые серьезные нарушения и / или психические расстройства, и тех, для кого нет реальной перспективы восстановления правоспособности; такие жители должны быть обеспечены индивидуальным планом лечения, составленным с их участием, даже если он

предусматривает более ограниченные задачи реабилитации<sup>27</sup>.

108. Во всех посещенных ПНИ была специальная площадка для занятий спортом на открытом воздухе. Тем не менее, не все жители, особенно с более серьезными нарушениями, имели регулярный и эффективный доступ к этим средствам.

**ЕКПП рекомендует принять меры для обеспечения того, чтобы все жители посещенных ПНИ — независимо от их степени автономии / уровня инвалидности — пользовались неограниченным доступом к занятиям на свежем воздухе в течение дня, если только они не должны находиться внутри здания для проведения лечебных мероприятий. В связи с этим жителям следует предоставить соответствующую одежду и обувь, а также помочь персонала в случае ограниченной мобильности.**

##### **5. Средства сдерживания / изоляции**

109. Некоторые правовые нормы об использовании средств ограничения и изоляции содержатся в статье 30 Закона о психиатрической помощи, однако, это, очевидно, касается только психиатрических больниц, у которых есть лицензия на оказание пациентам психиатрической помощи. Лица, проживающие в ПНИ, пользуются правами, предусмотренными в статье 37 Закона, однако, очевидно, что к ним не относится процедура ограничения этих прав, предусмотренная в том же разделе, поскольку в случае необходимости принудительного медицинского лечения они должны быть немедленно переведены в психиатрическую больницу. Руководство и персонал посещенных учреждений считали, что здесь имеется правовой вакuum, так как в таком случае отсутствует правовая основа для применения средств стеснения / изоляции в отношении жителей ПНИ. ЕКПП хотел бы попросить российские власти предоставить подтверждение того, действительно ли в законодательстве Российской Федерации есть основания для применения мер стеснения к жителям ПНИ.

При этом во всех посещенных ПНИ делегация слышала множество достоверных и подробных утверждений об использовании физического стеснения, в основном в виде привязывания жителей к кроватям специальными мягкими повязками, на период от нескольких часов до более продолжительного времени, а иногда и в течение ночи. Также следует отметить, что делегация нашла специальное оборудование для пятиточечных механических удерживающих устройств в комнате для престарелых Бабушкинского ПНИ. Отдельные изолированные комнаты, официально используемые в случаях инфекционных заболеваний<sup>28</sup>, так-

<sup>27</sup> Такие как улучшение способности самостоятельно принимать пищу и одеваться, овладение начальными речевыми навыками и т.д.

<sup>28</sup> В изолированных комнатах, которые видела делегация, находились кровати, неэкранированные туалеты и иногда ванна.

же использовались в целях “успокоения” во всех осмотренных ПНИ.

110. Что касается химического сдерживания, то к нему прибегали во всех посещенных ПНИ. В ПНИ № 16 в Москве химическое сдерживание<sup>29</sup> использовалось вместе с переводом в “наблюдательную палату”, где, согласно достоверным утверждениям, жители могли быть подвергнуты и физическому стеснению.

В ПНИ № 34 в Москве жителям делали уколы антипсихотиков и держали до тех пор, пока не наблюдался седативный эффект. То же самое относится и к Ангарскому ПНИ<sup>30</sup>, где жителей, подвергающихся химическому стеснению, иногда переводили в изолированные комнаты на срок до 3 дней. Делегация заслушала заслуживающие доверия сообщения о том, что жителей можно было также физически сдерживать, привязывая их мягкими ремнями к кроватям в изолированных комнатах в течение ограниченных периодов времени.

Что касается Бабушкинского ПНИ, то значительная часть жителей имела предварительное (в соответствии с обстоятельствами) назначение медикаментов путем внутримышечных инъекций, что можно рассматривать как форму химического сдерживания<sup>31</sup>. Однако письменного протокола относительно лечения этими препаратами не было; укол может быть назначен медсестрой, которая может вызвать психиатра, если сочтет это необходимым. Сам психиатр не смог привести какие-либо недавние случаи, когда он прямо санкционировал внутримышечные инъекции, он также не мог описать, как проводится мониторинг и наблюдение после такого введения лекарства.

111. Следует добавить, что ни в одном из посещенных ПНИ применение средств сдерживания нигде не было зарегистрировано<sup>32</sup>, и не было сформулированных в письменном виде руководящих принципов или политики использования средств сдерживания, в том числе в отношении того, как это документировать и контролировать. Это было неудивительно, поскольку, по крайней мере, официально, в ПНИ не применялись средства сдерживания, о чем неоднократно (но

без подтверждений) заявляли руководители и некоторые сотрудники посещаемых учреждений.

112. В свете выводов делегации **Комитет призывает российские власти безотлагательно принять специальные положения о применении средств сдерживания и изоляции во всех учреждениях социального обеспечения, в том числе в ПНИ**. Приятие политики в отношении использования мер стеснения должно сопровождаться практическим обучением с участием всего соответствующего персонала (врачей, медсестер, санитаров и т.д.), и эти правила должны регулярно обновляться. Жители также должны быть должным образом проинформированы о политике сдерживания, существующей в учреждении, а также о существующих механизмах подачи жалоб в этом отношении. В этом контексте делается ссылка на рекомендации в параграфах 64 и 65.

Кроме того, что касается конкретно использования предварительных назначений, Комитет должен подчеркнуть, что введение быстро действующих транквилизаторов требует тщательного медицинского контроля и соблюдения строгих протоколов со стороны всего задействованного персонала, а также необходимых навыков, медикаментов и оборудования. Применение таких транквилизаторов на основе предварительных предписаний без однозначного повторного подтверждения врачом накладывает слишком большую ответственность на медсестер в отношении оценки психического состояния человека и обеспечения адекватного ответа на потенциальные осложнения в отсутствии врача. Это также может снизить мотивацию медсестер к попыткам разрешить ситуацию с помощью других средств и, следовательно, открыть дверь для злоупотреблений.

По мнению Комитета, в случае, если житель находится в состоянии ажитации, с которым не может справиться медсестринский персонал, следует немедленно вызвать психиатра (или дежурного психиатра), который должен незамедлительно оценить состояния человека и дать указания относительно того, какие действия необходимо предпринять.

Только в исключительных ситуациях, когда медсестры не могут контролировать возбуждение жильца, а вмешательство психиатра не представляется возможным в течение нескольких минут, может быть оправдано назначение медсестринским персоналом быстродействующих транквилизаторов на основе предварительного назначения, при этом необходимо связаться с врачом (например, по телефону) и получить подтверждение предписания до его выполнения. Врач также должен прибыть без промедления, чтобы проконтролировать реакцию проживающего и при необходимости справиться с любыми осложнениями.

Кроме того, использование предварительных назначений быстродействующих транквилизаторов должно сопровождаться конкретными гарантиями:

<sup>29</sup> Промазин иногда вместе с бензодиазепинами.

<sup>30</sup> Одна из психиатров объяснила, как она справляется с ажитацией и потенциальным самоповреждением или актами насилия со стороны жителей: она сказала, что она “немедленно назначает внутримышечную инъекцию комбинации феназепама и галоперидола или промазина. Проживающий должен быть задержан на 15 минут, чтобы получить инъекцию и чтобы лекарство подействовало”.

<sup>31</sup> Из 48 медицинских карт жителей, которые были проверены делегацией, в 22 жителей случаях жителям были назначены основные антипсихотические препараты путем внутримышечной инъекции. Практически во всех случаях инъекционными препаратами были промазин и галоперидол.

<sup>32</sup> Предварительное назначение инъекций было зарегистрировано, но не как химическое сдерживание.

как минимум, любое такое назначение должно составляться опытным врачом после тщательной оценки физического состояния человека, оно должно действовать только в течение ограниченного времени (т.е. недели, а не месяцы), и его следует заново оценивать каждый раз, когда оно используется или когда происходит изменение в фармакотерапии жителя. Когда быстродействующие транквилизаторы назначаются путем предварительного предписания, должны также применяться другие, более общие меры предосторожности, сопровождающие любое использование средств сдерживания (такие как наличие всеобъемлющей политики сдерживания, использование мер стеснения в качестве крайней меры и выбор наиболее пропорционального метода, а также регистрация проишествия в медицинской карте жителя и в специальном журнале регистрации мер стеснения и опрос участников).

**Комитет рекомендует разослать инструкции всем ПНИ в Российской Федерации для обеспечения того, чтобы вышеупомянутые предписания должным образом соблюдались на практике.**

#### **6. Меры защиты**

114. Основные правовые основы работы ПНИ изложены в Федеральном законе “Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации”<sup>33</sup>. Официально ПНИ не являются местами лишения свободы, и в начале визита Министерство труда и социальной защиты выражало сомнения, что они подпадают под действие мандата ЕКПП.

Действительно, лица старше 18 лет, которые были дееспособными и находились в ПНИ на добровольной основе, могли свободно приходить и уходить из учреждения. Например, в ПНИ № 34 в Москве делегация увидела, что жители этой категории пользуются высокой степенью автономии, в том числе могут покидать учреждение самостоятельно в течение дня (в том числе для покупок, работы, посещения друзей и т.д.).

При этом жители старше 18 лет, которые были признаны недееспособными, находились в совершенно ином положении. Лица этой категории могут покинуть учреждение только с явного разрешения их официального опекуна (то есть директора учреждения), которое практически никогда не предоставляется. В результате эти жители де-факто были лишены свободы, что было признано российскими властями в конце визита.

115. В соответствии со статьей 29 Гражданского кодекса РФ, суды могут признавать лиц, которые не могут понимать значение своих действий, недееспособными<sup>34</sup>. После того, как лица признаются недееспособными,

им назначают опекунов или попечителей<sup>35</sup> для защиты их прав и интересов. Однако другие правовые акты<sup>36</sup> предусматривают, что недееспособным лицам, находящимся под надзором образовательных, медицинских или социальных учреждений, в том числе ПНИ, опекуны или попечители не назначаются.

Вместо этого функция опекуна возлагается на само учреждение, неизменно в лице директора<sup>37</sup>. Опекуны принимали решения для всех жителей, лишенных дееспособности, по всем вопросам<sup>38</sup>, начиная с выплаты пенсий и заканчивая лечением, в том числе выбором медикаментов.

