

ISSN 1028-8554

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

**НЕЗАВИСИМЫЙ
ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ**

**INDEPENDENT
PSYCHIATRIC
JOURNAL**

**ВЕСТНИК НПА
IPA HERALD**

II

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 17.06.2020. Подписано в печать 25.06.2020. Формат 60×84 $\frac{1}{8}$.

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

Заказ № 2020-2-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

| | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----|
| К 150-летию ФЕДОРА ЕГОРОВИЧА РЫБАКОВА | 5 | |
| 100-летие МОСКОВСКОГО НИИ ПСИХИАТРИИ. ВЗЛЕТЫ И ПАДЕНИЯ | 7 | |
| АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ | | |
| Неомрачаемость при маниакальном синдроме как диагностический критерий фазной мании — Б. В. Воронков (СПб) | 10 | |
| К теории психиатрии. Идя вперед, нужно постоянно оглядываться назад (часть 4) — Ю. С. Савенко | 11 | |
| Соотношение использования высоких технологий при лечении инсультов и деменции — И. М. Беккер (Набережные Челны) | 17 | |
| Современный взгляд на формирование трансгендерности и диагностику гендерной дисфории (обзор) — А. Ю. Герман, И. В. Кириллов (Барнаул) | 20 | |
| КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ | | |
| Употребление психостимуляторов, затрудняющее диагностику параноидной шизофрении — А. А. Шмилович, Н. В. Пышкина | 24 | |
| ПСИХИАТРИЯ И ПРАВО | | |
| Всегда ли адвокат вправе обжаловать признание своего доверителя недееспособным? — Ю. Н. Аргунова | 44 | |
| ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА | | |
| Шаманские угрозы изгнать “злой дух Путина” приравнены к непосредственной опасности | 51 | |
| Отстаивание шаблонных решений СПЭ вместо судьбы человека | 55 | |
| ПСИХОТЕРАПИЯ | | |
| XXV Консторумские чтения: “Психотерапия — вчера, сегодня, завтра” (часть 2) | 60 | |
| ОБСУЖДЕНИЯ, ОТКЛИКИ, ДИСКУССИИ | | |
| Психиатрия Гения места — Е. Б. Любов. | 68 | |
| Чрезвычайщина вместо ЧП — Лев Левинсон | 77 | |
| ДОКУМЕНТЫ ВРЕМЕНИ | | |
| Надо ли отказаться от термина “шизофрения”? | 80 | |
| ИСТОРИЯ | | |
| Структура Московского института психиатрии в разные эпохи. | 81 | |
| К 70-летию уничтожения Еврейского антифашистского комитета | 83 | |
| ИЗ ПРАКТИКИ | | |
| Принудительные меры медицинского характера — лечение или дезадаптация? — Л. Н. Виноградова | 84 | |
| ХРОНИКА | | |
| Опять политика возобладала над медициной | 87 | |
| Оптимизация продолжается | 87 | |
| Лицо нашего руководства | 88 | |
| 15 апреля 2020 г. | 88 | |
| Венецианская комиссия проверит Конституцию РФ | 89 | |
| Серия вебинаров по мониторингу прав пациентов | 89 | |
| Пятые Абрамкинские чтения | 92 | |
| ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ТВОРЧЕСТВО | | |
| К 100-летию великой поэмы Переца Маркиша | 93 | |
| НЕКРОЛОГИ | | |
| Андрей Иванович Воробьев | 96 | |
| Сергей Мохнаткин | 98 | |
| РЕКОМЕНДАЦИИ | | 99 |
| АННОТАЦИИ | 100 | |

CONTENT

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| TO THE 150TH ANNIVERSARY OF FEDOR EGOROVICH RYBAKOV | 5 |
| 100-TH ANNIVERSARY OF THE MOSCOW RESEARCH INSTITUTE OF PSYCHIATRY. | |
| UPS AND DOWNS | 7 |
| URGENT PROBLEMS OF PSYCHIATRY | |
| Inability to grieve at a maniacal syndrome as a diagnostic criterion of phase mania | |
| — B. V. Voronkov (St. Petersburg) | 10 |
| To the theory of psychiatry. Going forward, you need to constantly look back (part 4) | |
| — Yu. S. Savenko | 11 |
| The ratio of the use of high technology in the treatment of strokes and dementia. Observe case | |
| — I. M. Becker (Naberezhnye Chelny) | 17 |
| A modern view on transgender and the diagnosis of gender dysphoria (review) | |
| — A. Yu. German, I. V. Kirillov (Barnaul) | 20 |
| DISCUSSION OF A CLINICAL CASE | |
| The use of psychostimulants, which complicates the diagnosis of paranoid schizophrenia | |
| — A. A. Shmilovich, N. V. Pyshkina | 24 |
| PSYCHIATRY AND LAW | |
| Does a lawyer always have the right to appeal against the recognition of his client as legally incompetent? — Yu. N. Argunova | 44 |
| FFROM AN EXPERT'S DOSSIER | |
| Shamanistic threats to expel “evil spirit of Putin” are equated with immediate danger | 51 |
| Upholding the standard decisions of the forensic psychiatric examination instead of the fate of man | 55 |
| PSYCHOTHERAPY | |
| XXV Konstorum readings: “Psychotherapy — yesterday, today, tomorrow” (part 2) | 60 |
| DISCUSSIONS, RESPONSES, DEBATE | |
| “Genius loci” psychiatry — E. B. Lyubov | 68 |
| Extraordinary instead of state of emergency — Lev Levinson | 77 |
| DOCUMENTS OF EPOCH | |
| Should the term “schizophrenia” be abandoned? | 80 |
| HISTORY | |
| The structure of the Moscow Institute of Psychiatry in different eras | 81 |
| To the 70th Anniversary of the Destruction of the Jewish Anti-Fascist Committee | 83 |
| FROM PRACTICE | |
| Compulsory medical measures — treatment or maladaptation? — L. N. Vinogradova | 84 |
| CHRONICLE | |
| Again politics prevailed over medicine | 87 |
| Optimization continues | 87 |
| The face of our leadership | 88 |
| April 15, 2020 | 88 |
| The Venice Commission will check the Constitution of the Russian Federation | 89 |
| Series of the patient rights monitoring webinars | 89 |
| Fifth Abramkin Readings | 92 |
| PSYCHOPATOLOGY AND CREATIVENESS | |
| To the 100th anniversary of the great poem of Peretz Markish | 93 |
| OBITUARY | |
| Andrey Ivanovich Vorobyev | 96 |
| Sergey Mokhnatkin | 98 |
| RECOMMENDATIONS | |
| ABSTRACTS | 99 |
| | 100 |

К 150-летию ФЕДОРА ЕГОРОВИЧА РЫБАКОВА



Федор Егорович Рыбаков (1868 – 1920) ученик С. С. Корсакова и В. П. Сербского, внес выдающийся вклад в экспериментально-психологическое исследование личности. Система исследований, изложенная в его знаменитом атласе 1910 года, получила международную известность.

Будучи еще ординатором у С. С. Корсакова (1895 – 98 гг.), Рыбаков организовал амбулаторию для лечения гипнозом больных алкоголизмом, которой руководил до 1911 г., а в 1899 г. защищает докторскую диссертацию, посвященную нейропатогистологии при свинцовых параличах у экспериментальных животных. С 1900 г. он ассистент, а с 1908 г. приват-доцент клиники и читает курс гипнотизма и физиологической психологии.

В этот период он вносит значительный вклад в проблемы алкоголизма двумя своими выступлениями на IX Пироговском съезде (1904): об **организации амбулаторий для алкоголиков** и о принудительном помещении их в лечебницы. Характерна его позиция в отношении законопроекта о принудительном лечении алкоголиков: **“ни один врач не вправе брать на себя выполнение полицейских обязанностей, хотя бы они и были построены на принципах гуманности...”**. Он указывает на значительно лучшие результаты амбулаторного лечения алкоголиков, тогда как изоляция на срок менее года вообще не имеет смысла. Соответственно положениям Рыбакова, Пироговский съезд принял резолюцию, согласно которой «принудительное лечение алкоголиков, как и принудитель-

ное лечение вообще, не соответствует принципам общественной медицины». Рыбаков пишет также ряд работ о принципах лечения алкоголизма, гипнотерапии и т.д.

В монографии “Душевные расстройства в связи с последними политическими событиями” (1906), описывая и сами события: черносотенные погромы и избиения, расстрел казаками мирной демонстрации 20.10.1905 г. при похоронах Баумана и т.д., он отмечает интересную закономерность: “лица, участвовавшие в политическом движении пассивно, заболевали гораздо чаще, чем лица, принимавшие непосредственное живое участие в этом движении”. Но его тезис, что революционные события способствуют психическим заболеваниям, резко критиковал А. Н. Бернштейн. В работе 1908 г., посвященной художественной литературе 1906 – 1907 годов, Рыбаков отмечал засилье в ней патологических типов, которым место в санатории или психиатрической больнице, и “отсутствие идейности”.

С 1907 г. Рыбаков возглавляет психологическую лабораторию клиники и начинает курс из 18 практических занятий по экспериментальной психологии. С этого времени всем больным проводится ассоциативный эксперимент Юнга. В 1910 г. Рыбаков выпускает “Атлас экспериментально-психологического исследования личности... для педагогического и врачебно-диагностического использования” — один из лучших в мире по продуманности и систематичности знаний, в значительной мере оригинальных, особенно в отношении исследований эмоций и воображения. Одно из них, так наз. **“пятна Рыбакова”**, сделало его общепризнанным предтечей знаменитого теста **Роршаха**, был также разработан оригинальный прибор для исследования памяти на цвета и оттенки. В 1910 г. Рыбаков, совместно с Г. И. Россолимо и А. Н. Бернштейном организовал Общество экспериментальной психологии. Введение тестов вызвало серьезное неприятие как возможность подмены клинического метода, тогда как “тесты не выявляют то, на что они направлены”.

В 1911 г. большинство ученых покинуло университет в знак протesta против реформы Л. А. Кассо, ущемившей свободы Московского университета. Особенно резко сделал это В. П. Сербский. Но если за В. К. Ротом последовал его приват-доцент Г. И. Россолимо, то Рыбаков, наоборот, остался и занял кафедру, в силу чего она бойкотировалась до 1917 г. журналистами, съездами и Обществом невропатологов и психиатров. Он не участвовал ни в съезде Союза психиатров, ни в Международной конференции по при-

К 150-летию Федора Егоровича Рыбакова

зрению душевнобольных в Москве в 1903 г. Это обстоятельство послужило причиной очень скучных упоминаний о нем в нашей литературе, несмотря на прогрессивный характер его деятельности как до, так и после 1911 г., а также совсем иное отношение к нему после 1917 г. непосредственных современников, в частности, А. Н. Бернштейна и А. В. Луначарского. Заведя кафедрой, Рыбаков продолжал традиции С. С. Корсакова. **При нем принцип “не斯特еснения” достиг своей кульминации:** во всех отделениях была введена система “открытых дверей” и со всех окон сняты решетки. Уничтожение этих атрибутов тюремного заключения привело почти к полному прекращению случаев острого возбуждения, битья стекол, попыток побега.

Рыбаков разработал подробные инструкции и форму **журнала записей персонала**, с тех пор только упрощавшуюся, ввел систему докладов оочных дежурствах и т.д. С 1912 г. все поступающие больные исследовались психологически по его атласу, причем результаты изображались графически по особым правилам, позволявшим давать количественную оценку. В результате **на каждого больного вычерчивался характерный профиль**. При нем были организованы химическая лаборатория и психотерапевтический кабинет. Большое внимание Рыбаков уделял трудтерапии и терапии искусством. С 1921 г. с большим успехом применялись рисование и чеканка по металлу.

К 25-летию клиники (1912) Рыбаков всесторонне проанализировал прошедших за эти годы через клинику больных и описал некоторые взаимоотношения возраста и пола с различными психозами. Каждая болезнь, согласно Рыбакову, имеет как бы излюбленный возраст. Им были также описаны различные этапы диагностирования психозов, отразившие борьбу различных школ и постепенное возрастание влияния Крепелина. В 1913 – 1916 гг. Рыбаков выпускает три сборника трудов, в которых помещает ряд своих ori-

гинальных работ, вышедших и отдельными монографиями. Это “Циклофрения” (1914), “Влияние культуры и цивилизации на душевные расстройства” (1914), где доказывалось, что культура формирует духовную личность человека, предохраняя тем самым от целого ряда нервно-психических заболеваний. Возрастание же некоторых из них связано не с самой культурой, а с некоторыми ее ненормальными “побочными продуктами”, такими как скученность населения, сифилис, алкоголизм и т.д. В 1916 г. Рыбаков публикует свою “Классификацию душевных болезней”, двумя изданиями выходит его учебник “Душевных болезней” (1916 – 1917 гг.).

Для характеристики Рыбакова знаменательно, что в период эмиграции, невозвращенства, массового бойкота правой профессурой советских учреждений, он передал в дар Народному Комиссариату Просвещения свой богатейший музей и библиотеку, а спустя год декретом Луначарского назначен директором Московского психоневрологического института.

150-летие Александра Николаевича Бернштейна

Александр Николаевич Бернштейн (1870 – 1922) — это последний из ближайших учеников С. С. Корсакова, развивший оригинальное направление в психиатрии — получившую международную известность “систему психологических экспериментов” (1908). Его выдающемуся вкладу посвящена в нашем журнале статья “Столетие окончательного утверждения нозологического направления в отечественной психиатрии — “Клинические лекции о душевных болезнях” Николая Александровича Бернштейна” (НПЖ, 2012, 3, с. 5 – 7).

100 лет Московскому институту психиатрии

Взлеты и падения

История Московского НИИ психиатрии — зеркало истории отечественной психиатрии и отражение истории нашей страны.

100-летие Московского института психиатрии — 16.03.2020 — пришлось на время пандемии коронавируса, как бы символизируя изломанную историю, драматизм которой только оттеняет его выдающиеся вклады. Наивно-примитивная традиция — писать юбилейные статьи в духе мифологизации всей истории.

Московский институт психиатрии возник в условиях гражданской войны, эпидемий и голода 1918 – 1922 годов, унесшего более пяти миллионов жизней. “Фантастическое повышение смертности среди ученых, которые, — по воспоминаниям Леонида Сабанеева — начали мереть с голоду как кролики, в частности, когда умер от истощения создатель нашей авиации академик Н. Е. Жуковский”, заставило ввести академические пайки пяти категорий¹.

Профессор Ф. Е. Рыбаков, которого Февральская революция устранила с кафедры психиатрии Московского университета, видимо, чтобы выжить, подарил в 1919 г. свою библиотеку и музей Наркомпросу РСФСР и был назначен руководителем Совета музея. 16 марта 1920 г. музей был реорганизован в Московский психоневрологический институт Наркомпроса РСФСР. Статус Института был получен Вильгельмом Крамером — выдающимся невропатологом, лечащим врачом Ленина, добившимся создания Института. Крамер был научным руководителем Института и заведующим неврологическим отделом. Виртуоз топической диагностики, без которого Н. Н. Бурденко не делал ни одной операции, он был создателем с ним и нейрохирургического института. Когда в 1935 г. Крамер умер, Институт психиатрии получил его имя, утвержденное в результате полной реорганизации 1938 – 40 гг. Но и слово “психопрофилактика” было устранено из названия Института, а “психигиена” снято из названия Корсаковского журнала.

Первые директора Института — Ф. Е. Рыбаков и А. Н. Бернштейн, оба сотрудники В. П. Сербского и выдающиеся психиатры, умерли 52-летними: Рыбаков спустя месяц, а Бернштейн — полтора года директорства. В апреле 1923 г. открылись клиники и Институт перешел в ведение Наркомздрава РСФСР.

Новый директор, “отец русской педологии” А. Н. Нечаев и его зам. В. В. Крамер организовали **Первый всероссийский съезд по психоневрологии**, который сыграл выдающуюся роль в консолидации оставшихся в стране профессионалов и наметил первоочередные направления развития. Знаменательным было выступление Нечаева **против лозунга особой советской науки**. Отставание этой позиции на Втором психоневрологическом съезде в Ленинграде в 1924 г. привело к расформированию Института. Только спустя четыре года, в апреле 1928 г., сохранившийся от Института диспансер стал Государственным научным институтом невропсихиатрической профилактики.

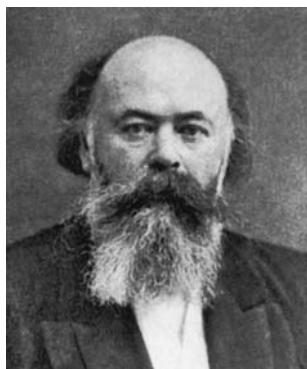
Вся история Института советского периода представляет сокрушительные разгромы всякий раз выдающегося направления отечественной психиатрии: клинико-психологического в 1920 – 22 годы; диспансерно-психопрофилактического направления 1924 – 1936 гг., неврологического или так наз. психоморфологического 1941 – 1951 гг., на которые накладывались разгром генетики с 1938 г., антисемитская кампания с 1948 г. и множество более локальных событий. Д. Е. Мелихову пришлось писать письмо Сталину, чтобы сохранить Институт. Сессия ВАСХНИЛ 1948 г. устранила научных руководителей Института Михаила Осиповича Гуревича и Тихона Ивановича Юдина, а Павловская сессия 1951 г. — Александра Соломоновича Шмарьяна² и еще 20 сотрудников. В 1941 г., когда немцы подошли к Москве, отряды НКВД уничтожили 30 тысяч историй болезни — труд Л. М. Розенштейна и его сотрудников, хранимый для катамнезов “мягкой шизофrenии”. Директора Института Л. М. Розенштейн и В. А. Внуков прожили, соответственно, 49 и 48 лет. Оба подвергались травле.

Среди выдающихся клиницистов довоенной эпохи, кроме его 4-х директоров Бернштейна, Рыбакова, Розенштейна и Внукова, были Т. А. Гейер, А. И. Залманзон и Р. Е. Люстерник, Б. Д. Фридман и Е. Н. Каменева, пионеры психотерапии Ю. В. Каннабих и С. И. Консторум, психоанализа И. Д. Ермаков. Среди структур Института треть составляли различные отделы психогигиены и психологии, среди лабораторий уже были иммунобиологическая, генетическая (С. Н. Давиденков, А. Г. Галачьян), патогистологическая (П. Е. Снесарев, Л. И. Смирнов), патофизиоло-

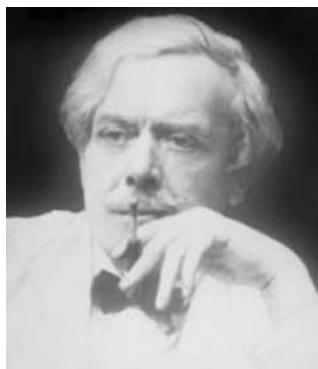
¹ “Воспоминания о России” выдающегося музыкального критика Л. Л. Сабанеева, впервые опубликованные три года назад.

² При том, что он, как топический диагност, заменил для Бурденко Крамера.

Ю. С. Савенко



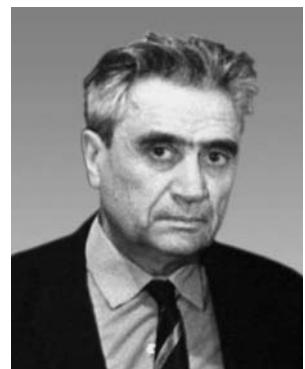
А. Н. Бернштейн



В. В. Крамер



Л. М. Розенштейн



Д. Д. Федотов



Л. Л. Рохлин



А. С. Шмарьян



Д. Е. Мелихов



И. Я. Гурович

тическая (Н. И. Гращенков)³. Здесь начал свою деятельность гениальный Н. А. Бернштейн. На базе Института Розенштейн создал кафедру усовершенствования врачей, через которую прошло 70% психиатров. В 1940 г. в Институт влился городской институт психиатрии им. П. Б. Ганнушкина, в котором работали Артур Кронфельд и М. Я. Серейский, В. М. Морозов, А. В. Снежневский, Г. А. Ротштейн, Р. А. Наджаров, а до своего ареста в 1938 г. Э. Я. Штернберг.

В 1960 – 70-е годы в Институте проводили незабываемые клинические разборы С. Г. Жислин, Г. Е. Сухарева, Л. Л. Рохлин, Д. Е. Мелихов, А. К. Ануфриев. Здесь работал зачинатель экологической психиатрии И. Г. Равкин, и состоялись первые исследования роли радиации Р. Г. Голодец. Многопрофильность Института уберегла его от расширительной диагностики шизофрении. Развитая Л. Л. Рохлиным оригинальная концепция шизофрении опровергает расхожее мнение о “московской шизофренологии”. Институт был фактически центром разносторонних исследований экзогенных и органических психозов, эпилепсии, клиники алкоголизма и алкогольных психозов, воз-

растной, прежде всего, детской психиатрии, достигшей здесь высочайшего уровня. Такой же славой пользовались отделы экспериментальной патопсихологии Б. В. Зейгарник и популяционной генетики В. П. Эфроимсона, исследователи межполушарной асимметрии Т. А. Доброхотова и Н. Н. Брагина, лаборатория медицинской радиологии М. Я. Майзелиса и творческий очень продуктивный коллектив ставшего головным в стране отдела клинической психофармакологии Г. Я. Авруцкого, а также экзотический — лечебного голодания Ю. С. Николаева. В Институте зародились суицидология (А. Г. Амбрумова, В. А. Тихоненко, В. Ф. Войцех), психоэндокринология (А. И. Белкин), сексология (Г. С. Васильченко). Был создан выдающийся центр патологии речи (В. М. Шкловский), воскресивший разгромленный в зародыше А. А. Портновым сходный центр патологии мозгового кровообращения Э. Н. Лerner, когда была погублена уникальная импортная аппаратура, с чего началась тогдашняя оптимизация “чересчур разросшегося” Института: уничтожение лаборатории гематологии и цитогенетики Ю. Л. Шапиро, деструктивная смена руководства патопсихологической, электрофизиологической лаборатории и др. Только бескомпромиссная позиция Л. Л. Рохлина, поднявшее

³ См. структуру Института в разные периоды в разделе “История” в этом выпуске журнала.