116. В ряде посещенных учреждений делегация обнаружила, что назначение директора учреждения в качестве опекуна всех недееспособных жителей ставило директора в потенциально сомнительное положение, а жители, находящиеся под опекой, подвергались риску неправомерного использования их личных средств.

Самый яркий пример этого — Бабушкинский ПНИ, где делегации был показан список “гарантированных услуг”, которые должны быть доступны всем жителям. Основные услуги (такие как, например, питание и пользование основной мебелью) должны были финансироваться из основного бюджета учреждения, который включал обязательный взнос в размере 75 % от пенсий проживающих, вычитаемых у каждого из них. Однако были и так называемые “дополнительные социальные услуги”, которые оплачивали жители, в том числе купание, мытье шампунем, использование микроавтобуса заведения, питьевая вода из крана в коридоре, стирка / ремонт / глажка одежды. Стоимость таких дополнительных услуг должна была быть возмещена за счет оставшейся части (25 %) пенсионного дохода жителей, но она не может быть законнодержано учреждением. При анализе документов отдельных жителей за 2017 – 2018 годы делегация обнаружила, что стоимость таких услуг,

<sup>33</sup> На основании Федерального закона от 24 апреля 2008 г. № 48-ФЗ “Об опеке и попечительстве” и Гражданского кодекса.

<sup>34</sup> П. 4 ст. 35 Гражданского кодекса РФ.

<sup>35</sup> Доля недееспособных жителей, для которых директор учреждения являлся опекуном, варьировалась от 46 % в Ангарском ПНИ до 100 % в Бабушкинском ПНИ.

<sup>36</sup> Директора (или их заместители), которые выполняли роль опекунов, могли эффективно распоряжаться 25 % пенсии по инвалидности, получаемой жителями, и тратить их по своему усмотрению, как они говорили, в интересах соответствующих лиц. В некоторых случаях это право использовалось для оплаты оборудования или услуг, которые в рамках соответствующего ПНИ не предоставлялись бесплатно (или сверх того, что было покрыто медицинской страховкой), например, определенные лекарства в Ангарском ПНИ, а также специальные кровати с электроприводом для жителей, постоянно находящихся в постели.

<sup>33</sup> Федеральный закон 442-ФЗ от 28 декабря 2013 г.

<sup>34</sup> Порядок признания недееспособным изложен в ГПК РФ.

которые оплачиваются жителями, составляла от 1270 до 8443 рублей в месяц<sup>39</sup>. Делегация была обеспокоена тем фактом, что с жителей взимается плата за такие базовые услуги, которые должны покрываться обязательным взносом в размере 75 % от стоимости их пенсий.

Другой список “дополнительных социальных услуг, оказываемых кабинетом физиотерапии”, проанализированный делегацией, включал такие услуги, как “физиотерапия ультрафиолетовым облучением”, “электростимуляция”, “магнитотерапия”, “электрофорез” и “ингаляция”. Эти услуги также были оплачены из дополнительных средств жителей. Делегация не нашла никаких доказательств того, что какие-либо такие “методы лечения” (если они существуют) действительно были предоставлены жителям Бабушкинского ПНИ. Даже основные виды обслуживания, такие как “дополнительная 15-минутная прогулка”, по-видимому, были платными (из расчета 59 рублей за прогулку) для недееспособных жителей, многие из которых совершенно не знали о существовании их личных денежных средств, а также о том, что эти средства постепенно истощались таким образом. Делегация проанализировала значительное количество “актов оказания дополнительных социальных услуг кабинетом физиотерапии”, и обнаружила, что ежемесячные суммы, взимаемые с жителей, варьировались от 1800 до 4960 руб.<sup>40</sup>

Опасения делегации в связи с потенциальным конфликтом интересов, присущим этой ситуации, усилились еще в большей степени, когда выяснилось, что правовой основой для предоставления таких “дополнительных” услуг является контракт между директором учреждения (в качестве опекуна, представляющего интересы недееспособных жителей) и физически отсутствовавшего психиатра (см. параграф 101), выступающего от имени Бабушкинского ПНИ.

117. В принципе, в соответствии с положениями Закона № 48-ФЗ от 24 апреля 2005 года “орган опеки и попечительства” должен осуществлять надзор за такого рода расходами директора учреждения/опекуна; однако в Бабушкинском ПНИ выяснилось, что соответствующий орган издавал индивидуальные ежегодные письма, в каждом из которых директору предоставлялись общие полномочия расходовать личные средства для “удовлетворения потребностей” отдельного жителя. Следовательно, из года в год директор / опекун фактически пользовался карт-бланшем в отношении таких расходов.

118. В письме от 9 ноября 2018 года ЕКПП запрашивал дополнительные и более точные сведения в отношении расходов личных пенсионных средств недееспособных жителей в Бабушкинском ПНИ. Из

информации, переданной российскими властями в ответ на эту просьбу, выясняется, что значительная часть личных ресурсов 201 недееспособного жителя, содержащегося в Бабушкинском ПНИ (то есть 25 % пенсии, которые не могут быть законнодержаны) тратится директором / опекуном якобы на “удовлетворение их потребностей”. Например, с 21 ноября по 31 декабря 2017 года у одного жителя былодержано 12 577 руб.<sup>41</sup>, в том числе 2380 руб. за 40 дополнительных прогулок по 15 минут.

В свете выводов своей делегации Комитет предложил бы провести независимую проверку законности расходов директором / опекуном личных средств недееспособных жителей в Бабушкинском ПНИ.

119. В более общем плане Комитет считает, что нынешние положения об опеке в отношении жителей ПНИ создают явный потенциал для конфликта интересов и не обеспечивают максимальной защиты и ухода за жителями. **ЕКПП повторяет свою рекомендацию о том, чтобы были найдены альтернативные решения, которые бы лучше защищали законные интересы недееспособных жителей, содержащихся в ПНИ Российской Федерации.**

120. Первоначальная процедура помещения потенциального жителя, который лишен дееспособности, требует решения суда о признании недееспособным и официального направления органа опеки и попечительства, основанного на решении “медицинской комиссии”, в состав которой входит психиатр. В каждом из посещенных ПНИ делегация проверила первоначальную документацию о поступлении в отношении многочисленных недееспособных жителей и обнаружила, что процесс приема был проведен в соответствии с законом, был обоснованным и задокументированным<sup>42</sup>.

Что касается пересмотра необходимости дальнейшего нахождения в ПНИ, существующая практика заключалась в том, чтобы ежегодно проводился осмотр комиссией из трех психиатров учреждения, в котором проживал человек. Автоматическое судебное рассмотрение для жителей ПНИ не предусматривалось. В ПНИ № 16 недавно была введена новая pilotная процедура, требующая, чтобы пребывание каждого человека в ПНИ ежегодно проверяла междисциплинарная комиссия; однако, лишь небольшое количество жителей были оценены таким образом (см. также параграф 104 выше).

Что касается процедур выписки, то для лица, признанного недееспособным, это возможно только в том случае, если ему/ей удается восстановить свою дееспособность в результате судебного разбирательства.

<sup>39</sup> Приблизительно от 17 до 112 евро.

<sup>40</sup> Приблизительно от 24 до 66 евро.

<sup>41</sup> Около 166 евро.  
<sup>42</sup> Большинство решений суда о недееспособности были составлены относительно точно, обосновано и основывались на психиатрическом заключении.

ства. В некоторых посещенных учреждениях<sup>43</sup> делегация обнаружила, что сотрудники выделили небольшое количество жителей, которые, по их мнению, могли бы получить поддержку в ходе судебного разбирательства по восстановлению дееспособности и, в конечном итоге, покинуть учреждение, и интенсивно сотрудничали с ними. Комитет приветствует эти усилия, однако в других местах, в частности в Бабушкинском ПНИ, выяснилось, что жители, которые были объявлены недееспособными, не имели реальной перспективы выписки.

121. Делегация понимала, что медицинский персонал во всех посещенных ПНИ полагал, что для всех жителей, лишенных дееспособности, информированное согласие на лечение не требуется. В результате, назначалось лечение, часто серьезное нейролептическое лечение, при котором жителю не предоставлялось почти никакой информации. В случае жителей с серьезными нарушениями интеллекта и отсутствием способности говорить информированное согласие представляет очевидные трудности. Лучшей практикой было бы назначение лица, независимого от учреждения, которое будет эффективно защищать интересы данного жителя и обеспечивать его / ее участие в процессе предоставления согласия. Однако из интервью с жителями, с которыми можно было провести содергательный разговор, было очевидно, что им не было передано никакой информации о характере используемых психотропных препаратов, и, за исключением одного жителя в ПНИ № 16 в Москве, ни один из тех, с кем говорила делегация, не знал ни название лекарства, которое они принимали, ни желаемого эффекта или возможных побочных эффектов.

122. В соответствии со статьей 8 Закона об опекунстве, органы опеки и попечительства должны регулярно проводить проверки условий жизни в учреждениях, а также следить за соблюдением опекунами и попечителями прав и интересов жителей, включая сохранность их собственности.

Теоретически, жители посещенных ПНИ могут подать официальную жалобу. Однако большинство жителей, опрошенных делегацией, похоже, не знали о существовании такой возможности. Кроме того, ни в одном из посещенных ПНИ не было централизованного реестра жалоб.

123. С учетом замечаний, изложенных в параграфах 114 – 122 выше, Комитет рекомендует Российской властям предпринять шаги (включая, при необходимости, законодательные изменения) для обеспечения того, чтобы:

- жители учреждений социального обслуживания имели реальное право возбуждать дела по установлению судом законности их помещения в

ПНИ; были должным образом проинформированы об этом праве и о том, что по этому вопросу они имеют право на услуги адвоката и могут быть заслушаны соответствующим судьей;

- решение суда о лишении дееспособности лица автоматически не влечет за собой разрешения на помещение в ПНИ;

- было ведено эффективное и автоматическое рассмотрение внешним органом (например, судом) необходимости продолжения нахождения людей в ПНИ через регулярные промежутки времени;

- процедура выписки была изменена таким образом, чтобы жители учреждений (и их опекуны / попечители) могли запрашивать выписку через разумные промежутки времени;

- решение о лишении дееспособности автоматически не приводило к предположению, что соответствующее лицо не должно и не может дать информированное согласие на лечение; способность давать информированное согласие должна оцениваться на индивидуальной основе, и даже в отношении лиц, от которых невозможно получить полное информированное согласие, должны быть предприняты попытки дать им некоторое представление о лечении, которое они получают, включая название лекарства, его назначение и возможные побочные эффекты;

- была составлена и во всех ПНИ Российской Федерации предоставлялась гражданам (и их опекунам / семьям) при поступлении вводная брошюра, в которой излагаются порядок работы и права проживающих в учреждении, включая информацию об органах и процедурах подачи жалоб. Все жители, которые неспособны понять эту брошюру, должны получить соответствующую помощь;

- жители всех ПНИ могли в оперативном порядке подавать жалобы, как во внутренние, так и внешние органы.

124. Что касается инспекционных процедур, то ЕКПП хотел бы получить более подробную информацию о практической работе системы, о которой говорится в параграфе 122 выше (особенно, разрешено ли инспекторам разговаривать с жителями наедине, получать их жалобы и давать какие-либо рекомендации). Комитет также хотел бы получить информацию о том, регулярно ли проводятся мониторинги ПНИ какими-либо другими внешними органами (например, федеральными и региональными уполномоченными по правам человека).

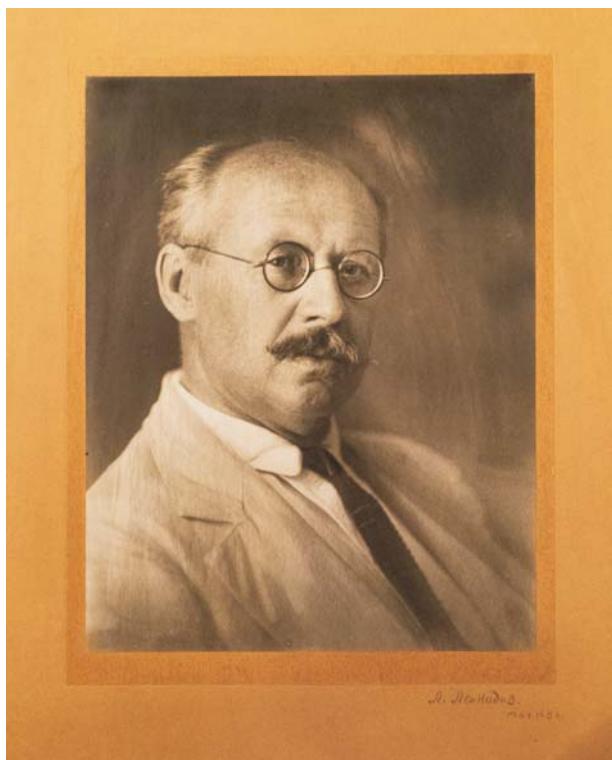
Перевод Л. Н. Виноградовой

<sup>43</sup> В частности, в Ангарском ПНИ.

# ИСТОРИЯ

## Владимир Николаевич Розанов. Доктор своего времени

Обычно о выдающемся человеке прошлого принято начинать с биографической справки, мы так и хотели поступить, а после показать, как память может пережить человека на многие десятилетия. Но рассказ получился рваный и цельный одновременно. Уж простите!



Автор фото фотограф, художник Лев Леонидов.

Владимир Николаевич Розанов родился в 1872 году, в семье известного московского врача Н. Н. Розанова. Николай Николаевич всю жизнь трудился в Староекатерининской больнице (МОНИКИ), заведовал чумным отделением, затем приёмным. Был самым молодым членом общества русских врачей (образовано в 1854 году).

Владимир Николаевич (дворянин, сын успешного врача) получил хорошее образование. Окончил медицинский факультет Московского университета в 1896 году. Первые годы после университета трудился в Староекатерининской больнице.

1904 – 1905 гг. принимал участие в Русско-Японской войне в составе первого санитарного отряда Москвы. Молодой хирург даже на фронте оставался любознательным человеком. Начало XX-го века — время всего первого, в том числе фотографии как масового увлечения. В. Н. Розанов очень любил фотографировать и фотографироваться. До нашего времени сохранились десятки фотографий и даже стеклянных пластинок — позитивов.

Со старых снимков на нас смотрят буряты, вместе с автором мы можем любоваться красотами дальневосточного края. Реже встречаются фотографии с коллегами. Даже в том время, когда люди с восторгом воспринимали всё новое, хороший врач понимал — фотографироваться с пациентами, с ранеными, сматывать кровавые подробности работы хирурга с помощью фотографии — грубейшее нарушение врачебной этики.

В 1910 году организовал и возглавил хирургическое отделение в Солдатенковской больнице в Москве (ныне, больница им. С. П. Боткина). За этой сухой строчкой — целая эпоха истории Боткинской больницы! Сегодня “Боткинская” — один из крупнейших медицинских центров России.

1914 – 1915 гг. — участвовал в работе “Союза городов”, благотворительной организации помощи раненым. Стал основоположником протезного дела в России.

Ещё одна сухая строчка. Мы очень мало знаем о том времени. Вся информация была уничтожена в 30 – 50-е годы из соображений безопасности семьи профессора Розанова. А поводов волноваться было много! Например, общение с царской семьёй — за одну эту фотографию можно было отправиться следом за невинно убиенным августейшим семейством!

А история такая: Август 1914 года. Первая мировая война. Во время войны никто особенно не занимался с ранеными конечностями, и сотни тысяч ампутантов нуждались в помощи, а протезы были штучным, кустарным изделием. Елизавета вместе с другой Великой княжной Марией Павловной собрали средства, а Розанов реализовал организацию протезных заводов в Питере и Москве. Всё это происходило под эгидой огромной благотворительной организации — “Союз Городов”. В организации протезного дела Розанову помогал один из учеников — Николай



На фото: Владимир Николаевич Розанов (на фото 4 слева), Фёдор Александрович Гетье (главный врач Боткинской больницы, он в том же ряду, справа у косыка), Николай II, Александра Фёдоровна, дочери: Ольга, Татьяна, Мария, Анастасия и Великая Княжна Елизавета. Фото сделано во время визита в Солдатёнковскую больницу. Место съёмки известно, это один из действующих и сейчас корпусов больницы.

Николаевич Приоров — его имя присвоено ЦИТО (Центральный институт травматологии и ортопедии).

В революции Владимир Николаевич участия не принимал, но из страны не уехал, хотя предложений из европейских клиник было много. Первые годы Советской Власти он просто продолжал работать, как и многие интеллигенты, не понимая, что происходит со страной.

Нечто важное в карьере В. Н. Розанова произошло 30 августа 1918 года. Фаина Каплан стреляла в Ленина. Вот как хирург описывает своё участие в лечении вождя мирового пролетариата: “Раннее утро. Меня подняли с постели, сказав, что нужно ехать в Кремль на консультацию к ... Ленину, которого ранили вечером и которому стало теперь хуже ... Небольшая комната, еще полумрак. Обычная картина, которую видишь всегда, когда беда с больным случилась внезапно, вдруг: растерянные, обеспокоенные лица родных и близких — около самого больного, подальше стоят и тихо шепчутся тоже взволнованные люди, но, очевидно, уж не столь близкие к больному. Груп-

пой с одной стороны около постели раненого врачи: В. М. Минц, Б. С. Вейсброд, В. А. Обух, Н. А. Семашко — все знакомые. Минц и Обух идут ко мне на встречу, немного отводят в сторону и шепотом коротко начинают рассказывать о происшествии и о положении раненого; сообщают, что перебито левое плечо одной пулей, что другая пуля пробила верхушку левого легкого, пробила шею слева направо и засела около правого грудино-ключичного сочленения ... Сильный, крепкий, плотного сложения мужчина; бросалась в глаза резкая бледность, цианотичность губ, очень поверхностное дыхание ... Ищу пульс и, к своему ужасу, не нахожу его, порой он попадается, как нитевидный. Слушаю сердце, которое сдвинуто резко вправо, — тоны отчетливые, но слабоватые. Делаю скоро легкое выстукивание груди — вся левая половина груди дает тупой звук. Очевидно, громадное кровоизлияние в левую плевральную полость, которое и сместило так далеко сердце вправо. Легко отмечается перелом левой плечевой кости, приближительно на границе верхней трети ее с серединой. ...

На консультации мне, как вновь прибывшему врачу, пришлось говорить первому. Я отметил, что здесь шок пульса от быстрого смещения сердца вправо кровоизлиянием в плевру из пробитой верхушки левого легкого и центр нашего внимания, конечно, не сломанная рука, а этот так называемый гемоторакс. Приходилось учитывать и своеобразный, счастливый ход пули, которая, пройдя шею слева направо, сейчас же непосредственно перед позвоночника, между ним и глоткой, не поранила больших сосудов шеи. Уклонясь эта пуля на один миллиметр в ту или другую сторону, Владимира Ильича, конечно, уже не было бы в живых. Военный опыт после годов войны у нас, хирургов, был очень большой, и было ясно, что если только больной справится с шоком, то непосредственная опасность миновала, но оставалась другая опасность, это опасность инфекции, которая всегда могла быть внесена в организм пулей. Эту опасность предотвратить мы уже не могли, мы могли ее только предполагать и бояться ее, так как она была бы грозной: страшно было и за плевральную полость, и за пулевой канал на шее, который пронизал, очевидно, в нескольких местах шейную клетчатку, да еще такую клетчатку, как заглоточную.

Все эти тревоги и опасения были высказаны мною, равно как и другими врачами. Соответственные мероприятия были выработаны очень легко: абсолютный покой, все внимание на сердечную деятельность, руку временно приходилось забыть, для нее только легкая контентивная повязка, чтобы трущиеся при невольном движении отломки костей не доставляли раненому ненужных страданий. Я с удовольствием согласился и поддерживал предложение В. А. Обуха пригласить вечером на новую консультацию доктора Николая Николаевича Мамонова, большого терапевта, талантливого и удивительного мастера в подходе к больному. Такой врач нам, хирургам, был нужен, чтобы детальнее следить за измене-

ниями в плевре и в легком. Вопрос о том, нужно или нет вынимать засевшие пули, без малейших колебаний был сразу решен отрицательно...

Пульс восстановился только через двое суток, то есть стал таковым, что его можно было назвать удовлетворительным. Через четыре дня общее состояние настолько улучшилось, что позволительно было подумать о том, чтобы приняться за правильное лечение перебитой руки."

Мы приводим такой большой отрывок не случайно, и решаем сразу две задачи: прежде всего читатель может оценить блестящий, вкусный русский язык, каким тогда изъяснялись люди в Москве, красивое и элегантное клиническое мышление врача; и показываем, какое непростое медицинское решение было принято в те дни В. Н. Розановым — придерживаться консервативной тактики. Современные хирурги поступили бы иначе! И у нас тогда была бы совсем другая история!