го весь коллектив, уберегла от превращения Института в головной по олигофрении, чему Портнов под давлением Снежневского не сопротивлялся. Выдающуюся роль сыграл перевод в 1967 г. “Клинической психиатрии” под ред. Г. Груле и др., выполненный Б. М. Сегалом, и организация им интердисциплинарных связей с академической группой Н. И. Гращенко и с грузинской психологической школой Дмитрия Узгадзе. Здесь работали В. А. Гиляровский, М. О. Гуревич, П. Б. Посвянский, В. М. Банщиков, А. С. Тиганов, Е. С. Ремизова, Н. Ф. Шахматов и др.. Невозможно перечислить всех, достойных упоминания. Но нельзя не воздать должное И. Я. Гуровичу, внесшему в закон о психиатрической помощи статью о Службе защиты прав пациентов, находящихся в психиатрических стационарах, организовавшему журнал “Социальной и клинической психиатрии”, проторявший международные новации организации внебольничной психиатрической помощи, создание клиник первого психотического эпизода и мн.др.

Творческими вершинами Института были лекции А. Н. Бернштейна, утвердившие нозологическое направление в отечественной психиатрии, и эпоха амбулаторно-профилактического направления Льва Марковича Розенштейна, поставившая это направление отечественной психиатрии в первые ряды мировой медицины. Очередной расцвет Института пережил при Дмитрии Дмитриевиче Федотове, выдающемся организаторе и гуманисте, белой вороне, замененной в 1960 г.⁴ А. В. Снежневским на посту директора Академического института психиатрии, а в 1969 г. — противоположным ему по стилю и духу А. А. Портновым. В постсоветское время вершиной была эпоха, когда директора Института В. В. Ковалев и В. Н. Краснов, как и Д. Д. Федотов, были одновременно председателями Российского общества психиатров. На XIII съезде психиатров России в 1995 г. за В. Н. Краснова проголосовал 71 % делегатов, а за Т. Б. Дмитриеву — 29 %, на XIV съезде в 2000 г.

Дмитриева, даже после своего министерского поста, опять уступила Краснову, который до XV съезда в 2010 г. оставался председателем РОП. А в 2018 г., в русле преступной в отношении наших больных и нашей науки “реформы оптимизации здравоохранения”, за два года до юбилея, Институт был ликвидирован как самостоятельное учреждение, хотя имел самые высокие научные показатели. Министр В. И. Скворцова, пригласив Краснова и меня, а потом, выступив перед коллективом Института, погасила естественное возмущение неисполненными обещаниями. Институт — исторический национальный центр всей отечественной психиатрии, через него прошли буквально все известные московские психиатры. Ни одно другое психиатрическое учреждение не имеет более славной истории.

В голодные, но полные энтузиазма 20-е годы, были организованы десятки новых институтов, тогда как золотой дождь нефтедолларов в последние 20 лет сопровождался резким сокращением институтов, больниц, штатов, вульгаризацией клинического мышления и всей системы здравоохранения и образования.

Как автор истории Института к его 50-летию, работавший в архивах и взявший интервью фактически у всех руководителей отделов Института и его ветеранов⁵, а сейчас, видимо, неудобный свидетель, хочу напомнить, что как в дореволюционные, так и в советские времена условия работы были значительно тяжелее, чем сейчас, но это не помешало классикам нашей профессии не только добиться выдающихся достижений, но и стать примером достойного поведения. Более того, — в условиях прессинга люди обнаруживают себя и достигают творческого успеха вопреки препятствиям. Почти все великое — это сверхкомпенсация.

Я не сомневаюсь, что Институт будет восстановлен, как в 20-е годы.

Ю. С. Савенко

⁴ Незадолго до этого комиссия Д. Д. Федотова после проверки Института судебной психиатрии им. В. П. Сербского рекомендовала расформировать его.

⁵ Мне удалось впервые восстановить два первых разгрома Института 1924-го и 1937-го годов, восстановить имена В. В. Крамера и В. А. Внукова, директора Института в 1934 – 37 гг., отсутствующего в 3-х томной “Истории отечественной психиатрии” Ю. А. Александровского 2013 г., разыскать дочь Л. М. Розенштейна и повторить судьбу изгнанников. В розысках материалов о В. А. Внукове большую помощь оказал В. Д. Тополянский.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ

Неомрачаемость при маниакальном синдроме как диагностический критерий фазной мании

Б. В. Воронков (Санкт-Петербург)

Предлагается и обосновывается в качестве патогномоничного, а не заурядного признака психотической мании “неомрачаемость” при ней.

Ключевые слова: маниакальный синдром, фазная мания, психотическая мания, патогномоничный симптом.

Наибольшее значение из психопатологических проявлений депрессивной и маниакальной фаз Крепелин придавал депрессивной и маниакальной триадам.

Депрессивная триада включает в себя сниженное настроение, психическую и двигательную заторможенность. Маниакальную триаду составляют повышенное настроение, психоречевое и двигательное возбуждение.

Несмотря на то, что маниакальная триада внешне выглядит полярной по отношению к депрессивной, не следует видеть в ней лишь зеркальное её отражение. Мания с ее веселой приподнятостью несет иногда в себе нечто привлекающее и заражающее только на первый, “студенческий” взгляд. Ускорение мышления и речевой напор, повышение настроения и готовность обнять мир, на мой взгляд, не имеют главенствующего значения, хотя должны учитываться при анализе симптоматики и, особенно, в процессе дифференциальной диагностики.

Ни классические руководства, ни периодическая печать, за исключением одного-двух упоминаний вскользь, не уделяли серьезного внимания отсутствию ожидаемой реакции на неприятные известия, характерному для маниакальных пациентов. Утрата чуткости и отзывчивости, личностная отчужденность маниакального больного “обесчеловечивают” его в субъективном восприятии окружающих, и причина такой трансформации в том, что в маниакальном состоянии меняется вся система отношений с окружающим миром. Именно неомрачаемость радости, отсутствие адекватной реакции на горестные известия — является сутью и знаком психоза. Это уже не количественные характеристики (ускорение, повышение и пр.), а специфическое изменение аффекта, что, на мой взгляд, уж точно не менее существенно для оценки состояния.

Характерные для фазной мании симптомы второго плана по отношению к маниакальной триаде: гипе-

рективность, отвлекаемость, переживание радости, прилива энергии, склонность к рифмованию и сомнительным шуткам, расширение контактов, в том числе и в связи с утратой чувства дистанции и смущения, конфликтность, сексуальная расторможенность нередко выливаются в асоциальное и антисоциальное поведение.

Вышеназванные проявления маний и гипоманий, зачастую эскортом их сопровождающие, могут встречаться оптом и в рознице и при других расстройствах психики (органического, алкогольного, сифилитического, сосудистого генеза), в картине гебоидности, а также у психически здоровых, в том числе, отдельных психопатических личностей. Радость маниака выходит за рамки как психологической понятности, так и социальной приемлемости. При мании психотическое не в беспринципной эндогенной радости, а в ее неомрачаемости. Это качество маниакального аффекта должно, на мой взгляд, не перечисляться через запятую с другими, вышеобозначенными и не всегда обязательными признаками мании и, что уж совсем плохо, вообще не упоминаться, а считаться, наряду с классической триадой Крепелина, практически патогномоничным её свойством. Неомрачаемость радости, идущая рука об руку с неоткликаемостью на беду, на чужое и собственное горе, — не симптом мании, а прямая демонстрация болезнью последствий “ампутации” души. Общение с маниакальным больным неизменно оставляет впечатление, что он перенес хирургическую эктомию того, что относило его к роду людей. Профессионал феноменологически воспринимает “обесчеловечивание” маниакального больного. Психопатологический анализ при этом занимает подчиненное место или никакого.

Неомрачаемость радости покрыта непроницаемой завесой, вытканной психозом, завесой, которая не оставляет для нас ни единого шанса вчувствоваться в это состояние. Понимая абсурдность высказываний

К теории психиатрии. Идя вперед, нужно постоянно оглядываться назад

больных, к пониманию их переживаний и состояний мы не готовы. На практике имеет место как непонимание пациентом при сохранным разуме и позитивном прошлом опыте своего нынешнего состояния и перспектив, так и невозможность для психиатра проникнуть в мир психотического и понять его. И здесь болезнь показывает себя без посредничества описываемой в учебниках симптоматики.

Я считаю маниакальных больных более личностроеными, нежели находящихся в депрессии, не потому, что, как полагает Г. Вайтбрехт, депрессивный больной “более отзывчив и чуток”, а именно потому, что сутью мании является неомрачаемая ра-

дость и отсутствие адекватной реакции на горестные известия. Неодолимы и непроницаемы стены, выстроенные на психотической основе. И стена, выстроенная маниаком, между собой и миром, едва ли более проницаема, чем выстроенная шизофренией.

Никакие психологизирующие тенденции и никакие психореактивные факторы в возникновении маниакально-депрессивного психоза не участвуют.

В основе эндогенной мании лежит первичное витальное преображение психики, определяющее её недоступность для любых мер психологической коррекции.

К теории психиатрии

Идя вперед, нужно постоянно оглядываться назад

(часть 4)¹

Ю. С. Савенко

В этой четвертой части работы указывается на отсутствие резкого разграничения теории и метода в психиатрии и, таким образом, необходимость говорить о теоретико-методологическом научном подходе на разных уровнях рассмотрения в указываемых граничных условиях. Подчеркиваются типовые ошибки, обесценивающие результаты научных исследований в психиатрии.

Ключевые слова: предмет психиатрии, метод психиатрии, взаимоотношения предмета и метода, виды изоморфизма и психиатрия, метафорический язык в психиатрии, основные ошибки в психиатрии, научность в психиатрии.

“Оптика мышления”

В нескольких предыдущих частях мы эскизно очертили некоторые области антропологии, к которой относится и *психиатрия*, как “патологическая антропология”, тогда как другие медицинские дисциплины принадлежат к прикладным бионаукам. Тем самым все “краевое”, “девиантное”, “иное”, “эксцентричное”, “вызывающее”, “парадоксальное”, “странные”, “нелепое”, “болезненное”, “безумное”, выступающее таковым в различных областях антропологии относят к патологической антропологии, т.е. психиатрии. *Любая дисциплина и профессия конституируется своим предметом, т.е. аспектом рассмотрения определённого объекта, в данном случае, это человек с выраженным необычным самоощущением, самовосприятием, самосознанием и поведением, дезорганизующими его деятельность и/или его микросоциальную среду.*

Подступая к разговору о теории в этих подготовительных очерках, нельзя обойти проблему метода, связи теории и метода психиатрии. Если в одних дисциплинах требуются разработанные специально для них методы и приборы, то в других многие уже существующие методы приобретают специфические черты в результате их использования или, по крайней мере, в результате интерпретации их результатов. Так что один и тот же тестовый материал в руках патопсихолога и психиатра приводят к дополнительным, а не тождественным результатам, что не может быть целиком отнесено за счет разной коммуникации с обоими, хотя этот фактор имеет значительную самостоятельную ценность. Характер использования большинства методов и интерпретация их данных в значительной мере размыают границу между теорией и методом, так как сами теории, часто конкурирующие, выступают в роли методов умственного эксперимента.

Когда спрашивают, в чем состоит *специфический метод психиатрии*, ведь наблюдение, беседа, их описание и сбор дополнительных данных — нечто общее для многих дисциплин и профессий, можно с полным правом ответить: этот метод *внутри нас, это наш кли-*

¹ Начало см. НПЖ 2019, вып. 3, 4; 2020, 1.

нический опыт, это такая индивидуализирующая манера общения с пациентом, которая позволяет получить достаточно полную и многообразную информацию, необходимую для квалификации его состояния, которая, часто очевидная очень быстро, все равно требует непременной перепроверки. Ведь высоко значимо, в какой момент состояния пациента мы с ним общаемся, насколько велико и достоверно наше знание временной развертки этого особого состояния. Таким образом, основным методом оказывается профессионализм самого психиатра, его выучка и опыт, вырабатывающие гибкое в строгих границах критическое оперирование наиболее устоявшимися критериями и категориями. До настоящего времени попытки формализовать на естественно-научный лад процесс диагностики в психиатрии, избавиться от личностного фактора ведут к значительной потере информативности. Естественно, это не касается острых и грубых расстройств, очевидных окружающим. В психиатрии, как и в любой дисциплине и профессии, на каждом уровне есть свое общее и конкретное, свои явления и сущности. Так, психиатрия, как антропологическая дисциплина, является целостно общечеловеческой и вполне целостной на индивидуальном уровне.

Наибольшая изученность морфологии, физиологии, психофизиологии, психологии и кросс-культурологии зрения и его расстройств на этих разных его уровнях делает его наглядным гомологичным примером нашего мышления. Не случайно говорят об “умном глазе”, который сразу схватывает релевантное потребностям и задачам субъекта, обнаруживая заодно его собственные особенности. Действительно, поле зрения, его центрация, отношение фигура/фон, аккомодация, стереоскопичность, восполнение пробелов, разнообразные нормальные позитивные иллюзии (размера, формы, цвета, движения, количества, расстояния, направления и т.п.) гомологичны охвату сканирования (горизонту) мышления, его контекстуальности, четкости, ясности, перспективе, масштабу, всевозможным ошибкам и т.п. В рамках своего предмета (аспекта рассмотрения) можно брать проблемные задачи более узко или широко, более общо или более конкретно, а значит более целостно, не путая “более широко” и “более общо” и мн.др.

Понятие “гомология” обозначает одинаковый план строения, одинаковое происхождение, параллелизм изменчивости (напр., закон гомологических рядов Н. Вавилова), в отличие от “аналогии”, т.е. внешнего сходства, одинаковой функции, копирования по образцу. В математике и математической логике это соответствует одному из ее фундаментальных понятий — понятию “изоморфизма”, т.е. взаимно-однозначному соответствуию двух структур, систем, полей, множеств, совокупностей или их частей, которое было позаимствовано, разумеется, не в столь строгом математическом смысле, а в четко оговоренной семантике своего предмета, физикой, химией, биологией, гештальт-психологией (1920), ставшей одной из

предшественниц общей теории систем, т.е. одной из метатеорий любых дисциплин. Критика использования этого понятия в гештальт-психологии и нейрофизиологии исходила из его буквального понимания как аналогии, копии, тогда как с тех пор стало понятно, что понимать его следует как подобие, например, транспортирование мелодии на другую тональность или другой музыкальный инструмент или перевод с одного языка на другой, и что, скажем, элементы локализации определенных функций могут находиться в разных участках мозга, как и слов в словарях. В результате, начали выделять различные виды изоморфизма, а не только в буквальном смысле слова полной тождественности:

функциональный изоморфизм (функциональная односторонность и коммутативность² отношений сравниваемых систем при условии их однородности);

структурный (гомологичный) изоморфизм (параллелизм определенных закономерностей, напр., психофизический параллелизм);

топологический изоморфизм (гомеоморфизм, т.е. устойчивый к грубым деформациям, как чертеж на растягиваемой резиновой пленке, когда круг может быть гомеоморфен треугольнику). Примером может служить инвариантность индивидуальных особенностей (дерматоглифика, темперамент).

Это отражает грандиозное продвижение возможностей математического моделирования, уже не только морозных узоров, но и динамических систем, процесса завязывания и развязывания узлов и т.п. [1 – 6]. Это укрепляет представление об идеальных типах, как подобия инвариантов разного уровня, позволяя взглянуть на клинические синдромы через призму этих категорий: от типовых масок до типовых нозологий и от них до типовых траекторий психических расстройств.

Схематизм этого упрощённого изложения рассчитан на практических врачей, не математиков, но переходит к ним мост, так же как Ясперс существенно упростил феноменологический метод Гуссерля, что только и позволило ввести его в клиническую практику психиатрии. Не случайно научность теории проверяется ее применимостью, хотя “следует проводить различие между пониманием значения данного выражения и исследованием того, где и как оно применимо” [14], в каких граничных пределах.

Ушло в прошлое время, когда с иронией писали об использовании в науке методов и категорий поэтики, эстетики, искусствоведения, тем более в антропологии, где это наиболее естественно. Многие из этих приемов и категорий, например, стиль и различные виды симметрии, освоены математикой [7, 8] и оказались высоко продуктивными и более успешными, чем встречный процесс внедрения традиционных научных методов в искусство. Уже Фрейд позаимствовал

² Коммутативность — переместительность: $x + y = y + x$, $xy = yx$.

важную методическую идею из практики атрибуции подлинных или поддельных картин: фиксацию на второстепенных деталях, а не центральных фигурах. Характерно взаимообогащение в этом случае естествознания и искусствознания: Джованни Морелли (1816 – 1891)³, положивший начало теории иконографии и строго научной атрибуции, получил медицинское образование и уподобил знатока, изучающего картину, врачу, исследующему больного. Открытый им диагностический метод особого значения изображения мелких деталей, где фальсификатор расслабляется и выдает себя, он все же считал вспомогательным в ряду собственно художественных, стилистических, тематических особенностей и целостного впечатления. Этот метод был подхвачен не только Аби Варбургом (1891), но и Шерлоком Холмсом Артура Конан-Дойла (1892) [9]. Характерно также создание Аби Варбургом и окончательно Эрвином Панофским (1932) иконологии, объединившей художественно-историческое (формально-искусствоведческое, описательное) и культурно-историческое (сюжетное, интерпретационное, иконографическое) в их синтезе как сущностных мировоззренческих (эпохи или личности) “символов времени” в духе философии Эрнста Кассирера.

Аналогичным образом дело обстоит с использованием в научном тексте метафор. Они не только не претендуют на тождество (изоморфизм), но даже в качестве сходства часто относятся не к целому, а только к определённой стороне или части используемого об разного сравнения. Их польза не в красивости, а в указании на многомерность открывающихся значений. Хотя математика давно превзошла требование наглядности, а психология открыла безобразное мышление, но метафорический язык позволяет транспонировать на него интуитивное, бессознательное, неведомое [10].

В нейрофизиологии, как однослоиной науке, в отношении охвата и масштаба более естественным и успешным было аналитическое направление исследований, ориентированное вглубь, на биохимический микроуровень, поэтому она развивалась путем Ч. С. Шеррингтона, а не И. П. Павлова. В антропологии, а значит и психиатрии, — наоборот — успешнее не симптоматологические (т.е. атомарные) понятия, а синдромологические (молекулярные) и нозологические (молярные), личностные, все более конкретный индивидуализирующий подход, а вместо аналитических категорий пространства и времени — объединяющее их понятие хронотопа в виде конкретных ситуаций и поступков. И хотя и в песке каждая песчинка узнаваема и определяема, из какого она минерала, для психиатрии исследования в эту сторону — Сахара. Эта метафора привлекает мегавременной аспект: когда-то и Сахара была цвету-

³ Возможно, что Д. Морелли встречался в рядах гаррибальдийцев с Павлом Якобием (1841 – 1913), так как не случайно писал всегда под русским псевдонимом Иван Лермольев.

щей. Такого рода гомологические ряды позволяют увидеть действительность семиотически стереоскопично, объединяя макро-, микро- иnano- масштабы рассмотрения⁴, которые обнаруживают бесконечное самоподобие.

Говоря о видах сходства, важно отметить симметричные виды несходства, а — главное — что симметрия в смысле равновесия не бывает полной: в одних проблемных сферах и задачах исследования сходство важнее несходства, в других — наоборот. Отметить сходство проще и легче, чем несходство, и поэтому оно опережает несходство, приводя к ошибкам ложного узнавания, что в диагностической практике требует дифференциального анализа в силу нередко обманчивого поверхностного сходства, существования маскированных депрессий, неврозоподобных, психопатоподобных, шизофрениоподобных или латентных, клинически незначимых расстройств. Конечно, **необходимо различать сходство, достигаемое посредством индукции, от подобия инвариантов разного уровня**. Так, после разочарования в претензиях структурализма на примере концепции К. Леви-Страсса после ее бурного успеха, в силу выяснившейся тривиальной универсальности его метода бинарных оппозиций и вывода о наличии архаического мышления у современников, более продуктивным оказался раскритикованный до этого путь Л. Леви-Брюля, нацеленный на поиск различий и особенностей мышления нецивилизованных народов [11]. Сентенция об их дополнительности не должна затемнять сложное индивидуально-асимметричное решение каждого конкретного вопроса.

Все эти бинарные и более сложные оппозиции универсальны, они — предмет взаимодействия метатеорий, поэтому они вне специфики предмета психиатрии, как одного из частных разделов антропологии. Эта специфика в ее ранге как наиболее многослойной дисциплины и предмете рассмотрения. Целостный подход антропологии сближает ее с ненаучным взглядом повседневного здравого смысла, далекого от строгой расчлененности однослоиных наук, но **антропология это не фолк-антропология, просто это качественно другой более сложный класс научных дисциплин**. Это дисциплины о принципиально более сложных предметах в силу их многослойной неоднородности.

Предпочтение сходства и прежде времененных обобщений, как более легкого пути, пренебрежение пробелами и отдельными нестыковками и противоречиями, которые списываются на нечто пренебрежимое или исключение, характеризует тип мыслителей и ученых систематизаторов в отличие от проблематизаторов, которые сосредотачиваются на нестыковках и пробелах для пересмотра всей системы, а не локального ремонта. В этом принципиальное отличие закрытых и открытых систем. Конечно, необходимы

⁴ В международной системе единиц СИ: мега — 10^6 и микро — 10^{-6} , гига — 10^9 и нано — 10^{-9} .

оба устремления, но путь к новому и выигрыш за проблематизаторами. Это путь критического рационализма Карла Поппера. Даже в поединках автоматов выигрывает снабженный выбросом неожиданных случайных ходов. Способность различать характеризует критическую рефлексию до такой степени, что она стала рассматриваться как фундаментальная характеристика сознания (Спенсер Браун “Законы формы”) или даже обозначение самого сознания (“сознание как опыт различий”) [12]. Эти два подхода характерны не только для научной полемики, включая и внутреннюю полемику, характерную для проблематизаторов, но и для образовательного процесса. В конце 60-х годов я прослушал в МГУ курс лекций по общей психологии, который попутно читали Александр Романович Лuria и Алексей Николаевич Леонтьев. Оба были блестящими представителями этих двух подходов. А.Р. давал стройную законченную картину решения всех проблем, тогда как А.Н. — многие подвешивали на крючок вопроса. Понятно, что для пятерки был необходим подход А.Р., тогда как для научного творчества предпочтителен проблематизирующий стиль. Характерно, что знаменитый “феномен Зейгарник” — вдвое лучшее запоминание незаконченных действий — был в другой форме задолго до этого реализован в искусстве в принципе “non finito”, что активизировало и даже будоражило творческое воображение читателя и зрителя. Тем удивительнее было восхищение от романов Лео Перуца, которые начинались с сообщения развязки, не теряя от этого ни напряжения, ни увлекательности, и что видно также в факте перечитывания отдельных книг.

Константность зрительного восприятия, т.е. узнавание сложного объекта при самых необычных положениях, ракурсах, деформациях, является гомологической моделью различных понятий и самого процесса “варьирования в воображении” как одной из стадий феноменологического метода Гуссерля или поиска решения проблемной задачи в “мысленном эксперименте”. Нахождение константности — это неизмеримо более продуктивный путь, чем до сих пор “правящая бал” индукция с ее нормальным (среднеарифметическим) распределением, вульгарирующая картину мира и себя.

Большинство исследований начинает со случайной выборки во многом разнородных испытуемых, даже если их объединяет общий психопатологический синдром. Но где гарантия, что этим синдромом все исчерпывается? Или сам синдром квалифицирован адекватно, полно или достаточно дифференцированно? Не является ли, по крайней мере, для части испытуемых квалификация наличного состояния симптоматической, а не синдромальной? Соблюдается ли соответствие рангов составляющих синдром характеристик?

Наиболее значимые ошибки совершаются в самом начале, задавая неверное направление и приводя ко все большему отклонению, постоянно отягощаемому

очередными вмешательствами. Предопределяющим является исходное адекватное описание и квалификация расстройства в соответствии с процедурами феноменологического метода, что не обосновывается и даже не комментируется. На это нельзя экономить усилия и время. На клинических разборах мы постоянно видим, как готовыми квалификациями оперируют без их углубленной феноменологической перепроверки, перенося центр тяжести на герменевтические процедуры последующих этапов диагностики. В результате, самая ответственная исходная процедура — первичная квалификация — нередко остается делом врача приемного отделения или врача-докладчика, т.е. за скобками. Современные условия, в которые поставлен психиатр, перегруженный больными, с лимитом времени на каждого, вынужденный подменять необходимые процедуры экспресс-методиками, представляют сплошь и рядом принуждение к халтуре.

Индуктивные процедуры научных исследований, в силу сложившихся в последние десятилетия обстоятельств, привели к обобщению выборок исследованных больных фактически по симптоматологическим или урезанным синдромологическим основаниям вместо **обобщения только после законченной индивидуальной квалификации**. Это неизбежно обрекает на конечные ошибочные выводы. Поэтому “принципиально нужно всегда и строго различать объяснение, которое имеет в виду коллектив как таковой, и объяснение, для которого реальностью, подлежащей объяснению, остается индивид. Всякое генетическое — биологическое, расовое, антропологическое и т.п. — объяснение всегда и непременно остается объяснением индивидуальным. Законы и теории наследственности, лежащие в основе такого типа объяснения, применяются индивидуально-распределительно (дистрибутивно)⁵. Напротив, объяснение экономического материализма есть именно объяснение коллективного как такового; его дистрибутивное применение ничего, кроме ошибки, дать не может, и дистрибутивный смысл оно приобретает только при гипостазировании и объясняющего фактора, и объясняемого явления, что... вызовет к жизни и другие симптомы биологической метафизики” [13].

Научность как критическая рефлексия

Если самосознание и самопознание относятся к антропологии, то **рефлексия** — это философский метод, возводимый к Сократу, а в Новое время к принципу сомнения Декарта, и представляет рефлексивно критикующий и оценивающий поворот взгляда на акты собственных мыслей, это мышление о собственном мышлении, суждение о собственном суждении. Как отметил еще Лаплас, погружение разума в самого себя

⁵ Дистрибуция (разрешенная сочетаемость или распределительность): $(a + b)c = ac + bc$.

труднее, чем его продвижение вперед. Рефлексия может быть как конструирующей, так и деконструирующей.

Те, кто превозносит науку, гордясь научностью или более строгой научностью и говоря о прогрессе науки, обычно не знают или не помнят извилистости истории этого “прогресса” и того, что само это понятие является адекватным только при узко аналитическом подходе, актуализирующем одни успехи, не замечают упущеных возможностей, отсекая ошибки и негативные последствия успехов. Они вытягивают из спутанного клубка только одну нить. От того, что это курчавый волос, не следует, что пресловутая спираль развития имеет определенное направление, тем более к благу человечества. Целостный объективный взгляд обнаруживает и здесь законы сохранения, — за все приходится расплачиваться, просто не всегда очевидным и быстрым образом. Манипулятивное использование науки советской идеологией, провозглашавшей себя единственной научной, тем скорее сменилось у простых людей не менее манипулятивной традиционной архаической религиозностью, доверяющей молебнам против бедствий, войн и эпидемий. Между тем, настоящая наука не претендует ни на окончательное знание, ни на его абсолютную достоверность, удовлетворяясь даже 70 % вероятностью, тогда как претензия на 100 % — надежный признак мошенничества. Подлинная научность — это, прежде всего, критическое мышление, это, как сформулировал вслед за Карлом Поппером Имре Лакатос, критика собственных и самых любимых научных концепций и представлений и открытый разбор собственных ошибок [14, 15]. Непревзойденный пример этого показал Николай Иванович Пирогов.

Сциентизм, как абсолютизация науки и как абсолютизация чего угодно, даже Бога⁶, не случайно породил антисциентизм. И современная наука отказалась от претензий позитивистской эпохи, даже в отношении математических моделей и технических конструкций, от чрезмерной жесткости, точности, оптимизации, чреватых эффектом, противоположным ожидаемому. По большому счету все науки антропистичны, что признал Л. Витгенштейн и в отношении математики, даже в ней стало очевидным, что невозможно ограничиться чисто синтаксическим (формальным, аксиоматическим) подходом, редуцируя семиотический (Вяч. Вс. Иванов, 1980) [16], и “все великие мыслители-математики всегда стремились заменить вычисления идеями” (Н. Бурбаки) [17]. В конце концов, все, что пишется, делается для общест-

ва других людей, а наука — это коллективная деятельность.

Топология, так же как теория катастроф, синергетика и другие уже многочисленные метатеории и различные разделы математики, не могут определить выбор в проблемных бифуркациях вне фактологии своей профессии, вне индивидуальной конкретики разного уровня. Все они рисуют только поле возможностей в доступном нам n-мерном пространстве. Топология в наибольшей мере искушает к релятивизации в силу своего наиболее общего подхода: мол, все возможно. От этого предохраняет трех-уровневая семантика Фрэгера и Гуссерля, которую разделяют лидеры логического неопозитивизма и критического рационализма Р. Карнап и К. Поппер. Так, если в руках Курта Левина применение топологии стало выдающимся научным прорывом в контексте его топологической психологи, то в руках тополога-профессионала акад. А. Т. Фоменко лженаукой — новой хронологией. У него это была “топология сверху”, тогда как у Левина “диалог топологии сверху и снизу”, от экспериментально устанавливаемых фактов.

Теоретико-методологический научный подход в психиатрии, ее научность обеспечивают феноменологический метод и клиническая герменевтика, система метатеорий и постоянное взаимодействие различных дополняющих друг друга подходов. Так, “в европейской традиции доказательств и объяснения в математике, биомедицинских науках и искусствах можно выделить шесть стилей научного мышления: математическое, экспериментальное исследование, гипотетическое моделирование, вероятностное, таксономическое, историко-генетическое” (A. C. Crombie, 1994). Наконец, **научность психиатрии обеспечивается** ее одноранговой интердисциплинарностью в рамках антропологии и координацией с данными однослойных наук, включением темпоральной развертки с индивидуализацией всех факторов и стиля жизни в целом. И, конечно, интеллектуальная честность. В нашу эпоху грандиозных масштабов всевозможных подтасовок важно довести до всеобщего понимания, что ошибки даже в математике играют не меньшую роль, чем доказательства [18], а отрицательные результаты не меньшую, чем положительные, что прозрачность последовательности проводимого исследования, необходимая для его ретроспективного анализа, важнее его результата, который зависит от адекватности и надежности исходных данных. Многое определяется предсказанным Максом Вебером нарастанием бюрократизации науки, формальными критериями оценки научной деятельности, общим социально-политическим устройством, отбором кадров, профессиональной и личной этикой.

Психиатрия, пожалуй, наиболее выразительный пример дисциплины, где важен широкой культурный горизонт, для которого произведения литературы и искусства — незаменимый и неисчерпаемый источник познания и конструирования мира, всевозмож-

⁶ “Бог” не абсолют, так как понимаемый как фактум, судьба, предначертание, каузальность, неизбежно предполагает пассивность, покорность вместо ощущения себя целенаправленным, ответственным деятелем. На деле “Бог” в Природе и в каждом из нас. “Бог” это Всё, это Мир, частицей которого мы являемся. Персонификация Бога с установлением с ним личных отношений это специфически человеческая, духоподъемная способность.

ных модельных экспериментов, позволяющих исследовать возможное будущее, в том числе, через прошлые уроки, проникнуть в переживания самых различных людей, в их способы преодоления психических расстройств. Средством, объединяющим естественно-научное и гуманитарное знание, является “единая синтетическая история науки”, как “главная культурная потребность нашего времени” (G. Sarton, 1952) [19], как способ преодоления обоюдной односторонности, но особенно для гуманизации естествознания.

Наука нуждается в постоянной жесткой критике и самокритике, это ее воздух. Поэтому неизбежные в обществе парадигмы, даже лженауки, как и антисциентистские тенденции полезны для санации и постоянного тонуса науки [15]. Нельзя абсолютизировать науку до обожествления ее позитивистами и ее методологии неопозитивистами. Наряду с представлением о научных революциях, надо помнить о смене научных мод, массовых увлечениях и чисто потребительском использовании наук. Передний край науки не похож на рутинные учебники, а основания даже математики далеки от завершенности.

Наряду с наукой существуют культура с ее традициями, как фундамент, и искусство, как опережающее науку познание мира и самих себя. Особое место психиатрии среди других профессий и дисциплин связано с тем, что ее предмет и объект — человек с инакостью самосознания и поведения, которые дезорганизуют его жизнь, — совпадают и не вмещаются в современные строго научные, строго юридические и традиционные рамки. И как все особое, и сам предмет психиатрии, и сами психиатры, так же как их пациенты, оказываются в положении меньшинств с общими для них психологическими, социальными и правовыми проблемами. Теория психиатрии не может не учитывать это фундаментальное обстоятельство. Отсюда необходимость критической адекватной самоидентичности профессии и предмета психиатрии. Это значит не закрывать глаза на снижение социального статуса профессии из-за потребительского использования ее властями. Повышать социальный статус намного труднее, но политика отрицания лжи и фальсификаций только усугубляет положение, доверие давно исчерпано.

То вавилонское столпотворение, на которое пеняют последние десятилетия социологи, психологи, и которое вызывает у многих раздражение, неприятие и хлесткие характеристики “распад”, “загнивание”, “стагнация”, на самом деле признак грядущего обновления, как не раз уже бывало в истории науки. Это характерный признак конца “нормальной науки” по Т. Куну, приближение новой парадигмы. Конечно, не всегда лучшей, чем прежняя, но соответствующей переживаемой эпохе.

Итак, сущность науки составляет неиссякаемая критическая рефлексия, непреходящими опасностями для которой являются риторическое и литерату-

турное мастерство, арсенал приемов самообмана и манипуляторства и прессинг социально-политической атмосферы. “Научное знание означает знание, состоящее в проверке, понимании и объяснении, т.е. знание, организованное в форме научных теорий” [20]. К этому определению Эвандро Агацци (E. Agazzi, 2014) следует добавить в духе Карла Поппера: и постоянная борьба различных теорий за их адекватность в отношении рассматриваемых нами конкретных проблем, так как наиболее частой ошибкой является претензия очередной теории на унитарное объяснение. Поэтому так важно учитывать ранг теорий в отношении степени их обобщенности. Примером может служить демонстрация Дилвортом (C. Dilworth, 2008), как в разных ситуациях оказывается адекватной или типичная позиция логического эмпиризма, или позиция критического рационализма Карла Поппера, или доктрина “несоизмеримости” Куна (T. Kuhn) и Фейерабенда (P. K. Feyerabend) лингвистического (вариабельности значения) и гештальтного (переключения гештальта) подходов [14, 18]. Наука представляет бесконечный бег с препятствиями и отнюдь не прямолинейный, только приближающий ее к истине. Поэтому научные положения в разной мере вероятностны, в соответствии с тем, насколько они обоснованы.

ЛИТЕРАТУРА

- Клейн Феликс. Элементарная математика с точки зрения высшей. 1 – 2 том. — М., 1987.
- Босс В. В. Лекции по математике. Том 13, 15. — М., 2009, 2010.
- Прохоров Ю. В. (ред.). Математический энциклопедический словарь — М., 1988.
- Кондаков Н. И. Логический словарь — М., 1971.
- Клайн Морис. Математика. Утрата определенности. — М., 1984.
- Хакинг Ян. Почему вообще существует философия математики? — М., 2020.
- Вейль Герман. Симметрия. — М., 1968.
- Фейерабенд Е. Л. Кибернетика, логика, искусство. — М., 1981.
- Торопыгина М. Ю. Иконология. Начало. — М., 2015.
- Босс В. В. Интуиция и математика. — М., 2008.
- Стеблин-Каменский М. Н. Труды по филологии. — СПб., 2003.
- Молchanov B. I. Различия и опыт: феноменология неагрессивного сознания. — М., 2004.
- Шпет Г. Г. Введение в этническую психологию // Г. Шпет Philosophia Natalis. Избранные психолого-педагогические труды. — М., 2006.
- Поппер Карл. Предположения и опровержения. — М., 2004.
- Лакатос Имре. Наука и псевдонаука (лекция). 1973. <http://old.nsu.ru/classics/pythagoras/Lacatos.pdf>.
- Иванов Вяч. Вс. Наука как предмет семиотики // Вестн. Акад. наук СССР, 1980, 3.
- Бурбаки Николя. Очерки по истории математики. — М., 1963.
- Арнольд В. И. Что такое математика. — М., 2008.
- Маркова Л. А. Наука. История и историография XIX-XX века. — М., 1987.
- Агацци Эвандро. Научная объективность и ее контексты. — М., 2017.

(Продолжение следует)

Соотношение использования высоких технологий при лечении инсультов и деменция. Обратная сторона медали.

И. М. Беккер (Набережные Челны)

В статье анализируется соотношение и динамика роста оперативного, высокофункционального лечения инсультов и роста болезненности, первичного выявления и госпитализации в психиатрический стационар пациентов с сосудистым слабоумием. Выявлено, что с расширением оказания высокофункциональной помощи при инсультах, одновременно с уменьшением смертности и повышением выживаемости пациентов с тяжелым повреждением мозга, вполне закономерно растет количество пациентов с развивающейся деменцией и попыток их госпитализации в психиатрический стационар. Отсутствие достаточного количества коек, предшествующая оптимизация и централизация службы, упразднение межрайонных психиатрических отделений приводят к дестабилизации работы психиатрических стационаров, в виду оседаемости сосудистых больных с деменциями, социальная помощь которым до настоящего времени или не существует или находится в зачаточном состоянии.

Ключевые слова: высокофункциональная помощь, сосудистая деменция, оптимизация коек, госпитализация, социальная помощь.

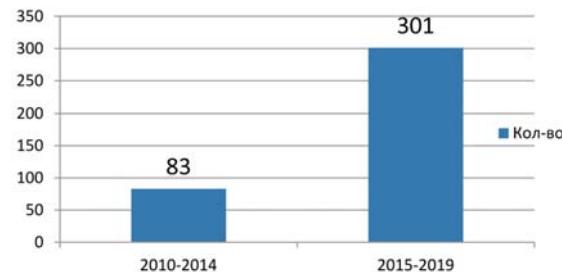
В последние два десятилетия в стране возникли сотни центров высокотехнологической медицинской помощи (ВМП), для лечения инсультов. Еще до ввода их в действие было понятно, что успешное, с точки зрения сохранения жизни пациентов, оперативное лечение инсультов, приведет к появлению новых десятков и сотен пациентов с органической психической патологией и прежде всего, с деменцией, которых в последующем придется наблюдать и реабилитировать в структурах психиатрической службы. Готовы ли была психиатрическая служба страны к таким новациям? Возможно, все бы оказалось проще, если бы именно в эти же годы в стране не происходили негативные процессы с прямо противоположными тенденциями по отношению к психиатрии и психически больным. На службу обрушилась оптимизация, в ходе которой десятки тысяч психиатрических коек были закрыты без соответствующей компенсации расширением амбулаторной сети (как это декларировалось перед стартом реформы). Централизация помощи привела к упразднению многих периферических звеньев службы в районах, городах, городках и поселках городского типа. Одним из лозунгов проводимых реформ было декларирование освобождения психиатрических коек от “балласта” — больных с различными формами деменции, в том числе и сосудистой, не требующих активного лечения, а нуждающихся только в уходе и наблюдении. И в это же время выходит совершенно удивительный приказ МЗ РФ № 216н от 9.06.2015 г. “Об утверждении перечня медицинских противопоказаний...”, поставивший небывалые препоны помещению больных с психотическими диагнозами и деменциями в интернаты. В число противопоказаний вошла вся рубрика F01. Эти пациенты выписывались из психиатрических стационаров, якобы, на амбулаторное лечение, они не подлежали госпитализации, но в то же самое время не могли поме-

щаться в интернаты, если не диагностировались смешанные формы деменции. Для оформления и помещения дементных сосудистых больных в интернаты, в случае отсутствия всех социальных связей, врачи обучались псевдонаучной эквилибристике, пытаясь найти любую удобоваримую сопутствующую патологию, типа “что-то там в носу”. Долго искать не приходилось, поскольку ЧМТ переносили в жизни, хотя бы по разу, почти все мужчины страны. Если сюда прибавить ОРЗ, грипп, алкогольные и иные интоксикации — расширение диагностики деменций смешанной этиологии не заставило себя ждать.

Целью исследования было подтверждение или опровержение тезиса о тренде на увеличение госпитализации и оседаемости больных с сосудистой деменцией в психиатрических стационарах в последнее десятилетие, как последствий ВМП.

Проведен анализ статистических показателей последнего десятилетия по динамике куратории сосудистой деменции на этапах оказания психиатрической помощи, после введения в строй Центра ВМП при БСМП г. Набережные Челны. Мы сопоставили наши цифры с динамикой оказания ВМП с 2010 по 2019 г. Для нивелирования случайных статистических коле-

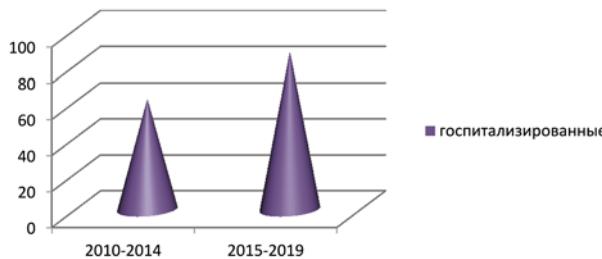
Динамика ВМП за 2010-2019гг. тенденция - рост в 3,2 раза



баний, мы рассмотрели процессы в суммированном по пять лет виде: с 2010 по 2014 гг. и с 2015 по 2019 гг., с расчетом средних показателей за пятилетия.

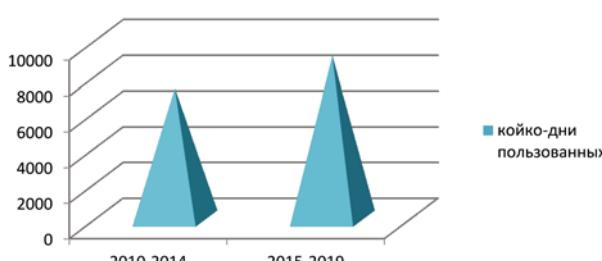
За 2010 – 2014 гг. проведено 83 оперативных вмешательства в рамках ВМП. А за 2015 – 2019 гг. — 301. То есть отмечался рост оказания такой помощи в 3,2 раза. За эти же периоды в стационар НЧ ПИНД был помещен 61 больной с сосудистой деменцией за первое пятилетие и 87 больных за второе. У специалистов сразу же появляется резонный вопрос — а зачем нужно было их госпитализировать, если имелись прямые рекомендации о непоказанности данных больных для госпитальной терапии? Это как раз тот случай, про который говорят: “Гладко было на бумаге, да забыли про овраги”. Пациентов привозили на “скорой помощи” с улиц и магазинов, пляжей и парков, подвалов и чердаков — тех мест, куда они волею судеб попадали после выписки из сосудистого центра и изгнания с мест постоянного проживания родственниками, соседями и прочими не отягощенными сердобольностью людьми. “Скорая помощь”, выполнив свою функцию, оставляла пациентов в холлах приемного покоя и далее уже врачи-психиатры должны были “выбрасывать” на улицу беспомощных больных, либо закладывать их до окончания жизни или перевода в интернаты.

госпитализированные с сосудистой деменцией



Эти больные провели за первое пятилетие 7273 койко-дня, а за второе пятилетие — 9068 дней. Таким образом, на 42 % выросла госпитализация сосудистой деменции в случаях и на 24 % в днях пользованных больных.