Многим Розанов известен как "врач, оперировавший Ленина". Да, 23 апреля 1922 года он оперировал В. И. Ленина — извлёк пулю. Громко сказано. В тех же мемуарах Владимир Николаевич подробно и оструумно описывает, что большевики привезли из Германии профессора Борхарда для удаления пули, которая застряла под кожей в области шеи. Даже в 20-е годы прошлого века такие хирургические вмешательства проводились амбулаторно. Но стране нужны были громкие заголовки для газет!

У Розанова было много знаменитых пациентов. Из большевиков это Сталин (гангренозный аппендицит, выполнена резекция слепой кишки) и Фрунзе (диагностическая лапаротомия по поводу тяжёлой язвенной болезни, скончался от неустановленных причин через сутки после успешно проведённой операции). История с Фрунзе до сих пор вспоминается Розанову как упрёк. Однако проводились независимые исторические и журналистские расследования, вердикт: смерть наступила в результате трагического стечения обстоятельств. Такое в медицине бывает и сейчас.

В Советском Союзе все, кто имел отношение к партийной верхушке, оказывались под прицелом КГБ.

Для Розанова участие в лечении Ленина стало и проклятьем, и спасением одновременно. С одной стороны, Сталин всю жизнь пытался найти хоть какое-нибудь завещание Владимира Ильича. Было мнение, что один из врачей, посещавших Ильича в последние дни жизни, мог прятать какое-то письмо с напутствием вождя. Врачей и их семьи не трогали, но до 80-х годов семью Розанова навещали "сотрудники Музея Ленина в штатском" и интересовались, не нашлись ли новые документы, связанные с Ленином?

А бояться было чего и кроме слепого гнева Сталина. Родной брат супруги В. Н. Розанова Анны Павловны, Иван Павлович Алексинский. Тоже врач, хирург, профессор, член Первой государственной Думы. Он не принял революцию и вместе со своим

другом, бароном Петром Врангелем эмигрировал из Ялты в Константинополь, затем в Сербию, в Париж, и Брюссель, участвовал в работе Русского Общевоинского Союза, лечил Врангеля. Такое родство в 30–50-е годы — страшная ноша!

Розанов был хорошо знаком абсолютно со всеми великими врачами своего времени, лечил их, потому что был лучшим хирургом. Перечисление этих людей — всё равно что разглядывать справочник московских больниц и клиник. Чьим-то именем обязательно названо одно из лечебных учреждений!

Среди его пациентов были артисты, лётчики, дипломаты и простые мужики. Это хорошая врачебная практика, не менять своих профессиональных решений в зависимости от размеров кошелька пациента.

С 1929 года — зав. хирургическим отделением Кремлёвской больницы.

С 1931 года — зав. кафедрой хирургии в Центральном институте усовершенствования врачей.

Основные труды посвящены брюшной и черепно-мозговой хирургии, оперативному лечению заболеваний эндокринной системы и почек; вопросам ортопедии, организации здравоохранения.

Отдельного внимания заслуживает тема трансплантологии в научно-практической деятельности В. Н. Розанова. Тема непростая, секретная и интересная, поэтому мы очень кратко о ней расскажем. В начале 20-х годов Советское правительство вначале поставило перед здравоохранением задачу "продлить жизнь человека". Сказано — сделано. Экспериментальное направление этой деятельности возглавил В. Н. Розанов на базе Боткинской больницы.

Русский писатель, историк Олег Шишkin посвятил опытам по продлению жизни человека, трансплантации органов обезьян людям целый роман — журналистское расследование: "**Красный Франкенштейн. Секретные эксперименты Кремля**". Первое издание книги вышло в 2003 году, но работа продолжается, постоянно удаётся уточнить исторические детали, поэтому каждое следующее издание не менее увлекательно и более точно! В конце 2019 года выходит очередное дополненное переиздание книги.

В 20-е годы писатель Михаил Булгаков дружил с детьми В. Н. Розанова, часто бывал у них дома, на территории Боткинской больницы. Именно так появился образ профессора Преображенского.

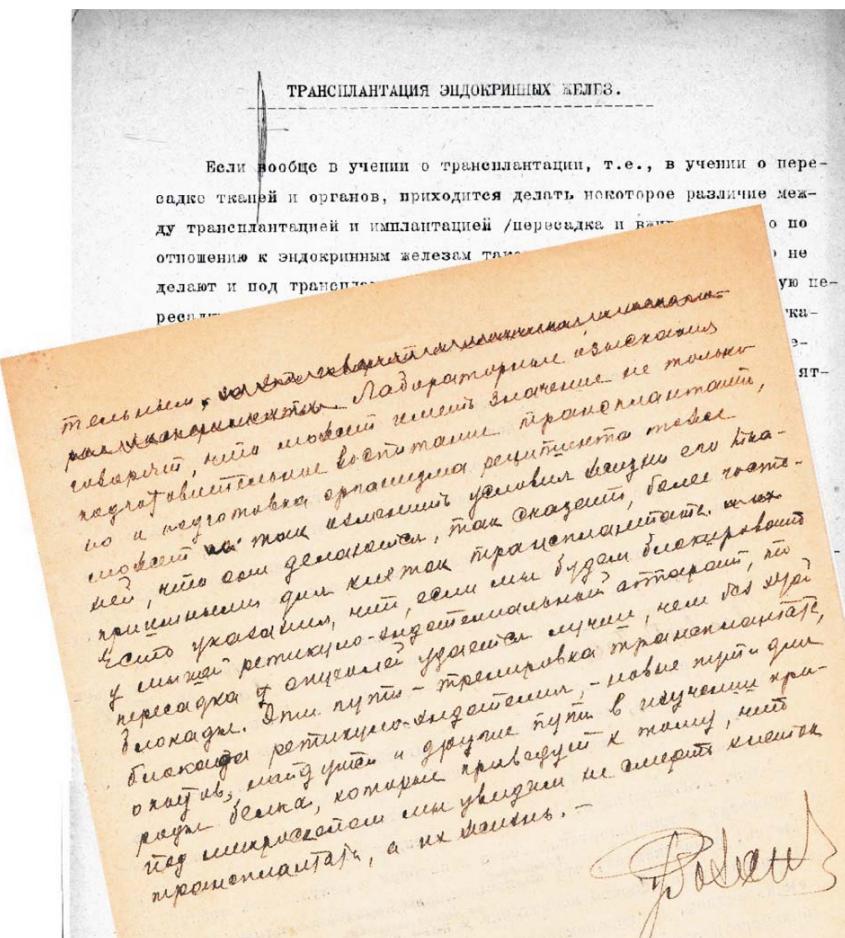
"*Пятнистая дама, прижимая руки к груди, с надеждой глядела на Филиппа Филипповича. Тот важно нахмурился и, сев за стол, что-то записал.*

— Я вам, сударыня, вставляю яичники обезьяны, — объявил он и посмотрел строго.

— Ah, профессор, неужели обезьяны?

— Да, — непреклонно ответил Филипп Филиппович.

— Когда же операция? — бледнея и слабым голосом спрашивала дама.



— “От Севильи до Гренады...” Угм... В понедельник. Ляжете в клинику с утра. Мой ассистент приготовит вас.

— Ax, я не хочу в клинику. Нельзя ли у вас, профессор?

— Видите ли, у себя я делаю операции лишь в крайних случаях. Это будет стоить очень дорого — 50 червонцев.

— Я согласна, профессор!”, Михаил Булгаков, “Собачье сердце”.

Сохранилась рукопись статьи В. Н. Розанова “Трансплантация эндокринных желёз” с собственоручными правками и подписью автора. Эта статья датируется 1924 годом. И сейчас, когда трансплантация сердца, лёгких, печени и почек стала нормой жизни, опыты столетней давности, в том числе пересадки эндокринных желёз животных людям, воспринимаются как фантастика. А это было!

В статье рассматриваются вопросы клеточной совместимости, трансплантологии при онкологических заболеваниях — проблемы, не решённые до настоящего времени.

В конце 2020 года планируется выставка фотографий В. Н. Розанова. Совместный проект Академии Художеств, Музея Москвы и музея Боткинской больницы.

В 60-е годы вдова В. Н. Розанова стала инициатором строительства больницы в подмосковном городе Пушкино, ныне Московская областная больница им. проф. РОЗАНОВА В. Н. Ещё при жизни его имя присвоено (1925) 10-му корпусу больницы им. С. П. Боткина.

Умер В. Н. Розанов 16 октября 1934 года в Москве, после продолжительной болезни.

Для чего мы подготовили этот материал? Конечно хочется хранить память о предке, дать возможность жить тем идеям, материалам, которые остались. Но память о В. Н. Розанове живёт и сама по себе. История, фотографии, его работы, его наследие интересно современным людям, и не только историкам медицины! Всё время появляются статьи, упоминания в фильмах, книгах. На основе семейного архива подготовлен сайт с фотографиями и документами, связанными с жизнью и работой В. Н. Розанова. Авторам будет интересно ваше мнение!

Адрес сайта: <https://semenoff.wixsite.com/rozanov>

Фёдор Семёнов, правнук В. Н. Розанова

# ХРОНИКА

---

## ОБМАНУТЫЕ ОЖИДАНИЯ

7 – 8 октября 2019 г. в Москве прошел VII съезд Национальной медицинской палаты. Уже в транслируемом анонсе об этом событии, проходящем в условиях развала службы здравоохранения страны, заведомо разрушительной “реформы” оптимизации в год ее 15-летия, постфактум признанной в правительстве “ошибочной”, указывалось, что в работе съезда примут участие министр здравоохранения В. И. Скворцова, руководитель Росздравнадзора М. А. Мурашко и большая группа представителей Следственного комитета в связи с обязательным для всех делегатов съезда заседанием, посвященным “современному состоянию правового регулирования медицинской деятельности”, продлившемся три с половиной часа. Было прочитано 8 докладов представителей Верховного суда, Следственного комитета, университета юстиции и руководства научно-практических учреждений, посвященных судебной практике нарушений законодательства, регулирующего деятельность медицинских работников, ненадлежащего оказания медицинской помощи, экспертизе, оценке и контролю качества и безопасности медицинской помощи, добровольному информированному согласию и независимой медицинской экспертизе.