койко-дни пользованных больных с сосудистой деменцией



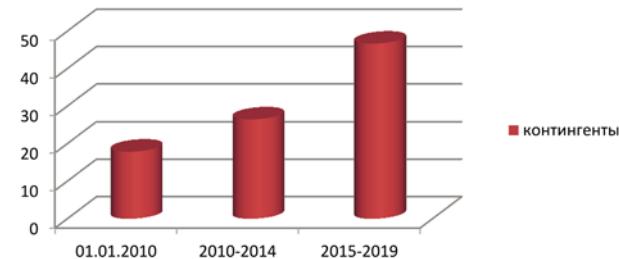
Динамика контингентов больных с сосудистой деменцией отмечалась следующая. На начало периода (2010 г.) на динамическом диспансерном наблюдении было 93 больных (17,8 на 100 тыс. населения). На конец 2014 г. было зарегистрировано 139 больных (или 26,4 на 100 тыс. населения). А на конец 2019 года (то есть на конец второго пятилетия было зарегистрировано уже 246 больных, (или 46,6 на 100 тыс. населения). Таким образом, и абсолютное число больных, состоящих на динамическом наблюдении, и контингенты на 100 тысяч населения выросли в динамике по итогам первого пятилетия в 1,49 раза, а второго пятилетия в 1,77 раза. Всего за десять лет контингенты выросли в 2,64 раза.

На начало первого периода — 17,8 на 100 тысяч населения

На конец первого пятилетия — 26,4 на 100 тысяч населения

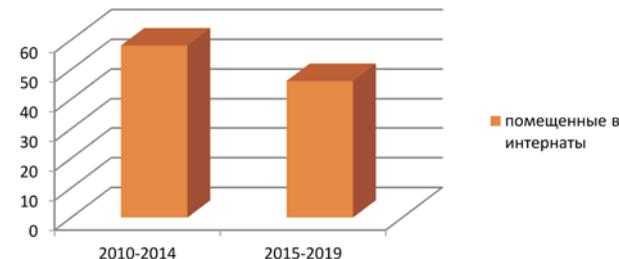
На конец второго пятилетия — 46,6 на 100 тысяч населения.

контингенты больных с сосудистой деменцией, состоящие на ДДН



При этом за первое пятилетие было оформлено в дома-интернаты 58 пациентов с сосудистой деменцией, а во второе десятилетие 46 больных. Таким образом, наметилась явная тенденция накопления данных больных в населении и оседания их в стационаре диспансера.

помещенные в интернаты больные с сосудистой деменцией



Помещено в интернаты в 2010 – 2014 — 58

Помещено в интернаты в 2015 – 2019 — 46

Результатом роста контингентов больных с деменциями и оседаемости их в психиатрическом стацио-

наре, с блокировкой коек, являлось увеличение количества отказов в госпитализации (в 4,5 раза за последние 15 лет) и создания очередности для госпитализации плановых больных. На сегодняшний день существует только один вид плановой госпитализации во взрослый стационар — призывников для проведения экспертизы на годность к воинской службе. Все остальные пациенты госпитализируются в неотложном порядке, в связи с обострениями психических заболеваний. Рост очередности призывников привел в прошлом году к невиданному ранее феномену — проведению экспресс-диагностики призывников в амбулаторном порядке. За один день силами всех врачей ПНД было проведено обследование более 35 призывников. Только 5 из них было признано годными к службе. Остальным было повторно предложено обследование в круглосуточном стационаре. Что такое 9068 дней? Это 198 пролеченных больных с психозами при шизофрении, со средним пребыванием 46 дней, или 458 призывников, по 50 ежегодно (почти 1/4 всех обследуемых в стационаре за год). Отказы в госпитализации субпсихотическим больным, рано или поздно приводят к ошибочным отказам и совершению общественно-опасных действий психически больных, рост которых фиксируется повсеместно во всей стране.

Наши предложения:

- 1) восстановление децентрализации как главного принципа развития отечественной психиатрии;
- 2) открытие на базе периферийной психиатрии полустационаров и стационаров сестринского ухода, для длительной реабилитации сосудистых больных после благополучного лечения в структурах ВМП;
- 3) отмена или коррекция непродуманного приказа МЗ РФ № 216н, восстановление практики помещения дементных больных, утративших социальные

связи, в дома-интернаты, независимо от этиологии деменции;

4) поощрение создания микрохосписов, как одного из видов малого предпринимательства, с уходом за 1 – 3 дементными больными, поселяемыми на период ухода (от 1 месяца до 1 года) в квартиры сиделок, нянь и специалистов сестринского ухода, за оплату со стороны родственников.

P.S. (Мы наблюдали два вида частных микрохосписов. 1. Частный хоспис на 10 мест. Работают три санитарки. Медсестер нет. Врачи вызываются, по мере необходимости со службы "скорой помощи". Пациенты с деменциями — все нетранспортабельные, соматически отягощенные. Лежат чистенькие, ухоженные и накормленные. Можно долго рассуждать, что там нет адекватного врачебного наблюдения, но это в разы лучше, чем их существование в домашних условиях без наблюдения и ухода в течение всего рабочего дня детей или внуков. Хоспис официально зарегистрирован, имеет банковский счет и отчисляет положенные налоги. 2. В трехкомнатной квартире, в спальне хозяйки находятся два слабоумных постинсультных больных — бабуля 88 лет и дед 92 лет. Ветераны войны. Их пенсия, в размере 48 тыс. полностью передается хозяйке квартиры. На 96 тысяч она содержит стариков, кормит, ухаживает, моет, наряжает памперсы, измеряет давление, пульс и температуру. Хозяйке 62 года. На оставшиеся деньги она существует сама, а собственную пенсию отсылает внукам на учебу в Казани. Она не регистрирует себя ни как частного предпринимателя, ни как самозанятую, так как боится нашествия Роспотребнадзора и прочих инспекций. Обслуживает стариков по устной договоренности. Гигиеническое состояние больных — идеальное. Содержатся они у хозяйки уже более года. Дети навещают своих стариков дважды в неделю. Уходом полностью удовлетворены.)

Современный взгляд на формирование трансгендерности и диагностику гендерной дисфории

Обзор

А. Ю. Герман, И. В. Кириллов¹ (г. Барнаул)

В данном обзоре рассматриваются особенности эпидемиологии и структуры трансгендерности, а также новая теория развития гендерной дисфории, основанная на изменении работы в нейронных сетях в результате атипичной половой дифференцировки мозга. Рассмотрена разница в подходах к диагностике в Американской классификации психических расстройств (DSM-5) и МКБ-11, которые рассматривают нарушение гендерной идентификации в разных категориях.

Ключевые слова: гендерная дисфария, трансгендерность, сексуальное здоровье, транссексуальность.

Введение:

Гендер является одним из важнейших аспектов сексуальности. В современной литературе можно наблюдать неверную трактовку понятия “гендер”. Часто его используют как синоним термина пол, а еще чаще под гендером подразумевают гендерную роль. В действительности же гендер включает в себя две главные составляющие:

1. Гендерная идентичность (ГИ) — это то, как человек сам определяет свою гендерную принадлежность.

2. Гендерная роль (ГР) — это то, как человек себя ведет и проявляет в социуме свою гендерную идентичность [3].

Трансгендерность — это несоответствие биологического пола и гендерной идентичности. В сексологии принято выделять бинарных трансгендеров, которые описывают свою ГИ как мужскую или женскую, и не бинарных (андрогиния, квиры и т.д.) [4, 19]. Людей, чья гендерная идентичность соответствует предписанному полу, называют цисгендерами.

Гендерная дисфория — это состояние, вызванное несоответствием гендерной идентичности и биологического пола, сопровождающееся тяжелой депрессией, тревогой и суициальными мыслями. То есть это дисфория, возникшая у трансгендера, в связи с невозможностью принять свою гендерную идентичность.

Эпидемиология:

Изучение распространенности трансгендерности представляет большую проблему, т.к. большая часть транс-персон не получала хирургического или гормонального лечения, а многие не обращались даже к психиатрам. Стигматизация и страх огласки затрудняют проведение социологических опросов в этой области. Для преодоления этих проблем используются мета-аналитические методы и популяционные опро-

сы. Arcelus J et al., проанализировав около полутора тысяч исследований из баз данных, сделали вывод о том, что распространенность трансгендеров в мире 4,6 на 100 тыс. Причем транс-женщин 6,8 на 100 тыс., а транс-мужчин 2,6 на 100 тыс. Как отмечают авторы, анализ проводился на основе данных клинических служб, и реальный уровень возможно выше [7]. Как отмечают исследователи, за последние 5 лет, выросло количество обращений трансгендеров за медицинской помощью. Это связано с увеличением доступности медицинской помощи, изменением законодательства и большей открытостью общества. Flores показал что 0,6 % взрослого населения США определяют себя как трансгендеров [9].

Особый интерес вызывает разная структура трансгендерности в мире и СНГ. Так Городецкая и Ковалисиди опросили 394 трансгендера из России и еще 10 стран СНГ. 50 % опрошенных назвали свою идентичность мужской, а 16 % женской, остальные отнесли себя к гендер-квиром [1]. Из этого можно сделать вывод, что в мире распределение MtF (от мужчины к женщине) трансгендеров к FtM (от женщины к мужчине) примерно 3:1, а в России и странах СНГ ровно противоположное мировому. Но как было изучено позднее по мере прохождения трансгендерного перехода соотношение становится 1:1, и точные причины этого еще не выяснены [2].

Этиология и патогенез:

Существует множество теорий возникновения трансгендерности, так как генетические и нейробиологические аспекты уже достаточно изучены.

Сейчас можно с достаточной уверенностью говорить о полигенном типе наследования многих черт личности и характера. В 2017 году Tinca J. C. Polderman с коллегами обобщили опыт генетиков, занимающихся исследованиями трансгендерности уmono, и dizиготных близнецов. Они выявили, что степень влияния генетических факторов составляет 30 – 60 % [15].

¹ Студенты Алтайского государственного медицинского университета, научный руководитель доцент кафедры психиатрии, медицинской психологии и неврологии В. И. Куришкин.

Современный взгляд на формирование трансгендерности и диагностику гендерной дисфории

В 1995 было обнаружено, что ядро ложа конечной полоски (BNST), одной из областей гипоталамуса, у MtF-трансгендеров имеет меньший средний размер чем у мужчин, более того размер BNST трансгендеров больше похож на цисгендерных женщин [20]. После этого исследования начала активно развиваться концепция “женского и мужского мозга”.

Данная концепция утверждала, что мозг мужчин и женщин имеет выраженный половой диморфизм. В результате нарушения нейрогенеза, мозг развивается по пути характерному для противоположного пола. Именно “несоответствие мозга и тела” является причиной хронического дистресса у трансгендеров.

На данный момент накоплено большое количество данных о нейроанатомических различиях между полами, а также цисгендерами и трансгендерами. Известно, что размер интерстициального ядра переднего гипоталамуса у трансгендеров соответствует желаемому полу, а не биологическому [10]. Множество других участков серого вещества у трансгендеров сходны с желаемым полом [14]. Это дало основание рассматривать трансгендерность, как результат атипичной церебральной половой дифференцировки различных отделов головного мозга.

Недавно была выяснена функция BNST — это ядро играет ключевую роль в ощущении страха и активно участвует в сетях дистресса, которые осуществляют развитие стрессовых реакций [13, 18]. Это и ряд других открытий о функции различных областей мозга дало начало ряду новых теорий. Они рассматривают не только анатомические изменения, но и функциональные, которые связаны с изменением нормальной работы различных биологических нейронных сетей, которые связаны между собой и выполняют различные функции.

Наиболее изученными являются три биологические нейронные сети: это сеть ощущения/контроля тела, сеть дистресса и социально-поведенческая сеть. Так в 2017 году под контролем МЭГ было доказано, что тактильная стимуляция груди у FtM-трансгендеров вызывает меньшую активацию сети ощущения/контроля тела чем стимуляция кожи кисти, в то время, когда у цисгендеров эта сеть активируется одинаково [8]. Так же в опытах где создавалась иллюзия более тучного тела, с помощью технологий виртуальной реальности, была доказана активация сетей дистресса[16], что говорит о взаимосвязи сетей восприятия тела и сетей дистресса. Исследования поведенческих сетей в основном проводились на животных и показывают связь анатомических образований (миндалины, островка, BNST и т.п.), участвующих в регуляции поведения и развитии стрессовых реакций.

На наш взгляд, наиболее обоснованный и интегративный подход предложил в декабре 2019 года С. Глиске [17]. Эта концепция стала известна как “мультисмыловая теория гендерной дисфории”. Она постулирует, что взаимодействие в сетях дистресса,

поведения и ощущения тела вызывает субъективный опыт дисфории, а также разнообразные функциональные и анатомические изменения. Вероятно, чувства, основанные на этих сетях, интегрированы между собой и приводят к общему чувству пола. Так нейробиологические механизмы будут лежать в основе того, испытывает ли индивид чувство дистресса, насколько он хочет действовать в соответствии с гендерной ролью и насколько он чувствует, что половые признаки его тела принадлежат ему. Все это в конечном итоге определяет, чувствует ли индивид то, что его пол совпадает с предписанным полом.

Внешние факторы также могут влиять на чувство пола напрямую или косвенно, например, через рефлексивные чувства тревоги и депрессии, либо через поведение по отношению к гендерным ролям. Еще предстоит углубленное изучение степени влияния социальных и других факторов среды на развития трансгендерности, в частности, гендерной дисфории.

Трансгендерность — это полизиологическое состояние, обусловленное взаимодействием различных факторов, ряд которых до сих пор остается неизвестными. Важно понимать, что оно имеет вполне реальную биологическую и генетическую природу, а не является придумкой больного. Также неуместен биологический редукционизм, отвергающий влияние социальных факторов.

Современные подходы к гендерной дисфории:

Гендерная дисфория в DSM-5 и МКБ-11.

Критерии гендерной дисфории в DSM-5:

1. Сильное желание избавиться от своих первичных и\или вторичных половых признаков из-за заметного несоответствия с ГИ.

2. Сильное желание первичных\вторичных половых признаков другого пола.

3. Сильное желание быть человеком другого пола.

4. Сильное убеждение, что у человека типичные чувства и реакции другого пола.

Кроме того, в DSM-5 GD ассоциируется с клинически значимым нарушением в социальной, профессиональной или других важных сферах функционирования индивида.

В гендерную дисфорию у детей по той же системе DSM-5 добавляются такие критерии как:

1. У мальчиков (биологический пол) — сильное предпочтение или частые эпизоды переодевания в женскую одежду и имитация женского наряда. У девочек (биологический пол) — сильное желание носить типично мужскую одежду и сильное сопротивление ношению типичной женской одежды.

2. Сильное предпочтение кросс-гендерных ролей в играх.

3. Сильное предпочтение игрушек, игр и занятий, стереотипных для другого пола.

4. Предпочтение друзей другого пола.

5. Отторжение стереотипных для биологического пола игр и занятий [11].

Под влиянием изменений в DSM-5, МКБ тоже внесла изменения в последнюю редакцию: пункт F64 был полностью исключен из класса психических расстройств и расстройств поведения, однако, согласно рекомендациям рабочей группы по сексуальным расстройствам и сексуальному здоровью, было принято решение включить в МКБ-11 новый класс — “Состояния, связанные с сексуальным здоровьем”. В данный класс также войдут рубрики “гендерное несоответствие в подростковом и зрелом возрасте”, а также “гендерное несоответствие в детском возрасте”.

Диагностические критерии включают в себя:

1. Сильную неприязнь или дискомфорт по отношению к первичным или вторичным половым признакам вследствие их несоответствия желаемому полу;

2. Сильное желание избавиться от некоторых или всех первичных или вторичных половых признаков (или предстоящего появления вторичных признаков в подростковом возрасте);

3. Сильное желание иметь первичные или вторичные половые признаки, соответствующие желаемому полу;

4. Сильное желание быть человеком ассоциируемого пола (испытывать к себе отношение окружающих как к человеку ассоциируемого пола).

Для постановки диагноза достаточно наличие хотя бы двух из вышеперечисленных критериев, или продолжительность признаков в течение не менее 6 месяцев[17].

Эти поправки официально лишают трансгендерную идентичность статуса психического расстройства, что является первым шагом на пути к дестигматизации трансгендерных персон и снижению патологизации, сопровождающих психиатрические диагнозы.

Лечение гендерной дисфории как в DSM-5, так и в МКБ-11, включает в себя 3 основных принципа:

1. Гормонотерапия.

2. Хирургическая коррекция, в соответствии с гендерной идентичностью (“верхняя” и “нижняя”).

3. Социальная адаптация, согласно гендерной идентичности.

Помимо прочего, важную роль играет адекватное психологическое консультирование до начала лечения, которое нужно для решения “нереальных ожиданий” пациента, и предоставления ему информации обо всех рисках и осложнениях лечения, а также решения вопроса сохранении fertильности.

Из различия критериев диагностики и более обширной классификации в DSM-5 возникают различия в эффективности лечения, так как существуют данные, указывающие на то, что расстройства половой идентификации возможны при таких эндогенных заболеваниях, как шизофрения, и могут являться сим-

птомами психозов, а не проявлениями истинной транссексуальности. При маниакальных или депрессивных состояниях также могут наблюдаться высказывания больных о том, что их ощущения и переживания приобрели черты, характерные для лиц другого пола, могут появляться соответствующие изменения в поведении [5].

В данном случае гормонозаместительная терапия и хирургическое лечение могут быть нерезультативными. Так по данным зарубежных и отечественных исследований, около 20 % пациентов с трансгендерностью не испытывают значительных улучшений состояния от смены пола [6].

Выводы:

Большинство современных исследований говорят о том, что трансгендерность является полиэтиологическим состоянием, в основе которого лежит совокупность генетических, неврологических и социальных факторов. Данное состояние необходимо рассматривать комплексно, не прибегая к биологическому и социальному редукционизму. В новой формации МКБ авторы указывают, что само состояние трансгендерности не является патологическим, а скорее говорит о вариативности и небинарности понятия гендер. В свою очередь половая дисфория является патологическим состоянием и отражает дистресс. Он возникает из-за несоответствия тела и гендерной идентичности. Дисфория сопровождается депрессией, повышенной тревожностью, коморбидностью с различными психическими заболеваниями, употреблением ПАВ, и сопровождается повышенным риском суицида. Лечение дисфории должно быть направлено на устранение этого несоответствия и адаптацию трансгендерной персоны в соответствии с его\её идентичностью.

Подводя итоги, можно сделать вывод, что в отличие от МКБ-11, в DSM-5 категории, которые относятся к нарушениям гендерной идентификации, являются частью классификации психических расстройств. Детские и взрослые формы расстройства гендерной идентификации в DSM-4 были переименованы в DSM-5 в “Гендерную дисфорию”. Напротив, целью МКБ-11 является включение группы “Гендерного несоответствия детского и зрелого возраста” в другой класс “Состояний, связанных с сексуальным здоровьем”, который объединяет медицинские и психологические аспекты. Критерии, представленные в МКБ-11, показывают, что дистресс и дисфункция не являются обязательными составляющими гендерного несоответствия, они могут возникать под влиянием враждебно настроенного социума.

ЛИТЕРАТУРА

1. Городецкая О., Ковалисиди С. Актуальное социо-экономическое положение трансгендерных и квир людей на постсоветском пространстве // Киев: Adamant, 2016. 39 с.
2. Демедецкая Я. А., Кумченко С. К. Специфическое соотношение транссексуалов в русскоязычных странах // Психология.

Современный взгляд на формирование трансгендерности и диагностику гендерной дисфории

- Историко-критические обзоры и современные исследования. 2018. Т. 7. № 1A. С. 145 – 155.
3. Isaev D. D. Системный подход к проблеме гендерной идентичности // Педиатр. 2012 Т. 3. № 4. С. 37 – 40.
 4. Карагаполова И. В. Люди: некоторые их характеристики, идентичности и сексуальности. Базовый словарь // Сборник статей: Многообразие идентичностей. Многообразие сексуальностей. Межполовые вариации. / под ред. Карагаполовой И. В. 2016. С. 11 – 16.
 5. Кибrik H. D., Ягубов M. I. Клинические особенности расстройств половой идентификации и тактика ведения пациентов // Андрология и генитальная хирургия. — 2018. — Т. 19. — № 3.
 6. Матевосян С. Н. Психопатологическая коморбидность расстройств половой идентичности // Психическое здоровье человека и общества. Актуальные междисциплинарные проблемы. — 2018. — С. 437 – 441.
 7. Arcelus J., Bouman W., VanDenNoortgate W. et al. Systematic review and meta-analysis of prevalence studies in transsexualism // Eur Psychiatry 2015. № 6. Р. 807 – 815.
 8. Case L. K., Brang D., Landazuri R., Viswanathan P., Ramachandran V. S. Altered white matter and sensory response to bodily sensation in female-to-male transgender individuals. // Arch Sex Behav. 2017. № 5. Р. 1223 – 1237.
 9. Flores A. R., Herman J. L., Gates G. J., & Brown T. N. T. How many adults identify as transgender in the United States? // Los Angeles, CA: The Williams Institute, June 2016 P. 13.
 10. Garcia-Falgueras A., Swaab D. F. A sex difference in the hypothalamic uncinate nucleus: relationship to gender identity // Brain. 2008. № 131. Р. 3132 – 3146.
 11. Garg G., Marwaha R. Gender Dysphoria (Sexual Identity Disorders) [Updated 2019 Dec 20]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532313/>.
 12. Glisick V. S. A New Theory of Gender Dysphoria Incorporating the Distress, Social Behavioral, and Body-Ownership Networks // eNeuro. 2019. № 6.
 13. Lebow M., Chen A. Overshadowed by the amygdala: the bed nucleus of the stria terminalis emerges as key to psychiatric disorders // Mol Psychiatry. 2016. № 21. Р. 450 – 463.
 14. Mueller S. C., De Cuypere G., T'Sjoen G. Transgender Research in the 21st Century: A Selective Critical Review From a Neurocognitive Perspective // Am J Psychiatry. 2017. № 12. Р. 1155 – 1162.
 15. Polderman T. J. C., Kreukels B. P. C., Irwig M. S. et al. The Biological Contributions to Gender Identity and Gender Diversity: Bringing Data to the Table // Behavior Genetics. 2018. № 48. Р. 95 – 108.
 16. Preston C., Ehrsson H. H. (2016) Illusory obesity triggers body dissatisfaction responses in the insula and anterior cingulate cortex. // Cereb Cortex. 2016. № 26. Р. 4450 – 4460.
 17. Reed G. M. et al. Расстройства, связанные с сексуальностью и половой принадлежностью в МКБ-11: пересмотр классификации МКБ-10, основанный на последних научных доказательствах, клиническом опыте и правовых соображениях // Официальный журнал всемирной психиатрической ассоциации (ВПА). — 2016. — Т. 15. — № 3. — С. 205 – 209.
 18. Tillman R. M., Stockbridge M. D., Nacewicz B. M., Torrisi S., Fox A. S., Smith J. F., Shackman A. J. Intrinsic functional connectivity of the central extended amygdala // Hum Brain Mapp. 2018. № 39. Р. 1291 – 1312.
 19. Usher R. North American Lexicon of Transgender Terms. GLB Publishers, 2006. Р. 64.
 20. Zhou J., Hofman M. A., Gooren L. J. G., Swaab D. F. A sex difference in the human brain and its relation to transsexuality // Nature. 1995. № 378. Р. 68 – 70.