Опыту работы профессиональных медицинских организаций на примере гематологов-онкологов, акушеров-гинекологов, патологоанатомов и анестезиологов-реаниматологов, а также организации аккредитации врачей на примере Смоленской и Воронежской областей и Хабаровского края было предоставлено по часу и, наконец, докладу о ходе реализации национального проекта “Здравоохранение” — 20 минут.

Отчетно-перевыборная часть прошла в первый день съезда. Министр В. И. Скворцова, так же как на Совещании у президента РФ по развитию первичной медико-санитарной помощи говорила о том, что инфраструктура этой помощи успешно развивается с 2014 г., а число врачей увеличилось на 4 тысячи, хотя сохраняется дефицит в 25 тысяч. При этом она не уточнила, что это осуществляется за счет перепрофилирования высокопрофессиональных узких специалистов во врачей общей практики. И многое в том же духе. Ни на одном из заседаний не было предусмотрено вопросов, обсуждения, дискуссии, что разительно отличало первые съезды Палаты и особенно остро критические Пироговские съезды, бойкотируемые министром здравоохранения и вытесненные пошедшей на коллaborацию с властями НМП в условиях разрушительной провальной реформы, протестуя против которой не нашлось места в программе съезда.

Мужество, честность и научное мышление Леонида Михайловича Рошаля помешали ему учесть совершенно другие свойства и способности, характерные для реал-политиков, а главное, их совсем другие цели и ценности. В результате, вместо первоначальных требований врачебного сообщества и данных обещаний, все вылилось в их редуцированную форму, огрызок, в подобие Общественной палаты, из которой Леонид Михайлович достойно и решительно вышел. В итоге, его замечательная инициатива, позволившая успешно отбить попытку ввести в уголовный кодекс статью об уголовной ответственности врачей за врачебную ошибку, создала иллюзию продвижения вперед, так как оставила ситуацию на прежнем месте.

## ТОРЖЕСТВО КАЗАРМЕННОГО ДУХА

Согласно приказу Департамента здравоохранения Москвы, в московских больницах проводятся соответствующие проверки: во всех отделениях врачам и медперсоналу специальной комиссией делаются замечания относительно “беспорядка на столах”, выдвигаются ящики столов и проверяется их содержимое, предписана регламентация их содержимого: канцелярские принадлежности, бумага, документы, личные вещи. В ящике с канцелярскими принадлежностями должны находиться одна ручка и один и только один карандаш, больше запрещено. Сходные с обысками повторные проверки унижают людей. Одни врачи открыто возмущаются, но многие стоят руки по швам, хотя тоже глубоко возмущены. Это порядки казармы, насаждаемые приказами начальства, вербованного из числа отставников, в унисон с милитаризацией в школе и даже детских садах. Этот солдафонский стиль, механически переносимый из силовых ведомств в гражданскую жизнь, граничит здесь с клинически и экспериментально-психологически установленными проявлениями дементности или дебильности и требует экспертной оценки таких приказов и их авторов. Правда, можно предположить, что так трудоустраивают отставников силовых ведомств, сажая на бюджет здравоохранения.

## МИНОБРНАУКИ РЕШИЛО СОЗДАТЬ СВОЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ДИССЕРНЕТ

На пресс-конференции в ТАСС 27 декабря 2019 г. министр науки и высшего образования Михаил Котюков на вопрос журналистки: “Что делать с ректорами с фальшивыми степенями, уже занимающими свой пост? Их же более 60...” ответил: “Не стоит доверять Диссернету. Ведомство начало работу над собственной системой, которой оно сможет полностью дове-

## Хроника

рять и с помощью нее проверять, если ли заимствования в научных работах” — Естественная идея, только сильно запоздавшая, когда общественный Диссернет вскрыл грандиозные масштабы докторских фабрик и диссоветов с их излюбленными журналами. Сценарий давно хорошо известный: перехватить отработанную систему, возглавить ее и распоряжаться ею по своему усмотрению. — Тогда ей можно будет доверять. Еще в начале 90-х годов Центр им. Сербского отвечал нам на ходатайство воспользоваться его архивом для ознакомления хотя бы с учетными карточками № 2, где указаны только паспортные данные и статья УК, т.е. без какой-либо медицинской информации, нам ответили: “Заплатите, и мы проверим себя сами”.

### ЧИНОПОЧИТАНИЕ ВАКа ПОРОДИЛО ИДЕЮ ОБЩЕСТВЕННОГО ВАКА

Противостояние между “Диссернетом”, действующим совместно с Комиссиями РАН по противодействию фальсификации научных исследований и по борьбе с лжен наукой, и ВАК, действующим совместно с поддерживающим и его госучреждениями..., вступило в решающую fazu... именно ВАК обычно удовлетворял заявления Диссернета о лишении научной степени лиц, но только если они были работниками нижнего уровня — доцентами, завкафедрами и т.д., но отказывался удовлетворять их против ректоров ВУЗов, директоров НИИ и др. а уж когда речь шла о персонах, входящих в “государственную обойму” (министры, депутаты ГД и СФ, генералы и т.д.), ВАК всегда вставал стеной на их защиту... В июле 2019 г. произошло еще более серьезное событие: в процессе скандальных выборов в Московскую гордуму случайно выяснилось, что инструментарий, разработанный в Диссернете, успешно работает и за пределами академической сферы. Например, с его помощью можно, сравнив установочные документы политических партий, определить отношения соподчиненности между ними. А в ноябре 2019 г. во время очередных выборов новых членов РАН доклад о злоупотреблениях в науке... позволил не пропустить в РАН большое число недостойных кандидатов... Деятельность Диссернета... стала опасной для высших чиновников ВАК и высокопоставленных управленцев, рвущихся в РАН без должных на то оснований. В прессе развернулась кампания по дискредитации сообщества Диссернет, а также председателей Комиссий РАН по противодействию фальсификации научных исследований и по борьбе с лжен наукой академиков В. А. Васильева и Е. Б. Александрова и вице-президента РАН А. Р. Хохлова. В этой кампании использовались грязные средства, такие, как например, конспирологическая болтовня про “агентов влияния”, обвинения в развале отечественной науки путем стимулирования утечки мозгов и т.д...

В игре, которую ведут Диссернет и его сторонники с ВАК, у первых нет никаких шансов на выигрыш,

поскольку ВАК не только играет, но и сам устанавливает правила игры и вдобавок использует арбитров, которые априори находятся на его стороне. Новые формы и методы работы должны обеспечить для Диссернета возможность играть по собственным правилам и с независимыми арбитрами. Простейшей такой формой, с которой можно начать, является проект “Общественная высшая аттестационная комиссия” (ОВАК)...

Профессор, заслуженный деятель науки РФ Виталий Левин

(полный текст этого предложения в газете “Троицкий вариант — наука”, № 1 (295) 14 января 2020, стр. 5)

### ГРИГОРИЙ ГРАБОВОЙ ВОСКРЕС В ПРЕЖНЕМ КАЧЕСТВЕ В ДУХЕ ВРЕМЕНИ

Человек, не погнушавшийся паразитировать на горе потерявших близких, уверяя, что может воскрешать умерших, не дождаясь встречи на том свете, не святыню, а за большие деньги (даже билет в кинотеатр “Мир” на Цветном бульваре в Москве на его выступления стоил несколько десятков тысяч рублей, т.ч. понятно, кто его крышевал), пригодился в свое время властям, чтобы попытаться развалить организацию “Матери Беслана”, так как страшная трагедия Беслана — самое тяжкое преступление нашей власти. После несостоявшегося плана списать его деятельность на психическое расстройство (прощупывание которого коснулось и НПА), он был осужден в 2008 году за мошенничество, но вышел по УДО уже через полтора года, возобновив активную деятельность в Сербии, предлагая изобретенные им три прибора: останавливающий старение и вызывающий омоложение, второй — лечащий от вируса иммунодефицита и третий — от рака. Стоит каждый около десяти тысяч евро, но в качестве благотворительного жеста Г. Г. сообщил способ, позволяющий предотвратить заболевание коронавирусом. Для этого необходимо сосредоточить внимание на два числовых ряда... об этом см. сообщение Ольги Сабуровой на сайте: <https://sobesednil.ru/obshchestvo/20200129-grigorij-grabovoj-zayavil-ob-otkrytii-im-sposoba-borby-s-koronavirusom>.