РЕКОМЕНДУЕМ

**новое дополненное издание монографии
Виктора Ефимовича Кагана**

“АУТИЗМ У ДЕТЕЙ”

М.: Изд-во “Смысл”, 2020

КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ

Употребление психостимуляторов, затрудняющее диагностику параноидной шизофрении

Разбор ведет А. А. Шмилович¹, врач-докладчик Н. В. Пышкина²
(Психиатрическая клиническая больница № 4 им. П. Б. Ганнушкина,
12.09.2019 г.)

Пациент: Вадим Дмитриевич, (*имя изменено*)
1995 г.р. (24 года)

Цели клинического разбора:

1. Дифференциальная диагностика между биполярным аффективным расстройством (F31), шизоаффективным вариантом приступообразной формы шизофрении (F25), параноидной шизофренией (F20) и расстройством личности и поведения вследствие зависимости от ПАВ с продуктивными симптомами в рамках интоксикационного психоза (F19.7).

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

3. Выбор стратегии и тактики психофармакотерапии, а также биopsихосоциальной реабилитации пациента.

Анамнез жизни

Наследственность отягощена психическими заболеваниями: у бабушки пациента БАР, у дяди также БАР — оба наблюдались психиатрами, у матери — суициdalная попытка. Родители пациента злоупотребляли психоактивными веществами. Отец “вращался” в криминальных кругах. Оба родителя рано ушли из жизни (отец, когда пациенту было 2 года, мать — в возрасте пациента 4 года). Опекунство оформила бабушка. Развивался соответственно возрасту, рос любознательным, своенравным. После смерти матери у пациента началась бронхиальная астма, появилось повышенное внутричерепное давление. С детства стал высказывать мысли о том, что “никому не нужен, остался один”. В возрасте 4х лет заявлял, что он “мужчина и не собирается слушаться”.

В школу пошел с 6 лет, первые месяцы учился в обычной школе, через 3 месяца был переведен в специализированный интернат для детей с нарушениями осанки, так как бабушка болела и не могла уделять пациенту внимание. Пребывание там оставило неприятные воспоминания, “перенес стресс”, было тяжело вдали от дома, не нравилось строгое воспитание, “там узнал настоящую жизнь”. Со слов бабушки, вернулся “не таким, как прежде, начал обзвываться, грубить”. Со 2-го класса школы жил у бабушки, вернулся в общеобразовательную школу. Отношения со сверстниками сразу не сложились, дразнили, называли безответственной, интернатским, был “изгоем”, часто дрался, не терпел замечаний, был трудновоспитуем, не слушался, в связи с чем бабушку часто вызывали в школу. После 5 класса периодически прогуливал уроки.

В 7 классе перешел в частную школу с православным уклоном. Адаптировался с трудом в новом коллективе, несколько месяцев отказывался посещать занятия. Учился неровно, предпочитал географию, историю, обществознание. Увлекался игрой в шахматы, занимал места на олимпиадах. В 8 классе (в возрасте 14 лет) нарушился сон, сидел ночами за компьютером, ничего не хотел делать по дому, “учился спустя рукава”, несмотря на занятия с репетиторами. По совету педагогов обследовался у психоневролога. Заключение: “Особенности характера”. Были рекомендованы занятия с психологом, которые пациент посещал, со слов пациента, занятия помогли социализироваться, адаптироваться.

После 9 класса (в 15 лет, 2010 г.) поступил в колледж на юридический факультет, учеба давалась легко, так как “обстановка была иной”, даже занял лидирующую позицию, стал общительным, “центром притяжения”, “вел веселый образ жизни”, было много друзей и девушек, но отношения были часто поверхностными и нестойкими, “постоянно звонили, чувствовал, что кому-то нужен… приглашал к себе в гости… пили пиво” (алкоголь употребляет с 16 лет). В 2011 г., когда пациенту было 16 лет, проходил обсле-

¹ Доктор медицинских наук, заведующий кафедрой психиатрии и медицинской психологии Российской исследовательского медицинского университета им. Н. И. Пирогова.

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

Употребление психостимуляторов, затрудняющее диагностику параноидной шизофрении

дования по линии РВК в подростковом отделении ПКБ № 15, освобожден от службы в армии (мед. документации нет).

По достижению 18 лет получил однокомнатную квартиру как сирота, отнесся к этому равнодушно, в то время умер дед, тяжело переносил его смерть, продолжал жить у бабушки, требуя денег на различные поездки, угрожал, заявляя: “я тебя до инвалидной коляске доведу, если не отдашь мне документы на квартиру”. Через некоторое время стал жить отдельно, продолжая поддерживать отношения с бабушкой. После колледжа продолжил обучение в университете по специальности “юрист”. Со слов дяди пациента, поступил по льготному набору, как сирота, учился “спустя рукава”, “учебу практически не посещал”, “тусовался” в клубах, часто драился. С девушками встречается с 15 лет, периодически с ними сожительствует, в настоящее время свободен от отношений, “решил, что сразу женюсь, встречаться долго не буду, потому что в процессе отношений, начинаю сомневаться и до ЗАГСа с ними не дохожу...”.

Перенесенные заболевания в анамнезе: осенью 2012 г. ЗЧМТ с сотрясением головного мозга, полученная в драке (мед. докум. не представлена).

Анамнез болезни:

Первая госпитализация в дневной стационар ПНД № 5 с 20.09.2013 г. по 21.10.2013 г. (30 дней) (пациенту 18 лет)

Летом 2013 г. познакомился с девушкой, с которой вступил в серьезные отношения. В дальнейшем, когда она одна уезжала на море, обнаружил в интернете, что девушка выложила фотографию с другим парнем. Стал переживать, плакал, появилось недоверие, думал об измене, хотя девушка все отрицала. В течение года несколько раз хотел прервать с ней отношения, встречался с другими девушками, затем возвращался к этой девушке, когда у нее уже был другой парень. Постоянно переживал, не мог определиться, как быть, думал о неразрешенной ситуации. Последний месяц перед первым обращением к психиатру особенно сильно переживал сложные с ней отношения, трудно засыпал, появилась раздражительность, вспышчивость, плаксивость, “невыносимая боль в области солнечного сплетения”, “ходил, стиснув зубы”, часто имел сниженное настроение — потерял уверенность в себе, “разучился радоваться жизни”, общаться с людьми “все как-то отвернулись от меня”, постоянно думал о сложившейся ситуации, стал бояться, что может потерять контроль над собой и сделать какие-то неправильные поступки. По собственной инициативе обратился в ПНД, был направлен на лечение в дневной стационар.

При поступлении в дневной стационар: Приходит самостоятельно. Внешне одет опрятно. Охотно вступает в беседу, многословен, подробно рассказывает о психотравмирующей ситуации, о сложных отношениях с девушкой, сообщает, что запутался, не может

определиться с выбором — с одной стороны хочет разорвать отношения, т.к. утратил веру, с другой какая-то обида, что с ним так поступили, вновь начинает ей звонить... даже когда у нее появился другой парень “туяли втроем”. Эта неопределенность последний год вызывает постоянно эмоциональное напряжение, не может больше ничем заниматься, ни о чем думать, кажется, что утратил цели в жизни, интерес к прежним увлечениям. Из-за этого появляется злость на нее и на себя, раздражение “боюсь, что сорвусь... не смогу себя контролировать... могу ударить... поэтому и пришел к психиатру”. При разговоре держится свободно, сидит, развалившись в кресле, картино разводит руками, жестикулирует, пытается

произвести впечатления страдающего человека, ищет сочувствия, помощи. Мысление последовательное. Интеллектуально — мистические функции сохранны. Критичен.

Дневной стационар посещал нерегулярно, была назначена терапия: Пантогам 750 мг/сут, Финлепсин Ретард 300 мг/сут, Неулептил — 10 капель/сут, Труксал 25 мг на ночь, психотерапия

В результате лечения и психотерапевтических занятий уменьшилась раздражительность, стал спокойнее, улучшился сон, настроение, появились желание заниматься прежними увлечениями, возможность дистанцироваться от психотравмирующей ситуации, которая также стала разрешаться, решил расстаться с девушкой.

Назначенную терапию принимал около 2-х недель, в связи с отсутствием эффекта самостоятельно прекратил прием. Был выписан из дневного стационара за нарушение режима с диагнозом: F43.25 Смешанное расстройство эмоций и поведения, обусловленное расстройством адаптации.

После выписки из дневного стационара параллельно с учебой подрабатывал продавцом-консультантом. В дальнейшем уволился из магазина, пытался вести собственный бизнес, якобы, занимался бизнесом по продаже леса. Вступил во множество общественных организаций (работал в следственном комитете, в организации “Офицеры России”). Проживал один.

Начал употреблять ПАВ (каннабиноиды, эфедрон) (в возрасте 18 лет). За компанию с соседом курил гашиш, в состоянии интоксикации чувствовал себя расслабленным. В дальнейшем перешел на ежедневное курение каннабиноидов в течение нескольких месяцев.

Первая госпитализация в ПБ с 27.10.2016 г. – 24.11.2016 г. (28 дней) (пациенту 21 год)

В октябре 2016 года, когда пациенту был 21 год, вновь изменилось состояние — нарушился ночной сон, много говорил, “мысли текли быстро”, много ел, считал себя избранным человеком, другом Бога, блудным сыном, видящим людей насквозь, “перерождением Иисуса”. Выбегал полуголый на улицу, заяв-

лял, что происходит “битва в астральных мирах”, что он всех спас, что с ним “общается Бог” через аккаунт ВКонтакте. Стал “видеть повсюду знаки”, обращал внимание, что первые лица государства обращаются именно к нему из телевизора, говорил, что ему нужно встретиться с президентом России. Испытывал “воздействие”, считал, что мысли ему вкладывают в голову. Возникали идеи преследования со стороны ФСБ, предполагал, что следят через телефон, из-за чего выбросил свой мобильный телефон в мусоропровод. По бредовым мотивам обратился в прокуратуру, искал там “следователя Аню с целью разобраться”. Был ажитирован, возбужден. Госпитализирован в ПКБ№ 4.

В психическом статусе при поступлении: ориентирован всесторонне верно. Спокоен, упорядочен. Острой психотической симптоматики в виде галлюцинаций и тревоги не выявляет. Фон настроения ровный, аффективных колебаний нет. Спокойно сообщает, что “нужно срочно в прокуратуру к следователю Анне, которая решит проблему”. Эпизодически в ходе беседы внезапно умолкает, начинает плакать, вытирает слезы. Отмечается внезапная остановка речи в виде шперунгов. Не может сосредоточиться и ответить на элементарный вопрос. Мышление грубо разложено в сторону разноплановости и соскальзывания. Амбивалентен. В ходе беседы внезапно становится тревожным, затем садится на стул, развалившись на нем, и раскинув широко ноги на весь кабинет, громко зевает, высовывает язык, что-то с него собирает. Затем внезапно заявляет, что немного в этом стационаре поживет, поест, попьет... Не против полечиться, но без всяких “внедрений” в него...

В отделении первое время с утра возбужден, конфликтен, претенциозен, высказывает претензии бредового характера: “почему здесь висит камера, она за мной следит, снимает как в Дом -2, Вы не имеете право за мной следить”. Отрицает всё свое прежнее поведение, сведения указанные в направлении, заявляет, что “это сговор, оговор с непонятной целью”. Требует “восполнить потери” за его дорогое время, так как его “время стоит очень дорого и за него не расплатиться”. Неожиданно возбудился, стал громко кричать, скандалить, угрожать разбить камеру, выдал раптоидное возбуждение. Считает, что общается “со своим отцом, слышу его указания”, намекает на то, что его отец-бог, а себя считает “избранным, не таким, как все, я отмечен своим всемышленным отцом для определенной миссии...”. Сообщает, что ощущает порой воздействие “непонятное какое-то, со стороны, как будто кто-то вложил мне в голову чужие мысли и управляет ими. Если у меня возникают какие-то сложные вопросы, то я задаю себе этот вопрос и смотрю в ленту новостей сети Вконтакте, там всплывают новостные блоки, и по ним я получаю ответы на свои вопросы. Розовый закат в Москве говорит о том, что мне пришло сообщение, что правильно пытался привлечь к

религии соседа”. Сообщает, что когда смотрит телевизор, ему там “много совпадений посыпают”, чтобы он “понял намек и сделал вывод: вот вчера Медведев не просто так остановился у картины в музее, он подал для меня вселенский знак...”. При этом многозначительно поднимает голову вверх и смотрит в потолок.

Заключение психолога (10.11.2016 г.)⁷

В ходе обследования на фоне относительной сохранности основных мыслительных процессов (способности к общению, абстрагированию, отвлечению, анализу и синтезу) выявляются некоторые признаки расшатывания категориальной структуры мышления в виде своеобразия, формальности ассоциаций, наличия личностно значимых ассоциативных образов, их эмоциональная монотонность, некоторая однообразность. Мнестические способности в целом сохранены. Выявляются трудности распределения, некоторая неустойчивость внимания, незначительные трудности переключаемости. Выявляются изменения в эмоционально-личностной сфере: эмоциональная нивелированность, замкнутость, тревожность, сенситивность, неуверенность в себе у застревающей, склонной к частым сомнениям, дистимии, испытывающей значительные трудности при принятии самостоятельных решений личности. Испытуемый нуждается в мягком подбадривании, поддержке со стороны близких. Как по данным проективных методик, так и по данным шкалы депрессии Бека, выявляется наличие депрессивного состояния.

Консультация профессора Шмуклера Александра Борисовича

Пациент перенес острый полиморфный аффективно-бредовый приступ с отрывочными идеями преследования интерметаморфозы, инкогеренции мышления. В процессе динамики состояния имели место отдельные парофренные включения с псевдогаллюцинаторными переживаниями. В процессе терапии произошла редукция описанной симптоматики, однако, сохраняется лабильность аффекта, идеаторные нарушения, трудности в концентрации внимания, элементы символизма в высказываниях, с эпизодическими идеями отношения. В то же время формируется критика. Следует проводить дифференциальный диагноз между острым полиморфным психотическим расстройством и интоксикационным психозом. В пользу первого говорит: отсутствие злоупотребления ПАВ накануне развития психического состояния, а также характерная динамика острого эндогенного бредового психоза.

На фоне терапии галоперидолом до 15 мг/сут, аминазином до 100 мг/сут, карbamазепином до 600 мг/сут купировалась процессуальная симптоматика. Поведение приобрело упорядоченный характер. Полностью постепенно редуцировались тревога и страх. Восстановлен сон и аппетит. Фон настроения выровнялся, аффективных колебаний не выявлял.

Употребление психостимуляторов, затрудняющее диагностику параноидной шизофрении

Выписан с диагнозом: "F.23.10 Острое полиморфное психотические расстройство с симптомами шизофрении без ассоциированного стресса" в ПНД на поддерживающей терапии: галоперидол 6 мг/сут, карбамазепин 200 мг/сут, тригексифенидил 4 мг/сут. После выписки рекомендованную терапию не принимал. Обратился в ПНД, откуда был направлен для продолжения лечения в Дневной стационар ПНД № 5.

Находился на лечении в **Дневном стационаре с 28.11.2016 г. по 09.12.2016 г.**

Пришел в дневной стационар в сопровождении отца. Внешний вид неряшливый. В беседе словоохотлив, рассказывает о своих "заслугах", подробно описывает множество общественных организаций, в которых состоит. Фон настроения обычный. Эмоционально сглажен. Мышление паралогичное, витиеватое. Активно резонерствует, делает акцент на своем социальном "статусе" и "полезности для общества". При этом довольно откровенно рассказывает о перенесенных переживаниях в психозе — "думал, что за мной следят, считал, что мысли не мои, чужие, их мне вкладывали в голову". Рассказывает что накануне госпитализации обращал внимание на машины рядом с домом, считал, что все автомобили связаны с преследователями. Утверждает, что после выписки лечение не принимал, категорически отказывается от приема галоперидола — "мне от него очень плохо, слюни текут и сковывает, я его не пью три дня и хорошо все стало!!!". Ночь спал. Аппетит достаточный. Актуальных бредовых идей не высказывает, наличие "голосов" отрицает, поведением не обнаруживает. Агрессивных и аутоагgressивных тенденций не проявляет. Суицидальные мысли отрицает.

Переведен на терапию: Рисперидон 4 мг/сут., Карбамазепин 500 мг/сут, Тригексифенидил 2 мг/сут

В результате лечения состояние улучшилось, купированы проявления нейролептического синдрома. Состояние оставалось стабильным. Настроение ровное, аффективно стабилен. Тревогу, суицидальные мысли отрицает. Мышление витиеватое. Эмоционально нивелирован. Наличие обманов восприятия отрицает, поведением не обнаруживает. Актуальных бредовых идей не высказывает. Агрессивных и аутоагgressивных тенденций не проявляет. Имеет установку на трудоустройство, строит реальные планы на будущее.

Был выписан из ДС в связи с отказом от лечения. После выписки в ПНД не обращался, лекарственную терапию не принимал. Со слов пациента, действие препарата не нравилось, "ощущал себя в прострации". Со слов дяди пациента, после выписки время от времени начинал говорить о том, что видит вокруг себя "знаки", утверждал, что у него другой отец — "не простой человек", что родственники его обманули насчет смерти отца. Оформил академический от-

пуск в университете. Продолжал употребление ПАВ — каннабис, эфедрон, "спиды".

Настроение становилось безрадостным, не было желаний, говорил, что ощущает "скрежет в душе", учеба не интересовала, часто видел сны о девушке, с которой расстался. Обратился в МНИИП с бабушкой с целью подбора терапии.

Вторая госпитализация с 28.03.2017 г. — 25.04.2017 г. в МНИИП (28 дней) (пациенту 22 года)

При поступлении держится демонстративно, наловато. Сидит, развалившись на стуле, забросив ногу на ногу. Выражение лица печальное. Отвечает издалека, пытаясь найти причины изменений состояния, ответы не всегда последовательные. Изредка улыбается в соответствии с темой беседы. Настроение оценивает как безрадостное, апатичное, без колебаний в течение суток. Периодически ощущает "скрежет в груди". Не видит перспектив в будущем. "Всплывают" воспоминания о прошлых отношениях. В курении марихуаны не отмечает ничего пагубного, подчеркивая, что курил исключительно гашиш. Надеется, что после курса лечения "выйдет с легкостью в душу".

Заключение психолога (06.04.2017):

На момент обследования определяется тенденция кискажениям сложных процессов мышления при сохранности всех видов памяти и личностных особенностей, вероятнее, шизоидного характера.

Консультация д.м.н., проф. Гофмана Александра Генриховича и к.м.н. Кожиновой Татьяны Анатольевны с целью уточнения диагноза и подбора терапии.

Заключение: Статус определяется апатической депрессией в структуре биполярного аффективного расстройства. Однако, с учетом наличия маниакальной симптоматики в анамнезе, необходимо осторожно подбирать антидепрессивную терапию, опасаясь инверсии аффекта.

Получал терапию: Симбалта 60 мг/сут, Миртазонал 15 мг/сут

На фоне приема терапии сохранялось сниженное настроение, вялость, сонливость в течение дня, ощущал в любой области и в груди "какое-то взаимосвязанное напряжение", за внешним видом не следил.

После увеличения дозы Симбалты до 120 мг/сут, Миртазонала до 30 мг/сут, состояние постепенно улучшилось, нормализовалось настроение, исчезли витальные проявления, восстановилась дневная активность и стабилизировался сон.

Планировал приступить к учебе после окончания академотпуска, выйти на работу, сформировал позицию отказа в отношении ПАВ.

Выписан в удовлетворительном состоянии с диагнозом:

F31.3 Биполярное аффективное расстройство, эпизод умеренной депрессии. F 21.1 Злоупотребление каннабиноидами.

Рекомендованная терапия: Симбалта 120 мг/сут, Миртазонал 30 мг/сут, Депакин Хроно 300 мг/сут

После выписки на фоне приема подобранной терапии отмечалась медикаментозная ремиссия, но через 2 месяца вновь начал употреблять каннабис. Из родных общался только с бабушкой, с которой периодически имел “натянутые отношения”. Восстановился в ВУЗе. Проживал в гражданском браке с девушкой.

Третья госпитализация с 26.12.2017 г. – 29.12.2017 г. (4 дня)

В конце декабря 2017 г. (22 года) нарушился ночной сон, был возбужден, то кричал, то плакал, то смеялся, то задумывался. Испытывал наплывы мыслей, якобы слышал “голоса, топот”, считал, что над ним кто-то смеется. Высказывал желание “умереть”. Бегал по улице в рваных кроссовках, хватался за ножи. В таком состоянии убил кота. Госпитализирован в ПКБ № 4 в недобровольном порядке по путевке МНИИП.

При поступлении находился в состоянии психомоторного возбуждения, применялись меры физического стеснения. Импульсивен, движения порывисты. Громок, расторможен. Говорит без умолку. Контакт малопродуктивен. Высказывает идеи превосходства. Инструкциям следует не всегда. Мышление разложено. Сведения о себе излагает путано. Отмечается эмоциональное напряжение, склонность к аффективным разрядам. Фон настроения неустойчивый, с оттенком дисфории.

На фоне терапии тизерцином, аминазином, феназепамом быстро выходит из психотического состояния. Припоминает, что дома последние сутки почти не спал. Был подвижен, “все куда-то бежал”, настроение было переменчивым. В связи с отказом от дальнейшего лечения и отсутствием показаний для недобровольной госпитализации выписан с диагнозом: “Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод гипомании”. Рекомендовано: Феназепам 1 мг на ночь, Сероквель пролонг 400 мг/сут, Депакин Хроно 1000 мг/сут

После выписки находился на консультативном наблюдении в ПНД № 5, так как отказался от посещения ДС и прикрепления к ОИОПП. ПНД также не посещал. Принимал депакин по своему усмотрению.