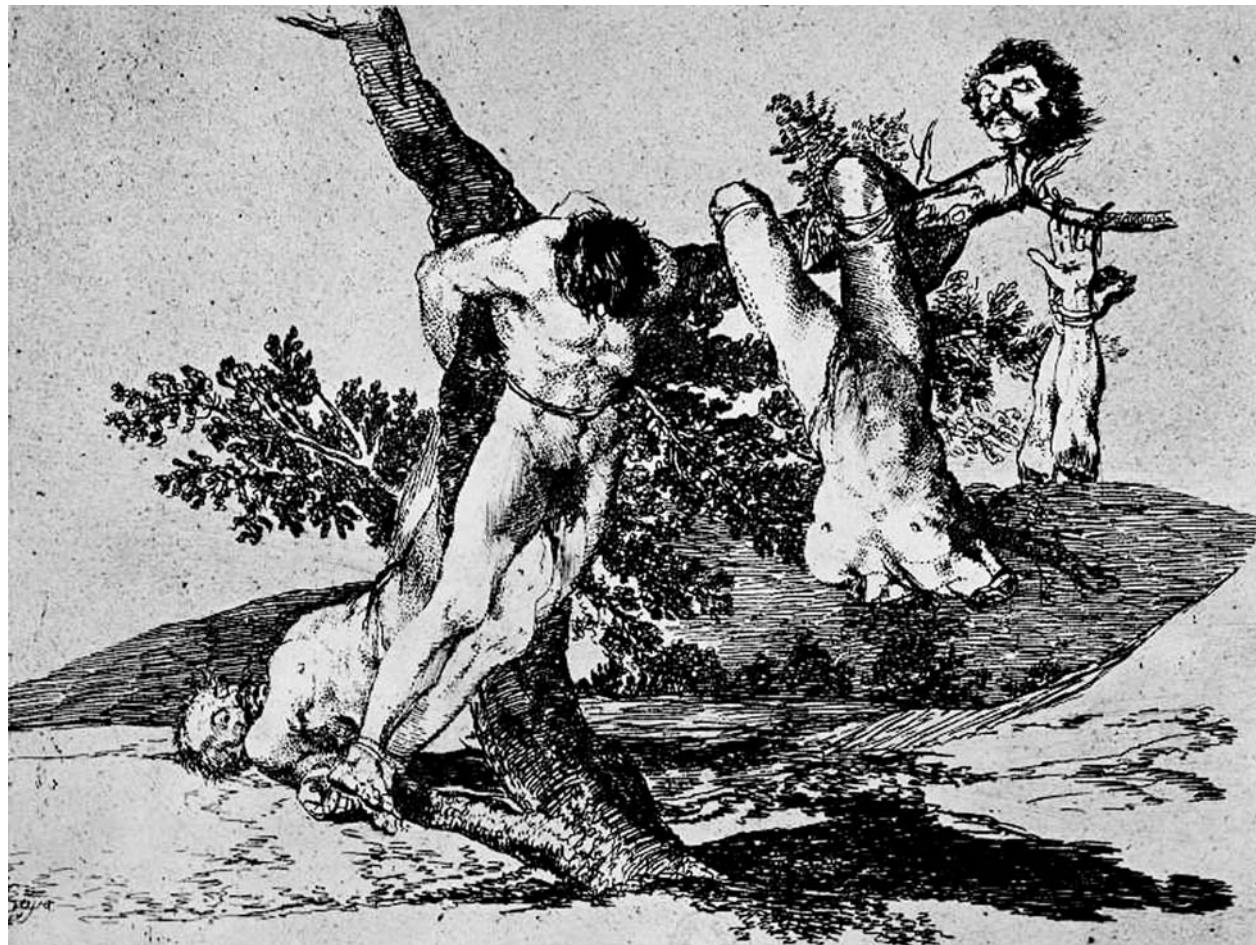
### И СВЕТЛАЯ НОВОСТЬ

Вышла новым изданием “Общая психопатология” Карла Ясперса в серии “Мировые бестселлеры”, уже лишенная вступления Т. Б. Дмитриевой, содержавшего ошибку, свидетельствующую о непонимании существа феноменологического направления в психиатрии. Остается выразить глубокое удовлетворение, что пополнился тираж нашего основного профессионального руководства, что позволит всем неформально заинтересованным людям из первых рук узнать до сих пор наиболее взвешенные ответы на самые острые вопросы психиатрии. Очередное издание — вопреки размеру и стоимости — свидетельство растущего спроса, что обнадеживает.

# ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ТВОРЧЕСТВО

---

Франсиско Гойя, цикл “Ужасы войны”



Франсиско Гойя, цикл “Ужасы войны”. Лист 39. Славный подвиг



“Ужасы войны”. Лист 32. “За что...”

# Ганс Гюнтер Адлер — стихи из концлагеря<sup>1</sup>

## Свидетельство поэта



*Если ты чувствуешь, что оставаться человеком стоит — и пусть это ничего не даёт, — ты всё равно их победил.*

*Дж. Оруэлл, “1984”*

Ганс Гюнтер Адлер (2 июля 1910, Прага — 21 августа 1988, Лондон) — чешский еврей, выросший в немецкой культуре, поэт и писатель, историк, философ, социолог. 8 февраля 1942 г. он был депортирован в Терезиенштадт, откуда 14 октября 1944 г. вместе с женой и её матерью перемещён в Аушвиц, где обе женщины ушли в газовую камеру. Адлер 28 октября 1944 г. был переведен сначала в одно, а затем другое отделение Бухенвальда и освобождён 13 апреля 1945 г. войсками союзников. 18 членов его семьи погибли в Холокосте. После войны он преподавал и работал в Еврейском музее в Праге над историей Холокоста, а в 1952 г. бежал от коммунизации Чехословакии в Лондон. Он был одним из первых, кто начал писать о Холокосте, и исследовал его в течение

всей оставшейся жизни. Но “...сразу после Холокоста к нему (Холокосту — В.К.) не было совершенно никакого интереса, в том числе среди выживших. Исследования Холокоста сформировались как дисциплина (*Holocaust Studies*) только к 1990-м годам, когда прошло уже сорок лет. В течение этих лет люди не хотели слушать свидетелей Холокоста. Важно было совсем другое: восстановить, воссоздать Европу, создать и усилить государство Израиль; и все эти депрессивные истории выживших были для них просто неуместны. Только после того как Европа была восстановлена, а Израиль создан, пришло время и для истории Холокоста<sup>2</sup>. Адлер был одним из первоходцев, закладывавших фундамент дисциплины исследований Холокоста. В 1955 г. он издал фундаментальную историко-философско-социологическую книгу “Тере-

<sup>1</sup> Ганс Гюнтер Адлер. Стихи из концлагеря. Ганновер: Еврейская старина, 2019 — 251 с. — Перевод и предисловие Виктора Ефимовича Кагана. Приводится несколько стихов из двух циклов и предисловие, сокращенное самим автором в 4 раза.

<sup>2</sup> Эрнст ван Альфен Холокост и ГУЛАГ: что остается после памяти? Эл.источн.: [http://gefter.ru/archive/17231?fbclid=IwAR3ebi\\_nhlHG9BGwgo93\\_mpvLaXGkyEeHnTFeD9\\_otrxndlcqaKv\\_Lnsvs&\\_utl](http://gefter.ru/archive/17231?fbclid=IwAR3ebi_nhlHG9BGwgo93_mpvLaXGkyEeHnTFeD9_otrxndlcqaKv_Lnsvs&_utl) t=fb



зиенштадт. 1941 – 1945. Облик общества насилия”<sup>3</sup>. Это по сию пору уникальное и самое подробное исследование одного отдельного взятого концлагеря. Она была выдана для “освежения памяти” одному из главных идеологов создания Терезиенштадта как “образцового концлагеря” Адольфу Эйхману, ожидавшему суда и смертного приговора в камере израильской тюрьмы. Благодаря его усилиям в 1960 г. был задержан Герман Круми — один из подручных Эйхмана, руководивший депортацией 400 тысяч венгерских евреев в Аушвиц в 1944 г. В 1962 г. Адлер с коллегами издали фундаментальную книгу “Аушвиц. Свидетельства и отчёты”<sup>4</sup> — первое собрание свидетельств узников концлагеря. Адлер был одним из ключевых свидетелей на процессе Эйхмана и к этой книге обращалась Ханна Арендт. В 1974 г. Адлер из-

дал, по его мнению, свою главную книгу “Администрированный человек”<sup>5</sup> — энциклопедию депортации евреев в Германии. За год до его ухода из жизни вышла в свет начинавшаяся ещё в довоенное время книга по экспериментальной теологии<sup>6</sup>. Адлер автор 26-ти книг — история, философия, теология, поэзия, проза. О нём как о писателе тепло отзывались Генрих Бёлль и Элиас Канетти. Сказанное лишь несколько нитей канвы большой и насыщенной жизни. Его жизни и творчеству посвящены книги<sup>7</sup> и многочисленные публикации его сына — профессора Джереми Адлера. В России Ганс Адлер и его работы практически неизвестны<sup>8</sup>.

В 2016 г., бродя между печами крематории Терезиенштадта, разрываясь между порывом не видеть и невозможностью уйти, я обратил внимание на лицо,

<sup>3</sup> H. G. Adler Theresienstadt 1941–1945. Das Antlitz einer Zwangsgemeinschaft. J. C. B Mohr (Paul Siebeck), Tübingen 1955. Дополненное издание в Германии в 1960, 2005 и 2012 гг.

<sup>4</sup> Auschwitz. Zeugnisse und Berichte. Langbein H., Lingens-Reiner E., Adler, H. G. Europ. Verlagsanstalt, 1962.

<sup>5</sup> Der verwaltete Mensch — Studien zur Deportation der Juden aus Deutschland, Mohr-Verlag, Tübingen, 1974.

<sup>6</sup> Vorschule für eine Experimentaltheologie. Betrachtungen über Wirklichkeit und Sein. Steiner, Stuttgart, 1987

<sup>7</sup> Например, Franz Hocheneder H. G. Adler (1910 – 1980) Privatgelehrter und freier Schriftsteller. Böhlau Verlag, 2009; Peter Filkins. H. G. Adler. A Life in Many Worlds. Oxford Univ. Press, 2019.

<sup>8</sup> Статья Елены Макаровой и Сергея Макарова — Все жанры, кроме трагедии. Искусство, музыка, поэзия и театр в Тerezине. 1941–1945. Cardinal Points/Стороны Света № 7 (<http://www.stosvet.net/7/terezin/index.html>) с коротким очерком о Г. Адлере вошла в книгу: Макарова Е., Макаров С. Крепость над бездной. Книга 3. Терезинские лекции, 1941 – 1944. Jerusalem: Gesherim/M.: Мосты культуры, 2006. Здесь и единственное переведенное на русский язык для этого издания Инной Лиснянской стихотворение Адлера. — Анатолий Найман. Взгляд частного человека. Еврейское слово, 2011. № 25 (538). Статья вошла в книгу: Найман А. “Еврейское слово”: колонки. М.: ACT, 2017.

образовавшееся трещинами в облицовочном камне одной из печей.

Понятное для рассудка это было чем-то мистическим — лицом навсегда оставшихся там и сейчас глядящих на меня. Это был момент, когда я понял, что должен закончить, не могу не закончить уже начатый перевод написанных здесь стихов Адлера. Меня спрашивали — зачем я это делаю, не стоит ли пощадить психику читателя? Чтобы сохранять память, о которой говорят Лев Лурье: "... закончилась память о Второй мировой войне: грех Холокоста, который пригibaл, постепенно отпускает"<sup>9</sup> и Анатолий Найман: "Уходит память о Терезине, о Колыме, некоторые уже представляют это как нечто пожалуй что и полезное, необходимое, упорядочивающее. А какая была в 1930-е, в 1940-е боль, когда узнавали о тех, кто только что стал лагерной пылью! И как больно сейчас, когда вот-вот окажется, что мучились они даже ни для чьей

памяти". Потому что "... было бы наивно думать, что фанатики живут только в прошлом .. Они, увы, не достояние истории ночной резни, кровавых погромов и геноцидов прошлого. Они — рядом. Они — здесь. Они — среди нас"<sup>10</sup>.

В Терезине Адлер провёл без малого три года — 32 месяца. Через месяц после прибытия он сказал себе: "Я не выживу здесь. Но если выживу, я опишу это двумя разными способами: в академической манере, оставаясь полностью вне этого, и в стихах. Я действительно так и поступил, что и послужило неким, по крайней мере, оправданием того, что я остался жив в те проклятые годы"<sup>11</sup>. Здесь приводится небольшая часть написанных Адлером в концлагерях стихотворений — два составленных им цикла, обозначающих собой время начала и конца его лагерного пути.

*Виктор Каган*

## Терезинские зарисовки 1942

*Гордыня наказывает сама себя —  
она казнит и разрушает*

### Мельница мертвецов

В жерновах мельницы мертвецов  
Ошмётки горелой человечины  
Гниение скрюченной плоти  
Кишками наизнанку  
топорщится месиво тел  
в зловонном провале земной утробы  
среди дотлевающего в пыли и копоти  
бытия

Безумный вой  
захлестнутых бредом блуждающих душ  
вспарывает заплаты надежды  
на рушище  
исчезающего в пасти вечности  
дня  
Осыпается с решёток крошево рук  
голодная жажда  
лижет соль каменеющих слёз  
потухшие взгляды лопаются

Не успев вылететь из глаз  
белая пелена страха  
на зеркалах  
запавших щёк  
и деревенеющих губ  
Жалкие обломки судеб  
испускают измученный дух  
крик задыхается  
и возвращается в прах

23.3.1942

### Прибытие

Разрываемое страхом  
подгоняемое ударами и пинками  
бесформенное месиво человечьего стада  
шатаясь  
Оползает в тьму и прах  
тяжесть неволи  
пригибает к земле  
сдавленные голоса  
Набрякшие чугунной немотой ноги  
подламываются на краю  
расплывчатой могилы  
под бичами проклятий  
с разъеденными жаждой губами

Адлер Х. Г. Терезиенштадт. 1941–1945. Лицо принуждённой общности (с некоторыми сокращениями). Пер. с нем. Е. Захарина. СПб.: ООО "Диада-СПб. 2013. Это первая часть книги Адлера и вышла она тиражом всего 100 экз.

Михаил Марголин. Образцовый концлагерь, Мы здесь, № 424. <http://www.newswe.com/index.php?go=Pages&in=view&id=6554>)

<sup>9</sup> Л. Лурье Эл.источник — [http://www.sobaka.ru/city/society/97830?fbclid=IwAR0HBaONmgqOlOhgLLS\\_sxC3aYCEqDGk2M2rb6d4u9wuPMfc-n2y02kUQjg](http://www.sobaka.ru/city/society/97830?fbclid=IwAR0HBaONmgqOlOhgLLS_sxC3aYCEqDGk2M2rb6d4u9wuPMfc-n2y02kUQjg)

<sup>10</sup> А. Асмолов Школа жизни с непохожими людьми. Нац. Психол. Журн., № 2, 2011, с. 2.

<sup>11</sup> P. Filkins, с. 111.

Истерзанные  
замысленной над ними враждой  
убогие тени людей  
тащат свои жалкие пожитки  
схваченные верёвками безнадёжных надежд  
и валятся под грузом их ненужности  
Спотыкаясь на гримасах хихикающей мостовой  
затравленные шаги  
разбредаются по дырам бараков  
щупальца смерти жнут урожай жизни  
словно соломенную сечку

5.7.1942

**Танец мертвецов**

Загнанные в клетки  
заляпанные дерьмом  
тела  
с измученными лицами  
копошатся в давке  
Каша разваренной нужды  
из застывших взглядов  
и вялых  
безумно скалящихся рыл  
змеятся  
жадно разинутые  
навстречу холодному блеску ночи  
крики  
Мерзко торчит  
бездобразный череп размером с тень  
и горланит свою истощенную песню  
глухим стенам  
затхлая гниль  
протянутыми костлявыми руками  
вспарывает тошнотворную наготу мучителя  
рассеивается туманом  
среди ползущих  
увядших выдубленных истерзанных  
живых трупов  
В воздухе  
носится  
грязная брань  
оседающая  
на немощи и скрипучих костылях  
ядовитые раздирающие уши  
проклятия  
беснуются среди вони  
и орут во всю глотку  
в сущем ногами экстазе  
давящий удущливый танец  
в ночи и смерти  
превращает людей  
в подонков  
в дермо

2.7.1942

**Смерть и жизнь**

**Оглянись на себя**

Растоптанный и уничтоженный  
оглянись на себя  
ты затерявшийся в смерти  
что злобно травит тебя  
хозяин ли ты своей жизни  
ты не идёшь на свет мечты  
ты гнусный комок  
обречённой на гибель слизи  
вся вселенная против тебя

Вселенная  
высосала тебя и выбросила  
глухое безумие ослепило тебя  
бог  
а что бог  
ты от него далёк  
ты не владыка мира  
пути к богу давно нет  
грязная щепка в буре  
ты стынешь в кулаке дьявола  
без родины без приюта  
Оглянись на себя  
сколько ни утешайся  
ты озверевший зверь ненависти  
боже мой  
что они с тобой сделали  
брошенная в лоно пропасти  
ночь  
глотает тебя  
и тьма  
безмерна и нескончаема

19.12.1944

**Козёл отпущения**

Когда-то я был человеком  
теперь я вина  
современник давящегося стоном  
тысячелетнего преступления  
сказки о его милосердии уже не для меня  
но я давно не ответчик  
за чёрные оргии злодеев  
я сотворил своё время  
обрёл терпение  
и буду отмщён за ненависть врагов  
Заклятая безумием тщета приговора  
не может заковать меня в свои цепи  
я чужд их грехам  
но они отвернутся  
едва меня охватит шорох огня  
меня поглотит песок пустыни  
но я понесу груз тысячелетия  
и да воздаст мне эту честь  
даруемое Богом спасение

19.3.1945

## НЕКРОЛОГИ

---

### Устинов Алексей Григорьевич 23.01.1980 – 30.04.2019



Есть люди, чье незаурядное достоинство, вкладываемое в повседневные будничные дела своей профессии, создают для всех твердь под ногами. Таким был Алексей Григорьевич Устинов.

Он родился в селе Новое Село, Барятинского района Калужской области. В 1987 году семья переехала в г. Веря Наро-Фоминского р-на Московской области. В 1997 году с серебряной медалью закончил школу и поступил в Московский юридический институт. В 2005 г. закончил его с красным дипломом. Очень много читал, занимался спортом, состоял в команде по регби г. Веря. Однако уже на 5-ом курсе заболел, воспалились все суставы, лечился везде, где можно: в Институте ревматологии, и в Институте им. Сеченова, и во многих других медицинских учреждениях. Определили болезнь Бехтерева.

Но в каком бы состоянии не находился, он постоянно писал, читал, был в курсе всех новостей и законов. Люди обращались к нему за помощью, и он старался всем помочь, писал иски по пенсиям, по земле и многим другим вопросам. И люди выигрывали суды. У него было очень много друзей, и с каждым он находил время побеседовать, даже уже в тяжелом состоянии.

На нас смотрит его открытое честное доброе лицо. Он очень не хотел умирать. Родные использовали все, что могли, но медицина оказалась бессильна.

Неуклонно надвигавшаяся болезнь все сильнее скрючивала его, но он мужественно сопротивлялся. Он появился на форуме НПА совершенно неожиданно для нас и вскоре занял там лидирующее положение, а потом и вовсе превратился в его ведущего. Поражали его обширные знания, аналитический склад ума, умение общаться с людьми, легкое перо и многое-многое другое. В течение 4 лет, вопреки своему отчаянному состоянию, он вел юридический форум на сайте НПА России и частично на страницах Независимого психиатрического журнала, необыкновенно живо и на самом высоком уровне комментируя дискуссионные юридические коллизии под светлым звонким псевдонимом Джульермо Марикото. Мы не могли найти ему замену и в какой-то момент пришлось закрыть форум. Однако до сих пор люди вспоминают его и присыпают слова благодарности за оказанную помощь.

Достойный и незабываемый пример для всех нас.

Ю. С. Савенко, Л. Н. Виноградова

## ПАМЯТИ МАРИКОТО

30 апреля не стало друга, коллеги, профессионала, человека неизмеримого мужества. Ему не было и сорока. Но по своим мужским качествам, уровню духовной и интеллектуальной зрелости он казался старше своих лет, был далеко впереди иных.

Мы никогда не встречались. Был против он. Мы вели активную переписку, обсуждали всё... Откровенно. И общественное и сугубо личное, сокровенное.

Он испытывал немыслимые физические страдания, и то, как он их описывал, разрывало душу. Несмотря ни на что, он молниеносно отзывался на всё, что требовало выработки решения, мозгового штурма, применения знаний и правового мышления.

Он эмоционально насыщенно и тонко реагировал на мои рассказы и фотографии подводного мира. "Со-зердание этой неописуемой красоты заряжает меня

желанием жить!" — писал он. Океан его завораживал и манил, он считал его неизученной вселенной. Относился к погружению в пучину, как к танцу с морем, приобщению к таинству посвящения, приобретению уникальных переживаний. Упомянул как-то о сходстве состава морской воды с человеческой кровью.

У него было еще столько возможностей реализовать себя... Многим помочь, защитить. Он мог получить учёную степень. Материалы из Архива Форума НПА еще долго будут служить для специалистов и простых граждан руководством к действию. И, наконец, он мог побывать на море, которого ни разу не видел воочию.

Уход Алексея Григорьевича — мое большое личное горе.

Выражение, что уходят лучшие, — это про него.

Ю. Н. Аргунова

## 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

## Евгений Владимирович Витковский

18.06.1950 – 03.03.2020



*...и в душу мысль печально запихай,  
что справа морг, а слева вертухай,  
и битый купидончик посредине.*

E.B.

Евгений Витковский — известный поэт-переводчик, поэт и писатель-фантаст, литературовед и издатель, первооткрыватель для всех нас новых имен и горизонтов.

Потомок обрусевших немцев, владевших в Москве картонажной фабрикой. Поэтому детство провёл в Сибири, Средней Азии и Западной Украине; среднюю школу окончил в 1967 году в Каменец-Подольском. В 1967 – 1971 гг. учился в МГУ на искусствоведческом отделении, затем ушёл в академический отпуск, из которого не вернулся, занявшись одновременно литературой и диссидентской деятельностью. Участник литературной студии “Луч” Игоря Волгина. До отмены в СССР цензуры мог печататься только как поэт-переводчик. В разные годы опубликовал множество поэтических переложений с английского (К. Смарт, Д. Мильтон, Р. Саути, Д. Китс, О. Уайлд, Р. Киплинг), немецкого (Р. М. Рильке, Т. Крамер), французского (А. Рембо, П. Валери), нидерландского (Й. ван ден Вондел, К. Хейгенс), португальского (Л. де Камоэнс, Ф. Пессоа), гэльского (Д. Б. Макинтайр, Й. Маклин) и других языков. В XXI веке почти всё своё время посвятил изучению, переводу и распространению в России шотландской поэзии, созданной на англо-шотландском (scots) и гэльском языках; составленные Витковским книги Роберта Бернса за последние двадцать лет выходили шесть раз.