Окончил университет в 2018 г. по специальности юрист, со слов дяди пациента, получил диплом “как сирота”. После окончания ВУЗа устроился работать младшим юристом в фирму, занимающуюся ставками на тотализаторе. Отличался высоким самомнением, заявлял на работе, что к нему предвзято относятся, “вызывают”, что его “проверяет ФСБ”. Со слов дяди, стал чаще и более бессистемно наркотизироваться, при этом периодами до 3-х месяцев мог не употреблять наркотики вообще. Уволился из фирмы осенью 2018 г. Со слов пациента, решил, что “юрист, не моя специальность...”. В дальнейшем работал на различных малоквалифицированных работах (водителем

такси, продавцом, разнорабочим на стройке), нигде подолгу не удерживался. Взял кредит в банке, который не смог погасить, сейчас должен около 400 тысяч рублей.

Четвертая госпитализация с 25.07.2019 г. – 06.08.2019 г. (13 дней) (пациенту 24 года)

В июле 2019 г. состояние вновь изменилось: нарушился сон, снизилось настроение, появились “плохие” мысли. Имеются сведения, что в это время, работая на стройке, курил “соль амфетамина”. Самостоятельно обратился за помощью, доставлен путем СПП в ПКБ № 4.

При поступлении жалуется на сниженное настроение и “плохие” мысли. В сознании. Ориентирован полностью. Тревожен. Настроение снижено. Несколько подавлен, но в беседу вступает охотно, рассказывает о своих переживаниях, беспокоится о своем состоянии. На момент осмотра вне острых психотических расстройств. Мышление несколько замедленно, последовательное. Интеллектуально сохранен. Внимание удерживает.

Врачом приемного отделения выставлен диагноз: “Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод легкой или умеренной депрессии, Тревожно-депрессивный синдром с суициальными мыслями”.

В отделении: Пришел на беседу по приглашению. Беседует охотно, подробно рассказывает обстоятельства госпитализации, интересуется сроками лечения, в беседе периодически нелепо улыбается, пытается преподнести себя в лучшем свете, лжив, изворотлив. Сообщает, что накануне госпитализации поругался с девушкой, выпил пива около 2-х литров, появились “плохие мысли в голове, поэтому решил вызвать скорую”. Высказывает отрывочные идеи отношения в адрес бабушки, дяди, говорит об особом отношении их к нему. Считает, что они замешаны в его неприятностях в жизни, хоть и не проживают с ним совместно. Фон настроения несколько повышен. Мышление непоследовательное, паралогичное. Агрессивные и суициальные тенденции отрицают, поведением не обнаруживает.

Заключение психолога (29.07.2019 г.): по итогам проведенного обследования выявляются нарушения мышления специфической эндогенной природы со снижением продуктивности мышления и коррекционных возможностей у пациента со снижением критической оценки в сочетании с негрубо выраженным признаками дезорганизации психической деятельности.

Выписан по настоящию пациента с диагнозом: “Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод гипомании”. Показаний для недобровольной госпитализации нет.

Рекомендовано: зипрасидон 80 мг/сут, валпроевая кислота 1000 мг/сут, бипириден 4 мг/сут

После выписки в ПНД не обратился, лекарства систематически не принимал, “курил траву”. На этом фоне появилась тревога, подавленность, нарушился

Употребление психостимуляторов, затрудняющее диагностику параноидной шизофрении

ночной сон, по словам дяди “вел себя странно”, как после употребления наркотика, был “как потерянный”, появился шум в ухе. 14.08.2019 г. обратился с дядей в ПНД, направлен на лечение в дневной стационар.

Госпитализация в ДС ПНД № 5 с 14.08.2019 г. по 20.08.2019 г. (7 дней)

Находясь на лечении в ДС, не соблюдал режим лекарственной терапии, употреблял ПАВ (эфедрон, каннабиноиды). В статусе на первый план выступали процессуальные нарушения мышления, аффективная неустойчивость. 20.08.2019 г. не пришел в ДС, был недоступен по телефонам (“подарил просто так” “другу” свой мобильный телефон), в связи с чем выписан.

Со слов дяди, пациент в настоящее время пустил в квартиру случайных знакомых, наркотизируется вместе с ними, не имеет средств к существованию, бездумно тратит предоставляемые ему родственниками деньги, раздает малознакомым людям свои личные вещи.

21.08.2019 г. приведен в ДС “другом” с просьбой о принятии на лечение повторно, т.к. вел себя “странны”, “говорил про смерть, свою вину и Антихриста”. Все друзья не скрывают, что употребляют ПАВ. Последнее употребление эфедрона пациентом “три дня назад”. “Друг” отмечал, что пациент “остается странным и когда без наркотика”.

Пациент о своем состоянии ничего толком рассказать не может, дает противоречивые, амбивалентные ответы. То говорит, что ему “тяжело на душе” от того, что “отвергнут родственниками, меня никто не любит”, то заявляет, что “настроение нормальное, хорошее”, “хочу жениться”. Раздражается при уточняющих вопросах врача, становится оппозиционным, замыкается. Говорит, что “помнит”, как мать “положила в гроб отцу платок, это значит — любовь до гроба”. Утверждает, что употребляет наркотики, чтобы было “легче общаться, чтобы испытать свое эмоциональное состояние, развинуть границы мира”, но ему “всё равно есть наркотики или нет”. Не может ответить на вопрос о том, почему он не работает. Дает пространные, замысловатые ответы, сводящиеся к тому, что “он не нашел себя...”, пока “не понимает, чем заняться... нужно учиться... мало знаний...”. Пополгу выдерживает паузу.

Потом заявляет, что намерен жениться, при этом со своей “избранницей” не общался около 3-х месяцев. На вопрос о “голосах” говорит, что иногда мысли в голове “как будто не мои”. Не может объяснить, почему говорил про Антихриста. Пространно говорит, что “читает религиозную литературу”, а живет в квартире № 6 на улице..... Спрашивает у врача “Вы понимаете, что это значит?”. Считает эти обстоятельства “странными”, “число 6 — это знаете, какое число?”. Так же витиевато, “заумно” объясняет цель лечения в ДС — “чтобы стать собой”, “чтобы перестать зависеть”.

В статусе на первый план выступает выраженная разноплановость, непоследовательность, аморфность, дезорганизованность мышления. Суицидальные мысли отрицают. Соглашается на посещение дневного стационара и прием лекарственной терапии.

Назначен: Палиперидон 6 мг/сут

22.08.2019 г. пришел в ДС в сопровождении наркотизирующихся “друзей”. Сообщает, что вчера курил “траву”, потом отрицают это. Жалуется на “боль в груди”, “чувство одиночества”, высказывает идеи вины перед своими родственниками, считает, что причинил “много зла”, “не отвечал любовью”. Рассказывает, что ночью во сне “видел свою могилу”. Отмечает, что внутри себя испытывает страх и агрессию из-за того, что “много чего нехорошего сделал”, виноват “перед Богом”. Говорит, что он “не может разобраться в себе, мысли в голове путаются”. Планы на будущее носят нелепый характер, заявляет, что намерен жениться, что он “чувствует” свою избранницу на расстоянии, при том, что объективно близко с ней не знаком. Вычурно объясняет причины предыдущей госпитализации в ПБ — “хотел разобраться в себе...понять, что чувствую...свои мысли”. Высказывает отрывочные идеи особого значения, считает, что он “неспроста” живет на улице “... в доме № 6”, что это как-то “связано с Антихристом”. Критики к наркотизации и образу жизни нет.

Диагноз: F.25.21 Шизофрения приступообразная, осложненная употреблением нескольких ПАВ (каннабиноиды, эфедрон), шизоаффективный вариант, смешанный (биполярный) тип. Психопатоподобный синдром. Аффективно-бредовый синдром.

Направлен в стационар ПКБ № 4 для уточнения диагноза и подбора терапии.

Пятая госпитализация в стационар с 22.08.2019 г. – 02.09.2019 г.

Психический статус при поступлении: В сознании, ориентирован полностью, доступен контакту. Фон настроения неустойчивый, с гневливым оттенком. Эмоционально нивелирован, холоден. Изъясняется витиевато, невнятно, грубо, однозначно, в высказываниях амбивалентен. Полностью переживаний не раскрывает. Жалуется на чувство одиночества, проблемы в отношениях с любимой девушкой. Сообщает, что курил “траву” 2 дня назад.

Получал лечение:

- Вальпроевая кислота 2000 мг/сут; Инвега 0.006 мг/сут

Находясь на лечении, в отделении ударили умышленно отсталого соседа по палате, заявив, что уличил того в краже продуктов питания у других пациентов. В связи с нарастающим отеком и болезненностью правой кисти, был переведен в психо-соматическое отделение.

Настоящая госпитализация с 06.09.2019 г., возврат из ПСО. В лабораторных исследованиях (ОАК, ОАМ, Биохимический анализ крови) без отклонений от нормы.

Осмотрен специалистами:

Заключение терапевта: J45.9 Астма неуточненная, ремиссия; J42 хронический бронхит неуточненный, ремиссия

Заключение невролога: G92 токсическая энцефалопатия

Заключение по результатам патопсихологического обследования от 09.09.2019 г. (медицинский психолог Е. А. Гордеева). Используемые методики: метод исследования механической памяти “10 слов”; методика “от 100 по 7”; таблицы Шульте; метод “Пиктограмм”; метод “Сравнение понятий”; метод “Классификации”; Восьмицветовой тест Люшера; метод исследования самооценки Дембо-Рубинштейн; личностный опросник Мини-мульт (СМОЛ); цельная диагностика уровня депрессии и тревоги по шкалам Бека, а также методы наблюдения и клинической беседы.

По данным наблюдения и клинической беседы: пациент доступен продуктивному речевому контакту. Ориентирован всесторонне верно. На поставленные вопросы отвечает развернуто, ответы в рамках заданного. Речь, понятная, эмоционально окрашенная, по типу монолога, обращает на себя внимание усложнение речевых конструкций. Зрительный контакт поддерживает, социальную дистанцию взаимодействия формально соблюдает (в разговор вступает неохотно, ведет себя надменно).

Ранее, со слов пациента неоднократно обращался за помощью в ПБ. Причину госпитализации мотивирует расстройствами сна. Сообщает: “плохо спал ночью, обратился за помощью в ДС при ПНД, врач сказал, что мне нужно лечь, подлечиться”. Также пациент открыто делится фактом систематического употребления ПАВ. Критика к своему состоянию формальна, отмечает частую смену настроения и проблемы со сном, однако причин для дальнейшего пребывания в стационаре не видит. Жалоб на состояние психической деятельности (память, внимание, трудности сосредоточения) не предъявляет. Эмоциональный фон неустойчивый, эмоциональные реакции разнообразны, не всегда адекватны ситуации (в процессе выполнения заданий, при возникновении сложностей, начинает ругаться, стремится закончить обследование). При описании себя амбивалентен, в обычной жизни характеризует себя так: “добрый, но иногда импульсивный, терпеливый, но взрывоопасный”. Формально понимает цели экспериментально-психологического обследования, неохотно приступает к выполнению заданий, однако в ходе эксперимента включается, отмечается заинтересованность, стремление к успеху, старание выполнять задания на максимальном уровне, потом интересуется результатами. Усталость отрицает.

При патопсихологическом исследовании: инструкции усваивает частично, не всегда с первого раза, требуется повторное предъявление. На помощь и под-

сказки реагирует положительно, в деятельности их использует продуктивно. По объективным данным патопсихологического обследования исследование мнестических процессов снижения объема краткосрочной и долговременной памяти не выявило (кризис запоминания 10 слов: 7; 9; 9; 8; 9...10). Внимание лабильное, с признаками истощаемости психических процессов в условиях функциональной нагрузки (таблицы Шульте: 25 сек., 32 сек., 40 сек., 50 сек., 42 сек.). Темп деятельности неустойчивый. Анализ мыслительной продукции выявил особенности операционально-мотивационного компонента мышления в виде эпизодических соскальзываний при достаточных критических и регуляторных возможностях.

Ассоциативная продукция представлена разнообразными образами, наряду с содержательно адекватными образами, обращает на себя внимание наличие содержательно отдаленных, выраженная стереотипия и недостаточность аффективного наполнения рисунков. Эмоционально-личностная сфера характеризуется выраженной эмоциональной неустойчивостью; высокой чувствительностью к внешним воздействиям; тонкой нюансированностью чувств во взаимоотношениях с окружающими и в оценке явлений жизни; незрелостью жизненной позиции; ранимостью; трудностями социальной адаптации в силу повышенной чувствительности и выраженного индивидуализма; экзальтированностью; иррациональностью притязаний; высоким, но неустойчивым уровнем самооценки, на которую оказывает влияние мнение окружающих, отсюда повышенная потребность в признании и элементы демонстративности; развитым воображением и богатой фантазией, а также чертами эмоциональной незрелости.

В структуре личности отмечается заострение психастенических и шизоидных черт (сензитивность, немотивированные опасения, навязчивость, трудности социального приспособления, низкая способность к вытеснению и повышенное внимание к отрицательным сигналам, своеобразие восприятия и суждений, эмоциональная холодность при субъективно повышенной чувствительности, формальная самооценка, избирательность и поверхность в контактах). Цельная диагностика уровня тревоги и депрессии в самоотчете по шкалам Бека наличие депрессивных и тревожных тенденций не выявила.

Таким образом, по результатам патопсихологического обследования на первый план выходят такие личностные особенности как: выраженная эмоциональная неустойчивость, высокая чувствительность к внешним воздействиям, тонкая нюансированность чувств во взаимоотношениях с окружающими и в оценке явлений жизни, незрелость жизненной позиции, ранимость, трудности социальной адаптации в силу повышенной чувствительности и выраженного индивидуализма, экзальтированность, иррациональность притязаний, высокий, но неустойчивый уровень

Употребление психостимуляторов, затрудняющее диагностику параноидной шизофрении

самооценки, на которую оказывает влияние мнение окружающих, повышенная потребность в признании и элементы демонстративности, развитое воображение и богатая фантазия, а также черты эмоциональной незрелости. Вторично отмечаются особенности мышления в виде эпизодических соскальзываний при достаточных критических и регуляторных возможностях.

Психический статус на момент осмотра

На момент осмотра настроение ровное. Бредовых и галлюцинаторных переживаний не обнаруживает. О переживаниях острого периода, связанных с первым поступлением в ПКБ № 4 не рассказывает. Пытается дать рациональное объяснение госпитализации, ссылаясь на различные психотравмирующие факты своей жизни и, в первую очередь, конфликтные отношения с девушками, а в последнее время и с дядей. Твердых установок на воздержание от ПАВ не имеет, хотя формально соглашается, что необходимо прекратить прием наркотиков. Грубых нарушений мышления в процессе беседы не обнаружено, хотя прослеживается тенденция к рассуждательству.

Обоснование диагноза

Отсутствие грубого процессуального дефекта и стержневой галлюцинаторно-бредовой симптоматики не позволяет говорить о диагнозе Параноидная шизофрения.

Следует отметить, что еще до употребления ПАВ у пациента отмечались аффективные нарушения аутохтонного характера, как депрессивные, так и гипоманиакальные.

Дифференциальный диагноз

Дифференциальный диагноз следует проводить между Биполярным аффективным расстройством с психотическими симптомами, неконгруэнтными аффекту, с коморбидной зависимостью от ПАВ и Шизоаффективным расстройством, коморбидным с зависимостью от ПАВ.

В пользу Биполярного аффективного расстройства свидетельствуют:

- чередование в течение жизни депрессивных и маниакальных фаз. В частности, депрессивные эпизоды характеризовались снижением энергии, стойко сниженным настроением, снижением уверенности и самооценки, неспособностью концентрироваться, чрезмерным чувством вины и наличием соматических симптомов в виде “невыносимой боли в груди”. В свою очередь маниакальные эпизоды характеризовались повышенной активностью, говорливостью, повышенной общительностью, снижением потребности во сне;

- ответ на антидепрессивную терапию;
- наследственная отягощенность по линии матери.

Психотические эпизоды (когда считал себя другом Бога, блудным сыном, перерождением Иисуса, испытывал преследование со стороны ФСБ, ощущал слежку через телефон, испытывал сильную тревогу),

скорее всего, были на фоне интоксикации. В пользу этого свидетельствует начало психоза после употребления ПАВ, быстрый и достаточно полный выход из психотического состояния, а также отсутствие психических расстройств вне употребления ПАВ.

Больше данных, с нашей точки зрения, в пользу диагноза Шизоаффективное расстройство, за который говорят своеобразные изменения личности:

- склонность к символизму;
- склонность к рассуждательству;
- склонность к фантазированию;
- особенности мышления в виде эпизодических соскальзываний;
- нарастание отгороженности, чёрствости по отношению к близким (дяде и бабушке) при неадекватных эмоциональных привязанностях к малознакомым лицам (к девушке, с которой собирается связать свою жизнь, к “друзьям”);
- утрата способности к адекватному коммунированию и к социальной активности (вне депрессивного аффекта);
- сверхченное, и в тоже время поверхностное отношение к религии.

Выход

Учитывая вышеизложенное, целесообразно остановиться на клиническом диагнозе:

Приступообразная шизофрения, шизоаффективный вариант, смешанный аффективный (би-поллярный) тип F25.21

Синдром зависимости от употребления нескольких ПАВ F19.242

Ведущий: лечащий врач дневного стационара нам что-то добавит?

Врач дневного стационара: Я могу по нашей истории пройтись. У нас пациент был всего 6 дней, это очень короткий срок. Так что реально было очень сложно что-то сделать.

Единственно, что я могу сказать, что когда его направляли 14 августа, он на осмотре был с гиперемированной кожей и заложенным носом. В этот же день при поступлении в дневной стационар он был, действительно, как-то странноват. В целом доступен, спокоен, управляем, подчиняется. У него были выявлены больше когнитивно-ментальные расстройства, нежели поведенческие. Когда дядя его первый раз привел, он был доступен контакту, поведение в течение беседы меняется, то быстро в плане заданного отвечает на вопрос, то становится молчаливым, задумчивым, и даже на простые вопросы не отвечает, замолкает и подолгу смотрит на врача. Жалобы сформулировать не смог, употребление наркотиков не отрицал. Знал, что курил три дня назад. При этом, при затрагивании темы наркотизации оживлялся, становился более раскованным, рассказывал о своих ощущениях в состоянии опьянения наркотического и относился к этому облегченно, без критики. Болезнь свою считал следствием употребления наркотика, был очень амбива-

лентен, паралогичен, очень непонятно объяснял цель дневного стационара: улучшить состояние, чтобы работать и жениться. Это все так, немножко оторвано от жизни. У нас пациент шел с двойным диагнозом: биполярное расстройство, смешанный аффективный эпизод под вопросом, либо же приступообразная шизофrenия, осложненная употреблением ПАВ. Схема лечения была та же, что в стационаре. На следующий день он пришел, был относительно спокоен, более собран, но опять подчиняемый, походил по помещениям, что-то поделал в реабилитационном кабинете и ушел. А уже с 16-го числа, это была пятница, начались проблемы с посещением. Он пришел уже совсем поздно, под конец рабочего дня. Я его вызывала, дядя мне по телефону сказал, что он накануне был у бабушки, взял 3 тысячи рублей, а в беседе сообщил, что лекарства не принял, потому что к нему пришли друзья, они пили водку, и он все деньги потратил на друзей и на девушку, и феназепам с циклодолом тоже ушел этим друзьям. Когда я его спрашивала: “А что ты дальше-то будешь делать? У тебя же денег нет, чем ты будешь, собственно говоря, питаться?”, он отвечал: “Ну, как-нибудь”. Был немножко растерянный, подолгу обдумывал ответы, говорил просто забубенно: “Я же обещал слушаться, я буду ходить в дневной стационар”. Психопродуктивная симптоматики не обнаружена. После этого я позвонила дяде, поскольку впереди были выходные дни, и попросила проконтролировать прием лекарств. Дядя сказал: “Мы устали. Бабушке 70 лет, она больше не может, и я не могу. Мы от него отказываемся. Он всю жизнь такой психопат, вымогатель денег, не хочет работать, только наркотики, алкоголь на уме”. В пятницу я дала пациенту все те же самые лекарства, кроме циклодола. Пациент сам в дневной стационар в понедельник, 19 августа, не пришел. Я стала ему звонить, но к ответил другой мужчина, сказал “он пошел погулять”. Я попросила, чтобы ему передали, что нужно прийти в дневной стационар. Пациент пришел под конец рабочего дня, был неопрятен, изо рта незначительный запах алкоголя, волосы всклокочены. И в пакетике принес все лекарства, честно, которые ему были выданы, прямо все до одной таблеточки обратно вернул. При этом был такой спокойный, пассивно подчиняемый. Но все опять невпопад, расплывчато, соскальзывает, нить беседы теряет. “Почему не пил лекарства?” Да ничего толком сказать приглушенено, ничего яркого. Планы на будущее, говорит: “Я хочу жениться”. “Ну, как это так, жениться?” “А вот там девушка, а вот я влюбился, а вот я ее интуитивно чувствую”. Телефон мобильный отдал другу. Я говорю: “А как ты будешь дальше с миром связываться?” “А ему нужнее”. Пациент был предупрежден, что если он 20-го числа не придет, то будет выписан, и, естественно, вся терапия, которую он не принимает, ему была отменена. Единственное, что мы могли в этой ситуации сделать, дать ему палиперидон, и 6 миллиграмм палиперидона ему было 19-го

числа дано, несмотря на употребление ПАВ. 20-го числа он не пришел и был выписан. А 21-го числа его привели в дневной стационар два парня и сказали: “Вот, возьмите его обратно”. Я говорю: “Он выписан”. А он в ответ: “Нам такой друг не нужен. С ним что-то явно не то, мы-то там все курим, мефедрончик понюхали — и нормально через часик. А он все время где-то ходит, говорит про какую-то вину, про какого-то Антихриста, тут чего-то не то, Вы его полечите”. И вот он пришел к нам в этот день с друзьями, сидел в свободной позе, развалившись, контакту был доступен, сначала вроде по существу начинал отвечать, потом опять упливал, или отвечал мимо заданного вопроса. Ничего не мог толком объяснить по своему состоянию, давал противоречивые ответы, то “мне тяжело на душе”, от того, что он родственниками отвергнут, его никто не любит, то нормальное настроение, “хочу жениться”, то опять, что его родственники не понимают, вплоть до матерной браны. Но все это, опять же, так приглушено, неярко эмоционально.

Дальше стал говорить о том, что он помнит, как мать положила в гроб отцу платок, и это значит, что это любовь до гроба. Что наркотики употребляет, чтоб было легче общаться, чтобы испытать свое эмоциональное состояние, раздвинуть границы мира, но ему все равно, есть они или нет. Опять, эта женитьба на своей избраннице, с которой не встречается. Опять про Антихриста говорил, тоже очень странно: “Ну, Вы чего, не понимаете? Я же читаю религиозную литературу, у меня улица — Лихоборские Бугры, Вы чего, не понимаете, что это значит? Дом № 6, Вы понимаете, какое это число?” Примерно так. Мы ему опять дали 6 миллиграмм палиперидона. Друзья сказали, что будут его водить в дневной стационар и 22 числа привели. Он опять был пассивно-подчиняемый, сидел в кабинете реабилитации, кошку какую-то рисовал или клеил. Опять эти разговоры, что “я курил траву”, то курил, то не курил, то боль в груди, то одиночество, то вина, то причинил много зла, не отвечал любовью — такие, очень пространные формулировки. То “они мне зло причинили”, “внутри себя испытываю страх и агрессию из-за того, что много чего не хорошего сделал”, “виноват перед Богом”, “не могу разобраться в себе”, “мысли путаются”. И, в общем, я поняла, что лечить его в условиях дневного стационара на фоне употребления психоактивных веществ никак нельзя, это пациент в общем-то с неустановленным окончательно диагнозом, в том числе, и наркологическим, с непонятной маршрутизацией в дальнейшем. И я, по согласованию с Виталием Николаевичем, отправила его опять в стационар. Получается, что за последние полгода пациент очень изменился. Он вдруг уволился с фирмы, это была какая-никакая, а все-таки работа. Он тогда очень даже презентабельно выглядел: пальто и костюм, и галстук, и так далее. Почему вдруг он так стал дрейфо-

Употребление психостимуляторов, затрудняющее диагностику параноидной шизофрении

вать, поменяв массу неквалифицированных работ за последние несколько месяцев? Почему он не видит в этом ничего особенного: “Да нормально, ищу себя”. Это все, по меньшей мере, странно.

Ведущий:

— Скажите, пожалуйста, токсикологический контроль проводился или все известно только со слов? Известно, какие препараты он употреблял?

Врач-докладчик:

— Нет, у нас в больнице не проводится.

Ведущий:

— В приемном покое нет? Полосок нет у Вас в приемном? — *Нет, мы знаем только то, что говорили эти парни: “Ну, мы траву курим”, “Ну, мефедрон как бы есть”.* Конечно, у нас есть необходимость в таком контроле, и мы неоднократно говорили об этом, но тогда надо еще лицензию иметь.

БЕСЕДА С БОЛЬНЫМ

— Здравствуйте! — Прошу Вас, Вадим Дмитриевич. — Сюда, да, могу присесть? — Да, присаживайтесь. Давайте познакомимся, меня зовут Андрей Аркадьевич. — *Вадим Дмитриевич, очень приятно, Андрей Аркадьевич.* — Здесь присутствуют врачи, психологи и даже руководство больницы. Все мы собрались для того, чтобы посмотреть Вас, пообщаться с Вами еще раз и понять, что же это с Вами происходит. — *Ради Бога!* — Как Ваши дела? Как самочувствие? — *Ровное, в целом. Удовлетворительное, всем доволен.* — Вы уже, я так понимаю, шестой раз в стационаре ложитесь? Мы так вот считали количество Ваших госпитализаций, плюс-минус шестая. И, на Ваш взгляд, сейчас эта госпитализация нужна? Вы сами как считаете? — *Ну, я немножко, наверное бы, изменил количество подсчета госпитализаций. И качество подсчета. Качественные и качественные показатели бы я немножко в другую сторону изменил.* Но на сегодняшний день считаю то, что данная госпитализация, она мне нужна. И то, что я вот пролечился сейчас определенное время, и я для себя сделал определенные выводы. — Для чего она Вам нужна? Что Вы смогли от нее получить? — *Более уравновешенное состояние.* — Потом, оно же длится-то недолго, несколько дней. — *Госпитализация? Не несколько дней.* — Ну, когда Вы в это раз сюда легли? Сюда, на Потешную. — *Когда я лег на Потешную?* — Ну, да, вот сейчас. — Я по датам могу Вам сказать, я... — Это где-то начало сентября. — *Нет, не совсем так.* — До этого были в дневном стационаре, несколько дней, а с 21 августа у нас. — *21 августа?* Потом был эпизод с рукой, если помните. — По сути, это одно было. С 21 августа, получается? — Да, получается так. — Ну, все равно, не так уж это и много. — *Ну, все относительно.* — Две-три недели. Что же за это время с Вами произошло, как Вы чувствуете себя сейчас, по сравнению с тем, что было? — *Чувствую себя уравнено-*

вешенно, спокойно. Мысли собраны все. В целом, могу грамотно и четко, в принципе, как мог раньше, излагать свои мысли и доносить их до других людей. Оценить систему психиатрии изнутри, что для меня оказалось очень важным на сегодняшний день. Это одна из моих целей тоже, в том числе, госпитализации. — Оценка психиатрической системы изнутри. — *Изнутри, вот. И сравнить определенные отделения, в которых я лежал, для себя, в каких есть свои плюсы, в каких есть свои минусы, оценить, где какое отношение, какое к кому персонала, то есть оценить отношение от персонала к пациенту, от пациента к персоналу, взвесить это, определенные отношения, посмотреть, что, как, к чему.* Вот определенные мои цели госпитализации были. А так то, что у меня говорили... — То есть это, по сути, такое внутреннее исследование, да? — Да, внутреннее исследование. — Внутреннее исследование. Хорошо, у Вас сложилось какое-то впечатление, Вы уже привели такое сравнение. И результаты каковы? — *Ну, я не делаю преждевременных выводов никогда.* — Еще рано? — Естественно, еще рано. Но, в целом, изменения по состоянию самочувствия явно... — Я про внутреннее состояние больницы. — *A, про внутреннее состояние больницы?* Ну, по сравнению с 2016 годом, когда я первый раз сюда ложился, изменились, но отголоски-то все равно какие-то остаются. — Изменилось в лучшую сторону? — Изменилось... если бы мы с Вами разбирали понятие вектора “лучшее” для психиатрии, мы бы, не знаю, наверное, куда пришли бы. — Вы очень красиво отвечаете. Но Вы так и не ответили на мой вопрос все-таки. На Ваш взгляд, есть прогресс какой-то в организации психиатрической помощи? В структуре психиатрической помощи? В отношении к пациентам? — *На мой скромный взгляд, все же... все же меняется, все же в лучшую сторону, все же меняется.* — В лучшую? — Да, система дневных стационаров ОССП, как они так сейчас называются, на сегодняшний день, система госпитализации там, как правило, две-три недели. В правильном систематическом подходе они, как правило, я даже на примере своей семьи могу заметить то, что они дают о себе знать в какую-то лучшую сторону, у кого-то в худшую. Но это, опять же, систематичность вопроса, в первую очередь. — В любом случае, это очень радостно слышать от пользователя нашей помощи. Это важно. Может быть, Вы об этом даже напишете где-нибудь? — Да я с радостью бы написал, только дело заключается в том, то, что обладать информацией определенной в целом надо, чтобы о чем-то грамотно писать. Но пока что только собственный опыт. — Этого достаточно. — Я считаю, да, этого достаточно. — Раз есть собственный опыт, можно написать прямо на имя главного врача. — Да без проблем! — Хорошо. Давайте поговорим теперь о Вас, о Вашем состоянии, которое было. Я так понимаю, что то, что произошло сейчас — это что-то

такое, что уже повторялось не раз. То есть в прошлом Вы испытывали примерно то же самое? Менялось настроение в лучшую, в худшую сторону, когда Вы становились возбужденным, у Вас могли появляться какие-то такие мысли, связанные с миссией, не знаю, религиозное содержание. Вы об этом говорили. — Да, я могу более-менее развернуто ответить на этот вопрос. — Давайте. Да, давайте. — Но хотелось бы начать с чего, с какой точки Вы хотели бы услышать мой ответ на вопрос? — Ну, давайте с той точки, которую Вы сами можете считать началом. — С точки зрения первого эпизода. — Окей. — То есть это, в первую очередь, была очень сильная влюбленность в определенного человека. Третье, это была работа. То есть второе, это была работа в общественной организации “Офицеры России”. Третье, это была общественная деятельность в Следственном комитете Российской Федерации. Четвертое, это был неуравновешенный эмоциональный фон на отношение с родственниками. И пятым фактором сыграло еще злоупотребление психоактивными веществами. Вот исходя из этого, вылился первый эпизод первого состояния. Это пять факторов, которые я складываю в настоящее время. — Это я понял. А что из себя представлял первый эпизод? — Первый эпизод из себя представлял внутреннее состояние без агрессии, никакой агрессии никому не было. Мир казался очень добрым и улыбчивым, в целом, то есть никому никакой агрессии не было. Было только открытое и доброжелательное начала, которые исходили из собственного начала, назовем это так. В первую очередь, хотелось бы добавить еще то, что опыт первичной госпитализации очень резко оборвал мне все эти начала. Потому что у меня была соседка, и она есть, и жила, соседка сверху, с которой у меня весьма-ма такие, хорошие отношения. Я хотел в прямом смысле слова, она испытывала финансовые трудности, я решил подарить ей... я ей постоянно дарил предметы из своего дома, я решил ей один раз подарить нож. В итоге, на звонок не ответили. Это может звучать, действительно, смешно как бы и глупо, но я, действительно, дарил ей там фонари, светильники, то есть там сковородки и так далее. Но подарить нож, действительно, согласитесь, ножи не дарят, то есть как-то так это все звучит. Ну, вот так. Она мне один раз... она мне говорила “Вот у меня не хватает ножа, вот подари мне его”. То есть она намекнула на подарок. В итоге, ключи отдал от квартиры другу, до друга не дозвонился. Потом у меня полиция нашла нож, и меня госпитализировали, закололи галопериодолом. После этого мнение о системе психиатрии у меня изменилось в крайне негативную сторону. — Понятно. То есть это получилась такая нелепая какая-то история, ситуация... — Нелепая история получилась в корне. — И Вы как человек, оказавшийся в этой истории жертвой, по сути, случайно оказались в больнице? Ну, то есть явно... — Ну, как? Я

никому не угрожал, общественной опасности я никому никакой не нес. — Да-да. И у Вас не было в то время никакой болезни? — Вот какая у меня была тогда болезнь, оценку давать я себе сам не имею права. Поскольку я не доктор и не психиатр. — Да, но, тем не менее, по ощущениям своим. — По ощущениям своим это было, может быть, приподнятое настроение, но не маниакальное. — Понятно. Понятно. — То есть приподнятое. Это когда ты рад видеть, например, людей, рад видеть девушек. Смотришь на них, улыбаешься, ты... — Ну, в рамках нормы. — В рамках нормы. — У многих людей бывает. — Абсолютно. Абсолютно. Абсолютно. — А получилось, что оценили это как болезнь? — А оценили это... оценочное суждение. — Ну, раз закололи галопериодолом, как? Так же? — Да. — Получается, что врачи ошиблись? — Получается, что, может, и ошиблись, может, и не ошиблись, я не знаю. — Если не ошиблись, то тогда сделали это намеренно? — Намеренности тоже в этом никакой не вижу. Наверное, они, в первую очередь, думали о безопасности, когда нашли у меня нож. — Ну, я все-таки думаю, что врачи, в первую очередь, думали о Вашем здоровье. — Я думаю, что действительно врачи, в первую очередь, думали о моем здоровье. Но насколько я знаю, галопериодол на сегодняшний день не самое актуальное средство для... — Ну, его очень широко применяют. — В России. — Не только. — Ну, в странах... — Ну, ладно. В последующем все-таки Ваше состояние при госпитализациях последующих... — Только ухудшалось. — Но, тем не менее, они были более тяжелые, чем вот... — Нет. — Что Вы описываете, это уже была не гипомания, а все-таки что-то другое. — Нет, я Вам сейчас скажу честно то, что все это состояние у меня проходило за один там, за два дня. То есть у меня хорошее настроение, оно сбивалось за один, за два дня. — Это очень хорошо. — То есть вот именно настроение у меня было такое приподнятое, я выпивал буквально одну таблетку зипрекса, я по себе судил, и у меня все, и настроение у меня становилось просто ниже эмоциональной нормы. То есть без зипрекса оно, вот если брать шкалу, условно, была бы здесь какая-нибудь линейка, я бы Вам поставил ее, указал бы. Например, это без зипрекса, это там 3, например, сантиметра. Например. Если норма ноль. А после того, как я выпил зипрексу, например, оно у меня становится там единичка, например, полтора. Если мы берем 10-сантиметровую. А если там без зипрекса, например, и, например, там долго не работал, например, там бездельничал и так далее, то это минус 5 можем ставить, например, вот такие, минус 6, например, состояние. Когда что-то не складывается, например, минус 3. Вы понимаете, наверное, что я имею в виду? — Я понимаю, да. Вы пытаетесь так оцифровать свое состояние. Ну, многие так пациенты делают. Скажите, пожалуйста, у Вас очень рано ушли из жизни родители. — Да. — И Вы, в общем-то, фак-

Употребление психостимуляторов, затрудняющее диагностику параноидной шизофрении

тически, все детство провели с бабушкой... — С дядей. — С дядей... — С дедушкой. — С дедушкой, да? — С сестрой бабушкиной, с мужем сестры бабушки. С двоюродным дядей. — Я понял. Как у Вас с ними складывались отношения? И как они складываются сейчас, вот, прежде всего, наверное, с бабушкой и с дядей? — Знаете, честно я Вам хочу сказать, сложно давать, опять же, мне определенные какие-то оценки по сложившимся отношениям. Потому что, как мне говорила одна весьма мудрая женщина, то, что очень сложно объективную эмоциональную оценку, когда ты испытываешь какие-то эмоции определенные к своим родственникам. — Ну, постараитесь. — В какие-то моменты позитивные. Ну, это я говорю в широком смысле, например. В какие-то моменты негативные. Дело заключается в том, что, если я прекрасно понимаю систему восприятия, систему ценностей моих родственников и систему их какую-либо там страхов, то есть систему их переживаний и так далее, естественно, я бы пытался бы это все минимизировать для них всякий стресс и волнение. Так же, наверное, как и они для меня. Но поскольку у меня нет никакого комплексного с ними, клинического никакого обследования, нет у них... все... одни себя считают здоровыми, одни себя считают нездоровыми, третья себя считают дураками, четвертые себя считают там умнее всех и так далее. Сложно назвать это семьей, когда все тянутся на каждую сторону. Поэтому сложно назвать это вообще каким-то коллективом лично для меня. И каждый, наверняка, навряд ли себя считает частью или членом этого коллектива, а, скорее, себя считает больше своим "я". Это мне так кажется. Не претендую на истину. — Вадим Дмитриевич, скажите, вот просто хочется понять, разобраться, я буду повторять Ваши слова, которые Вы говорили время от времени разным врачам. И врачам здесь, в стационаре, и в диспансере. Мне хотелось бы просто, чтоб Вы как-то это прокомментировали. Когда речь шла о слежке, о камерах, о ФСБ, особой Вашей миссии, которую Вы должны выполнить, о какой-то связи с отцом, которого нет в живых сейчас, да, но, тем не менее, с которым Вы эту связь поддерживаете каким-то образом, когда у Вас случалось возбуждение по этому поводу, возможно, чувствовали вкладывание мыслей каких-то в голову и прочее, вот у нас, в психиатрии, вот это все описано в литературе и вообще как состояние под названием психоз. Острый психоз. Бывает так, что этот психоз проходит полностью и достаточно быстро. Похоже, у Вас так и происходило. А бывает, что он проходит, но не до конца. И какие-то из этих проявлений, переживаний остаются как реальности. Вот у меня складывается впечатление, что у Вас второй вариант. — То, что некоторые переживания остаются как реальность? — Да. — Ну, это может быть... — Ну, в конце концов, существует же такая служба, как ФСБ. — Естественно, существует. — И

мы прекрасно понимаем, чем они занимаются, и как они это делают. — Ну, если Вы это понимаете — хорошо. То, что я этого не понимаю... — Я просто хотел у Вас узнать, насколько в Вашей жизни сейчас это присутствует. — В моей жизни это не присутствует вообще. — Тем более что Вы, в общем-то, занимаетесь, ну, в наше время уголовно наказуемыми вещами. Употребление сегодня есть в кодексе. — Употребление есть в Административном кодексе. — Насколько я помню, что и в Уголовном тоже. Хотя Вы — юрист, конечно, мне с Вами спорить непросто. В этом я не большой специалист. — Службы бывают разными, но я в них не служил и подробности, давать какие-либо комментарии по поводу их деятельности не могу. — Ну, окей, шут с ним, с ФСБ, а вот что касается таких миссионерских вещей? — А что Вы подразумеваете под... ну, под понятием миссионерская вещь? — Вот я подразумеваю, когда человек чувствует, что на него возложена миссия какая-то... глобального масштаба. — Ну, я на себе такого не чувствую, ни в коем случае. Но я вообще не понимаю, то есть о чем идет речь. Но я понимаю о том, то, что некоторые люди, действительно, рождаются с определенными способностями и потом становятся, действительно, теми, кем... тем, кем... — Ну, значимыми людьми. — Ну, да, теми... — Значимыми людьми. — Теми, как кто от них ничего не ожидал, то есть в целом. От них ничего не ожидали, а потом они кем-то становились. — Ну, в Вашем случае такое произошло? — Нет, и слава Богу. — Почему Вы употребляете наркотики? Что это дает Вам? Это же уже давнее дело. — Давнее дело? — С наркотиками. — Ну, относительно давнее. — Ну, где-нибудь там лет с 17–18? — С 18. — С 18? Получается, что у Вас стаж уже почти 5 лет, 6? Сейчас Вам 23? — 24. — 24? — Ну, первое злоупотребление наркотиками у меня было на фоне огромного эмоционального стресса. Это расставание с девушкой, раз. Два, это меня выгнали из дома. Три, это смерть дедушки. Ну, и четыре еще, это предательство друзей, можно туда отнести. — А какая связь-то между этим стрессом и приемом наркотиков? — Да какая?.. Ну, вот, например, Вы остаетесь один дома, например. У Вас, например, остается только один человек, который хочет с Вами общаться. И он употребляет наркотики. Что Вы будете делать? Это вот у меня к Вам вопрос, например, такой. — Я, честно говоря, не могу себе представить такую ситуацию. — Вот! — Но я вряд ли, наверное, буду с этим человеком употреблять наркотики, чтоб мне туда... — "Вряд ли", но это неточно. — Вам помогло это тогда? — На определенном жизненном отрезке это помогло закончить мне колледж, да. — Ну, хорошо. А на другом жизненном отрезке для чего? — Это помогло пребывать в компании определенной, и не находиться в полном кругу одиночества. То есть, поскольку раньше были люди, на которых я рассчитывал очень сильно, они от меня

отказались, и хоть там я нашел свое небольшое спасение. Так мягко скажем. — От чего Вы спасались? — От одиночества, от душевной боли. От такого чувства, как будто тебя изгнали из твоего родимого дома. — Ну, это только чувство, на самом деле было не так? — Да нет, это было и так. Тебя изгнали из дома, в котором ты прожил, в котором ты родился. — Окей, тогда расскажите нам, кто изгнал и как, и за что. — Ну, я откуда знаю, за что? То есть я не собираюсь судить мнение чужих людей. Точнее, не чужих, а родных мне людей. Я не собираюсь их судить, осуждать и так далее. Если они Вам захотят на эту тему рассказать как-то, они могут Вам рассказать. Ну, я скажу честно то, что я сам, конечно, человек не подарок во всех смыслах слова, но... Семья в целом наблюдалась у психиатров. — Понятно. Вы переживали, значит, вот это изгнание для Вас... — Естественно, изгнание, расставание, предательство друзей, близких. Осуждение. Да, я это переживал с помощью наркотиков. — Понятно. Ну, конечно, это не лучший способ. — Ну, да, лучший способ мне порекомендовали в дневном стационаре, попить карбамазепин. — Ну, это точно лучше, чем наркотик. — Нет, от этого было только хуже. — А чем? — Тем, то, что это вообще не помогало. — Совсем никакого эффекта не было? — Совсем. Ничего не помогало. — Понятно. Ну, Вы принимали не только карбамазепин. Нейролептики... — Мне назначали карбамазепин. — Были и нейролептики у Вас разные. — Были, но это не помогло. Нейролептики никогда и никогда никакие таблетки на меня не действовали в том плане, как они должны действовать. На меня всегда действовала только атмосфера окружающих меня людей, которым я дарю тепло, ласку и заботу, только финансовое благосостояние близких и родных, их здоровье, и в этом числе. Только это, только эти вещи и только вот эти вот... — Понятно. То есть получается, что только социальная обстановка... — Только социальная обстановка регулирует мое внутреннее состояние. — Ваше состояние. Не медицинские вопросы, не психологические?.. — Не медицинские, не психологические. Только социальная, да, обстановка. Есть вот люди, с которыми ты чувствуешь себя как дома, ты в семье, а есть люди, с которыми тебе вот прям, знаете, выпьешь водку... выпьешь стопку водки и тошнить хочется. — Все дело в людях? — Все дело в людях. — Все дело в людях. Вам просто не повезло с людьми? — Ну, с людьми-то, в целом, я считаю то, что всем повезло. Только не все... ну, например, я не мастер находить общий язык с каждым человеком. Я не специалист в этом. Мне это в целом не нужно. У меня есть определенный круг, с которым мне приятно общаться, с которым я себя чувствую очень хорошо. Вот это и есть основной ключевой фактор, к которому я стремлюсь. — Понятно. — А дело там, как под галоперидолом там, под нейролептиками, под тем, под всем, никогда на них на себе ни-