В 1990-е годы занимался преимущественно литературоведением. Подготовил к печати и издал четырёхтомную антологию поэзии русского зарубежья “Мы жили тогда на планете другой”, трёхтомное собрание сочинений Георгия Иванова, двухтомник Ива-

на Елагина, собрание сочинений Арсения Несмелова, антологию “Евреи и Россия в современной поэзии” и многое другое. Многократно выступал как составитель, редактор и комментатор изданий зарубежных поэтов — Ш. Бодлера, А. Рембо, О. Уайлда, Р. Бернса, Р. Киплинга, М. Роллина и других авторов.

На рубеже веков начал публиковаться как писатель-фантаст. Трёхтомный роман “Павел II” (об альтернативной вселенной, в которой в 1981 году была восстановлена монархия) увидел свет в 2000 году, его продолжение — “Земля святого Витта” — в 2001, очередное продолжение — “Чертовар” — в 2007 году. Два последних романа вошли в шорт-листы номинаций на одну из наиболее престижных премий в области фантастической прозы в России — “Международную литературную премию имени А. и Б. Стругацких”. В 2017 г. издан очередной роман, продолжение того же цикла: “Протей”, одновременно в жанрах альтернативной истории и магического реализма; сюжет доведён до 2011 года, когда история совершаает очередной вираж. В основу романа “Александрит” положены обросшие легендами факты перезахоронения летом 1931 года Николая Гоголя.

В 2003 года создал уникальный сайт “Век перевода” ([www.vekpererevoda.com](http://www.vekpererevoda.com)), на форуме которого ведутся занятия поэтическим переводом. В 2005 и 2006 году издательством “Водолей Publishers” по материалам сайта изданы антологии русского поэтического перевода XXI века “Век перевода”; в 2012 году вышел третий выпуск.

В разное время был главным редактором нескольких издательств.

## Евгений Владимирович Витковский

Лауреат нескольких международных премий, в том числе премии “Серебряный век” за 2014 год, а также золотой медали имени Бальмонта за 2016, эксперт Союза переводчиков России, член Союза писателей с 1983 года. Учителями в поэтическом творчестве называл Аркадия Штейнберга и Сергея Петрова.

Умер 3 февраля 2020 г.: не удалось вывести из наркоза после операции. Прощание и отпевание прошло 6 февраля в храме Косьмы и Дамиана в Шубине (против Моссовета).

\* \* \*

Зная Женю полвека, с конца 70-х годов, как фантастически широко и глубоко образованного человека, знатоком живописи и антиквариата, каким литературоведом, лектором, чтецом, рассказчиком, превращавшим общение с ним в такое увлекательное расширение горизонта и такую заразительность творческого подъема, что остается только сокрушаться о редкости встреч, о невосполнимости дружеских отношений... Как скучеет мир без таких людей.

Независимый психиатрический журнал печатал стихи Евгения Витковского, имеющие отношение к нашей профессии (2016, 3, 80 – 81; 2018, 4, 97 – 98).

Ю. С. Савенко

Для меня была драгоценным подарком встреча и дружба с ним. Сказать о нём подвижник — не сказать почти ничего. Можно было бы сказать, что он сжигал себя в работе, если бы он не жил этим огнём. Можно сказать, что он человек талантливый, но и талантывает флюсу подобен, а он был полифоничен и многомерен, как мало кто из людей, которых мне пришлось знать. Можно сказать, что он был человеком чрезвычайно эрудированным, но, если учесть, как часто эрудиция лишь “пыль, вытряхнутая из книг в пустой че-

реп” (Амброз Пирс), точнее будет сказать, что был энциклопедичен. Он был из породы настоящих интеллигентов в том смысле, в каком сказал об интеллигенте Алексей Симонов: “... это человек, чей гуманизм (т.е., уважение к инакомыслию, инакочувствию и инакобытию) шире, чем его собственные убеждения”. Такие люди часто кажутся беззащитными неудачниками тем, кто живёт в логике “если ты такой умный, то почему ты такой бедный?”. Но Евгений был человеком с редкой прочности внутренним стержнем и умел быть буристым, когда речь шла о принципиальных для него вещах, даже если они проявлялись во вроде бы мелочах. Он не был физически здоровым человеком, но его работоспособности могли позавидовать многие здоровья. Он отдавал себе отчёт в масштабах того, что делал, и знал себе цену, но был органически чужд козырянию ею и любви к тусовочно-наградным бирюлькам. С ним было легко и просто — человеческое не заслонялось профессиональным, а проявлялось в нём.

В. Е. Каган

## Забытым и неизвестным поэтам

Давно забытого поэта  
давно забытые стихи —  
в них украшают прелест лета  
веночки милой чепухи,  
любовь и кровь, и осень — просинь,  
и непременная тоска...  
Он до оскомины несносен.  
Но вдруг откроется строка  
скупым цветком чертополоха,  
колючкой с ярким хохолком  
и в строчке этой вся эпоха,  
вся боль и страсть одним мазком,  
весь мир в одной короткой строчке,  
вся жизнь до капельки, до точки —  
в неё, а прочее пустяк.  
А звали как?  
Да... звали как?

В.Е.К.

## РЕКОМЕНДАЦИИ

---

---

- Эко Умберто.* От древа к лабиринту. Исторические исследования знака и интерпретации. — М., 2016  
*Хакинг Ян.* Почему вообще существует философия математики. — М., 2020  
*Фукуяма Фрэнсис.* Идентичность. Стремление к признанию и политика неприятия. — М., 2019  
*Уакс Реймонд.* Философия права. Краткое введение. — М., 2020  
*Фридман Дэвид.* Порядок в праве. Какое отношение экономика имеет к праву и почему это важно. — М., 2017

\* \* \*

- Кропоткин П. А.* Речи бунтовщика. — М., 2019  
*Дрейпер Хэл.* Две души социализма. — М., 2016  
*Хомский Ноам.* Кто правит миром? — М., 2019  
*Архангельский А.* История жизни Теодора Шанина, рассказанная им самим. — М., 2020  
*Патрик Д.* (ред.). Пятьдесят современных мыслителей об образовании. В двух книгах. — М., 2019

\* \* \*

- Гириш Клиффорд.* Глубокая игра: заметки о петушиных боях у балийцев. — М., 2017  
*Даудна Д., Стенберг С.* Трещина в мироздании. Редактирование генома. — М., 2019  
*Углов Федор.* Советы 100-летнего хирурга. — М., 2019  
*Берту Э., Элдеркин С.* Книга как лекарство. — М., 2018  
*Шталь С.* Ребенок в тебе должен обрести дом. — М., 2019

\* \* \*

- Трубецкая Елена.* “Новое зрение”: болезнь как прием остранения в русской литературе XX века. — М., 2019  
*Гундольф Фридрих.* Георге. — СПб., 2019  
*Бергман Ингмар.* Laterna magica. — М., 2019  
*Стругацкие Аркадий и Борис.* Комментарии к пройдённому. — М., 2019

\* \* \*

- Клейн Л. С.* “Илиада”. Эпос и история. — СПб., 2019  
*Во Александр.* Дом Витгенштейнов. М., 2020  
*Рем Түре.* Кнут Гамсун. Визит к Гитлеру. — М., 2019  
*Рикс Томас.* Черчилль и Оруэлл. Битва за Европу. — М., 2019  
*Пленков О. Ю.* Что осталось от Гитлера? Историческая вина и политическое покаяние Германии. — СПб., 2019  
*Щербинина Ю.* Злоречие. Иллюстрированная история. — М., 2019

\* \* \*

- Дальхауз Карл.* Избранные труды по истории и теории музыки. - М., 2020  
*Гомбрихт Эрнст.* Тени в западном искусстве. — М., 2019  
*Моррис Десмонд.* Язык тела. Позы и жесты в искусстве. — М., 2020

# ABSTRACTS

---

---

## On the theory of psychiatry

### Part 3. Going forward, you need to look back constantly

*Yu. S. Savenko*

The author sets out some concepts of environmental, historical and linguistic anthropology, which are one-ranked with psychiatry and can be used as scaffolding in the theory of psychiatry. It is shown that, unlike single-layer sciences, which have their own subject bases, the sections of anthropology have one common subject base. Students get acquainted separately with psychology as a single-layer science and separately with psychiatry, while the anthropology of a normal healthy person commensurate with psychiatry completely disappears, which leads to a mixture of psychopathological and pathopsychological concepts because of their homonymy and mistakenly correlates psychiatry with psychology rather than anthropology.

**Keywords:** theory of psychiatry, anthropology and psychiatry, anthropology and psychology, anthropology and classification of sciences, training in anthropology, trainings for psychiatrists.

## Degrading and insulting human dignity as a common mental and moral trauma affecting mental health

*Yu. I. Polishchuk*

The article considers numerous cases of humiliation and insult to human dignity in everyday life, damaging the mental state and personality of a person. Special attention is paid to this issue in relation to older people, including those with mental disorders. The negative effect of excessive and aggressive television advertising on the personal

dignity is shown. Further humanization of medicine requires increased attention to the spiritual sphere of a person and the dignity of his personality.

**Keywords:** human dignity, cruelty and violence, the influence of television advertising, humanization of medicine.

## Medical and non-medical use of bupropion (review of literature)

*S. A. Igumnov, N. V. Sobolev*

The article discusses the features of the chemical structure, the history of creation, clinical indications, side effects, the possibility of abuse and development of dependence when using the drug bupropion. Legal aspects of its application and cases from criminal practice are discussed.

**Keywords:** bupropion, history of bupropion, indications for the use of bupropion, the risk of abuse of bupropion.

## Appeal against the establishment of dispensary observation judicially

*Yu. N. Argunova*

The article discusses the rules on the procedure for the establishment and termination of clinical supervision, as well as judicial practice in cases of appeal against being under medical supervision. Recommendations are given aimed at avoiding common mistakes in protecting citizens of their interests. The judicial prospect of satisfying claims of citizens is analyzed. The legal consequences of court decisions are considered.

**Keywords:** dispensary observation.