какой эффект значимый, незначимый не ощущал. А дело все было всегда только в социальной обстановке. — Понятно. Как сейчас Ваша социальная обстановка, Ваше окружение, насколько оно для Вас комфортно? — Ну, в целом... пребывание в данном заведении, оно в целом некомфортно. — Я не про данное заведение, конечно, я говорю про Вашу жизнь. — Ну, если собрать всех мне своих людей близких, друзей, и с ними хорошо посидеть, пообщаться, то, я думаю, было бы все намного лучше. Естественно, там проживание, то есть, как бы хотелось бы рядом с близкими, с родными людьми, то есть с теми, с кем тебе интересно общаться, то есть вот было бы так. — Вы же говорите, эти люди близкие, родные Вас изгнали? — Ну, я говорю то, что есть определенные близкие, родные, которые для меня остались близкими и родными. А есть, с которыми мне не хочется продолжать общение. — Хорошо, я понял. Какие у Вас планы, вообще? Чем Вы планируете заниматься в ближайшее время в профессиональном отношении? — В профессиональном отношении чем я планирую заниматься? Скорее всего, официальным трудоустройством. Не понятно, в какой сфере. — Ну, чем бы Вам хотелось? — Чем бы мне хотелось, да чем бы мне врачи разрешили? — Ну, слушайте, я не думаю, что врачи имеют такие полномочия. Давайте мы все-таки о Ваших желаниях поговорим. — Ну, смотрите, есть же законы определенные на сегодняшний день, которые врачи запрещают устраиваться на работу там людям с какими-то определенными отклонениями. Например, для службы в полиции это сразу категория "Д", например, расположение личности какое-то. Хотя что у нас в полиции происходит на сегодняшний день, говорить об этом мы можем долго и бесконечно. — Лучше о Вас. — Вот, да, лучше... Я всегда увлекался такими следственными действиями. Мне всегда было интересно что-то находить, то есть рассматривать, расследовать и так далее. Это правда, на самом деле. Также всегда интересовали вопросы, действительно, это безопасности, то есть благосостояние и безопасность общества тоже. Поскольку случаев сегодня ежедневно, каждый день происходит на улицах Москвы масса, которые неблагоприятны, контроль за ними идет относительный и то через видеокамеры. И, слава Богу то, что они почти везде есть уже в Москве. Это было бы интересно мне на сегодняшний день. — Ну, в какой должности и в какой организации? — Я не знаю, в какой должности и в какой организации. Я обычно смотрю на эту ситуацию с той стороны, то, что у нас обычно приглашают в какие-либо организации. А если меня никуда не приглашали, значит, я особо нигде и не нужен. — Вы же сами говорите, что Вы планируете устраиваться на работу сами. То есть Вы же будете осуществлять поиск. — Нет, я просто видел то, что моим друзьям лично приходили повестки о том, что не хотите ли

Употребление психостимуляторов, затрудняющее диагностику параноидной шизофрении

Вы у нас поработать там, послужить и так далее, на почу. Мне никогда таких повесток не приходило. А я как бы сужу, исходя из тех друзей, которые служили в моей... ну, в моей, просто армии. — Ну, я понимаю, но Вы же не будете сложа руки просто ждать повестку? — Сложа руки, ждать повестку... — Да. Можно ее до пенсии не дождаться, такой повестки. — Дело заключается в том, что когда я... у меня военный билет, стоит категория “ограниченно годен к военной службе”. А в тех случаях, если я собираюсь устраиваться в какие-либо, в такие места, где это требуется, военный билет, а он требуется практически везде на сегодняшний день на государственной и гражданской службе в Российской Федерации, будет проходить проверка. И то, что там будет указано, это будет “не годен”. Вот и все. Дальше разговора никакого нету. — Ну, и что из этого теперь следует? Что Вы больше не будете работать, вообще? Или все-таки, может, чего-то другое? — Я не вижу в этом для себя тогда дальнейшего смысла, то есть, ну... — Ну, хорошо, не в этом направлении, Вы, может быть, выберете что-то еще? Какие-то еще интересы у Вас есть? — Я, вообще-то, получал диплом по этой специальности, 8 лет учился. Теперь мне смысла в этом нет никакого — Ну, хорошо. Но надо на что-то жить. — Буду персики собирать на даче. — У Вас?.. — Яблоки выращивать. — У Вас южная дача, видимо, раз растут персики? — Груши уж точно растут, и яблочки тоже расцветают со сливами. — Сельское хозяйство — это прекрасно. — Это прекрасно, сельское хозяйство. — Но не всегда прокармливает. Я просто к чему говорю, уж раз Вы так часто бываете в больницах, может быть, подумать о прохождении комиссии МСЭ? — А для чего? — Ну, комиссия, которая оценивает степень трудоспособности человека, если члены комиссии решат, что она не очень высокая, Вам могут оформить инвалидность. — А мне это надо, как Вы считаете? — Ну, это какие-то деньги, это финансовая поддержка, это много преференций. — Да нет уж, за это спасибо, я, наверное, откажусь от этого. — Ваше дело. Я просто предлагаю, спрашиваю. — Я думаю то, что комиссия по инвалидизации для оценки трудоспособности людей — это своеобразная комиссия. — Да ничего в ней своеобразного нет, в ней сидят врачи достаточно опытные, которые смотрят пациентов, оценивают их состояние. — Не знаю, если... — Даётся на один год, кстати, только. Потом, если человек устроился и продемонстрировал свою трудоспособность, группа снимается. — Ну, вот я хочу сказать то, что меня ждут, конечно, в определенных местах, на месте работы определенной, но, как говорится, мне бы не хотелось на себя брать такую ношу. — Я понял. Хорошо. Мой последний вопрос, как Вы сейчас оцениваете свое настроение? — Когда вижу Вас — отличное. — А если без учета меня? — А если вижу аудиторию, то вдвойне отличное. — То есть мы вызываем у Вас все-таки позитив-

ные эмоции? Это хорошо. Я тогда, раз так, предложу коллегам тоже несколько вопросов Вам задать. Хорошо? — Да, конечно. — Прошу Вас, коллеги, какие вопросы к Вадиму Дмитриевичу?

— Добрый день! Спасибо, что пришли, и рад Вас видеть. У меня два вопроса. Мы когда с Вами беседовали, Вы говорили про обратное свое состояние, не маниакальное, о котором сейчас говорили, а про тяжкое состояние для Вас. Вы его так описывали, такими словами, что это было не плохое настроение, а это была боль какая-то, внутренняя боль. — Да. — Если можно, расскажите об этом. И еще об одном, второй вопрос. Все-таки что с Вашей знакомой? Ну, если это интимный вопрос, может быть, очень личный, просто скажите, потому что Вы говорили, что для Вас это сейчас вопрос основной, вообще. — Ну, в целом, да. Вы правы. — Вот если можно, два... — Да, насчет вот боли, которая у меня была, я Вам расскажу то, что вот в 18 лет, когда у меня сложились вот эти факторы там предательства, обмана, то есть то, что меня выгнали из дома, у меня здесь была соматическая боль в солнечном сплетении. Понимаете, да, наверное, что я имею в виду? — Ну, вот я бы и хотел это... — Это боль... — Я, наверное, понимаю, но, может быть, Вы поподробнее скажете, что болело-то? — В солнечном сплетении. Вот здесь. — В течение дня? — Круглосуточно. На протяжении лет трех или четырех. — Трех-четырех лет болело? — Да. — Ну, ладно, теперь про девушку. — Ну, а про девушку то, что да, она для меня много значит, эта девушка. Я по ней, действительно, уже очень сильно соскучился и хочу... — Но Вы едва знакомы, насколько понимаю? — Почему едва знакомы? Мы виделись не раз и общались не раз. Но она мне дала определенный намек при моем друге, мне этого достаточно. — При ком, извините? — Она мне дала намек при моем друге. — Вадим, а расскажите, какой намек? Сможете рассказать? — Ну, она говорила “Вот колечко на этом пальчик”. При моем друге. Одним из самых лучших друзей. — И это значит? — Что это значит? Что это значит, то, что она настроена определенным образом. Наверное, это так. — Это было давно, да? Это было давно? — Нет. — Ну, так, две недели назад, до госпитализации? — Это было... это было в первое... это было в начале апреля. — А, в апреле? — Да. А я за это время как бы следил и смотрел, с ней виделся еще пару раз, смотрел за ее поведением также. Ну, изучал. — Вы через соцсети смотрели за ней? — Естественно. — Что она там выкладывает, что-то новенькое? — Да, для меня это важно. — Ну, то, что она там выкладывала, как-то подтверждало вот эти ее планы, намеки? — Ну,... может, нет, а, может, да. Осталось только проверить. — Ну, пока все.

— В дневной стационар придешь после выписки? — Естественно! — Придешь? Хорошо, мы тебя будем ждать.

Ведущий: Видимо, Вы так ярко и красиво описали свое состояние, что у врачей даже вопросов нет, и у психологов. Так бывает у нас. У Вас, значит, есть талант описывать свое состояние. — Значит, я буду Вам полезен. — Возможно. В том числе. Это очень хорошо. Как Вы сейчас переносите лекарства? — Лекарства как я переношу? — Да-да. — Смотрите... — Все ли в порядке, нет ли побочных эффектов? — Я могу Вам рассказать, в принципе, про действие любого лекарства, которое я на себе попробовал. — Это нам очень важно. — Если Вам это очень важно, то самое лучшее лекарство, которое я когда-либо пробовал, была зипрекса. Это прям вообще! — Идеальный препарат? — Вот знаете, состояние блаженности на душе. Вы примерно понимаете, что это? — Да, конечно, я понимаю, о чем речь. — То есть это когда тебя ничего не волнует, ты спокойно занимаешься своими делами, то есть ты размышляешь еще одновременно о чем-то, ты вдохновленный еще чем-то и так далее. Например, я такую одну таблетку принимаю, и на следующий день с меня все, прям все снимает, абсолютно. — Великолепно. А с другими препаратами как? — Никак вообще. Ничто не идет в сравнение с этим препаратом, ничего именно. — Вот сейчас Вы получаете инвегу, насколько я знаю, да? — Нет, сейчас тиапин, наверное. — Тиапин уже? — Да. — А Вы помните инвегу? — Да, помню. — Другой эффект? — Ну, не тот, не тот, который... — А вот с нынешним, как тиапином? — Тоже не тот эффект. Он, наоборот, голову только загружает, если честно. Загружает в том плане, что... ну, даже, я бы сказал бы, в каких-то моментах чувствуется то, что он что-то тормозит, вот именно специально. То, что что-то вот... ну... — Я понял. Да. А как Вы переносите антидепрессанты? — Они мне не нужны. — ...симбалта была, миртазонал. — Вот симбалту с депакином хроно, ... дулоксетин канон еще был такой. — Депакин. — Нет, еще симбалта, депакин, и фиолетовые таблеточки дапоксетин канод какой-то так. Поняли, да, наверное, что это? — Да, да, дженерик. — Вот эта вот схема лечения на фоне депрессии, она мне тоже помогала. — Все-таки нужны, значит, антидепрессанты? — Ну, смотрите, дело заключалось в том, что это было один раз, я лечился вот в НИИ, психиатрии. В НИИ вот в том, не в Ганнушкина, а в НИИ. — Да. Да. — Но потом я сразу вышел из НИИ, и дело заключалось в том, что когда я первый раз приехал домой под этими таблетками, обстановка все, сразу все, сразу же угнела эта вся обстановка. — И эффект от них исчез? — И эффект от них исчезает. Все делает только обстановка мне, к сожалению или к счастью. — Все понятно. Как Вы относитесь к психотерапии? И вообще, помогает ли? — Ну, по крайней мере, я пользовался услугами четырех психотерапевтов в Москве, и их, кроме денежного моего состояния и состояния моих близких, к сожалению, не интересовало. — Ну, а здесь в больнице? В днев-

ном стационаре? — *А здесь в больнице мне не предлагали им пользоваться, услугами психотерапевта и психоанализа.* — Ну, хорошо, Вы... у Вас есть надежда на это и вообще вера в психотерапию? — *Вера в психотерапию?* — Да. — *У меня единственная вера в психотерапию любовью.* — Ясно. Вот вопрос еще доктор хотел задать.

— Скажите, пожалуйста, Вы были волонтером в общественных организациях, а чем конкретно там занимались? — *В каких именно? Именно в "Офицерах России" и в Следственном комитете? В Следственном комитете проводил, помогал следователю проводить общественно значимые действия там в плане помощи в допросе, в плане составления документов, в плане поиска улик, назовем это так, в плане допроса свидетелей, в плане обстановки и адресовки... я уже не помню, как это называется. В плане составления, ну формирования материалов уголовного дела. Это институт общественных помощников следователя на сегодняшний день это допускает. В "Офицерах России" я занимался тем, что помогал ночью выполнять регулятивные и контрольные функции по продаже ночью алкоголя после 22 часов, также, в том числе, и несовершеннолетним. Также была проведена работа и направленные, целенаправленные действия на профилактику правонарушений в области занятий проституцией среди несовершеннолетних. И вот это были основные сферы моей деятельности.* — Но как Вы считаете, в итоге, чем Вы болеете? Или это результат Вашего образа жизни? Что с Вами в целом? — Я считаю, что это комплекс мер, комплекс сложившихся ситуаций. Комплекс сложившейся... Дайте, я сейчас Вам постараюсь поточнее ответить на этот вопрос. Это жизненный опыт, с которым приходится жить, и, как говорится, то, что видел, то, что ты увидел, и от этого уже легче никогда не станет. Я бы назвал бы это так.

Ведущий: Спасибо. Есть ли еще вопросы? Может быть, у Вас есть вопросы к кому-то из нас лично или к нам в целом? — Ну, я хотел бы в первую очередь задать Вам вопрос, вот по поводу предмета психиатрии. *Вот предмет психиатрии, он по себе сам что изучает?* — О, это вопрос, который я задаю студентам. Он в первом билете, самый главный, в главе *"Введение в психиатрию"*. Псichiатрия — это медицинская дисциплина, прежде всего. И так же, как и другие медицинские дисциплины, она изучает болезни психики, как их выявить, как их лечить, как их предупредить. — *А понятие психики, оно что под себя подразумевает?* — Ну, это самый сложный вопрос. — *Вот.* — На этот вопрос ответ не знает никто. То есть этих ответов много, но они очень разноречивы. — Но главное, я так понимаю на сегодняшний день, это общественная безопасность, это не то, чтобы лицо не причинило вред себе и другим. Правильно? *На сегодняшний день.* — Это такой юридический аспект Вы рассматриваете, социальный и

Употребление психостимуляторов, затрудняющее диагностику параноидной шизофрении

юридический. А медицина все-таки больше естественнонаучная дисциплина, если уж говорить о психике, то все-таки в большей части подразумеваем под ней душу и центральную нервную систему. — *То есть уже душа и ЦНС?* — Да. — *Все. Тогда у меня вопросов больше нет.* — Хорошо. Удачи Вам. Всего Вам доброго. — *Вам тоже удачи. Всего доброго.* — До свидания.

Ведущий:

— Так, ну мы просим куратора, лечащего врача выступить.

Врач-докладчик: Я хотела сказать, что на данный момент статус пациента изменился на фоне изменения терапии, которая была до этого в отделении. Пациент плохо переносил терапию, появился трепет, скованность, и по просьбе пациента терапия был изменена: его перевели с галоперидола на кветиапин и депакин. Патопсихологическое обследование также проводилось на фоне терапии галоперидолом, и картина его состояния была другая. Мы думаем, что отсутствие грубого процессуального дефекта и стержневой галлюцинаторно-бредовой симптоматики не позволяет говорить о диагнозе параноидная шизофрения. Также следует отметить, что еще до употребления психоактивных веществ у пациента отмечались аффективные нарушения автохтонного характера, как депрессивные, так и гипоманиакальные. На наш взгляд, дифференциальный диагноз следует проводить между биполярным аффективным расстройством с психотическими симптомами, неконгруэнтными аффекту, с коморбидной зависимостью от ПАВ, и шизоаффективным расстройством, коморбидным с зависимостью от ПАВ. В пользу биполярного аффективного расстройства свидетельствует чередование в течение жизни депрессивных и маниакальных фаз, в частности, депрессивные эпизоды характеризовались снижением энергии, стойко сниженным настроением, снижением уверенности и самооценки, неспособности концентрироваться, чрезмерным чувством вины и наличием соматических симптомов в виде невыносимой боли в груди. В свою очередь маниакальные эпизоды характеризовались повышенной активностью, говорливостью, повышенной общительностью, снижением потребности во сне. Также следует учитывать хороший ответ на антидепрессивную терапию, и наследственную отягощенность по линии матери. Психотические эпизоды, когда пациент считал себя другом Бога, блудным сыном, перерождением Иисуса, испытывал преследования со стороны ФСБ, ощущал слежку через телефон, испытывал сильную тревогу, скорее всего, были на фоне интоксикации. В пользу этого свидетельствует начало психоза после употребления психоактивных веществ (пациент постоянно подчеркивает, что это было на фоне потребления) и достаточно быстрый и полный выход из психотического состояния, а также отсутствие психических расстройств вне употребления психоактив-

ных веществ. С нашей точки зрения, больше данных в пользу диагноза шизоаффективное расстройство: это своеобразные изменения личности — склонность к символизму, склонность к рассуждательству, склонность к фантазированию; особенности мышления в виде соскальзываний; нарастание отгороженности, черствости по отношению к близким, дяде и бабушке, при неадекватных эмоциональных привязанностях к малознакомым лицам — к девушке, с которой собирается связать свою жизнь, и к друзьям; утрата способности к адекватному коммуницированию, к социальной активности; наличие недепрессивного аффекта; сверхценное и в то же время поверхностное отношение к религии. Учитывая вышеизложенное, целесообразно остановиться на клиническом диагнозе — **приступообразная шизофрения, шизоаффективный бред, смешанный аффективный биполярный тип. 25.21.** И вторым диагнозом выставить **синдром зависимости от употребления нескольких психоактивных веществ.**

Ведущий: Спасибо. Давайте перейдем к обсуждению этого случая клинического. Мне кажется, здесь очень много сложных вопросов. У нас есть две консультации уважаемых профессоров, которые расходятся друг с другом... Поэтому я прошу активней высказывать свое мнение, не только врачей-психиатров, но и психологов, присутствующих здесь, относительно этого пациента и его состояния, квалификации его состояния, диагноза, рекомендаций по терапии и так далее. Может быть, есть иное мнение? Какие-то дополнительные аргументы в пользу того или иного этого диагноза или каких-то рекомендаций?

— Я понимаю, что не просто выразить свое мнение в этой ситуации, сложной ситуации диагностической. Поэтому давайте, может быть, мы чуть-чуть отойдем от пациента в сторону там... на короткое время, да, в сторону теоретических вопросов в психиатрии, особенно современной психиатрии, которая, как мы знаем, границы шизофрении сужает, а границы аффективных нарушений, биполярного расстройства, шизоаффективного — расширяет. И самый главный вопрос у нас у всех даже не по поводу БАРа, а по поводу как раз шизоаффективного расстройства. Что же это такое за заболевание на сегодняшний день? Сколько оно может в себя поглотить симптомом шизофренического спектра? Симптомов первого ранга Шнейдера. Ну, насколько вот? Как Вы себе представляете диагностические критерии шизоаффективного расстройства? В современной психиатрической концепции. Как Вы думаете? Да.

Участник разбора: Мне кажется, есть главное отличие шизофрении от шизоаффективного расстройства. У него между приступами не было никакой симптоматики касательно шизофрении. У него не было ни аутизма, ни амбивалентности, ни апато-абулического синдрома.

Ведущий: То есть Вы имеете в виду, что главным критерием шизоаффективного расстройства, в отличие от шизофrenии, является отсутствие негативных симптомов в ремиссии? Отсутствие изменений личности? Но мы здесь очень дипломатично рядом с шизоаффективным расстройством все-таки ставим диагноз, который более привычен нашему отечественному слуху, — приступообразная шизофrenия. Хотя, в общем-то, приступообразная шизофrenия, уж совсем в своем классическом представлении, это тоже шизофrenия периодическая, то есть лишенная какой-то очевидной прогредиентности в ремиссии. Или рекуррентная она может быть или какая-то там циклотимоподобная, или как-то еще. Но как нам быть в этой ситуации? Не слишком ли мы широко расставляем границы? И главное, что в конечном итоге это приводит к довольно серьезным терапевтическим перекосам. Во всяком случае, в какой-то период времени наш пациент, после консультаций, оказался только на терапии антидепрессантами, вообще без нейролептиков. Причем, сразу же комбинация антидепрессантов достаточно серьезных, сильных, так называемой калифорнийской смеси, которая дает хороший такой стимулирующий эффект, очень часто, вытаскивает больных из тяжелых апатических депрессий. Может ли быть такое, что здесь, сегодня, мы имеем дело не с ремиссией, а с чем-то другим? Что есть резидуальная симптоматика, и продуктивная, а не только негативная, и она каким-то образом могла бы объяснить его поведенческие реакции, речевые феномены? Вот сейчас, например, был же опять отказ от терапии после выписки, загремел-то опять после отмены. Прекратил принимать, начал употреблять. И опять лег. Так ведь, да? Все происходит по одной схеме. Его же привезли в опьянении, так?

Врач-дневного стационара: Я уже свою точку зрения изложила. Я просто еще раз в ней укрепилась. Если я в условиях дневного стационара, у меня, может, и были какие-то сомнения, — я не большой специалист в психоактивных веществах — то сейчас пациент на самом деле не очень сильно отличается в своем статусе от того, каким он был под психоактивными веществами. Ну, может быть, он был более дезорганизован, чем сейчас. Но у него по-прежнему нет категориальной структуры мышления. Он плавает, дает такие замысловато-заумные, даже какие-то социально желательные ответы, они все стереотипные, лишенные его личного участия в этом во всем. Он очень формален, я считаю, что он недоступен. И дядя говорил, что он постоянно видел какие-то знаки, то ФСБ, то что-то там еще. И на фоне употребления ПАВ это были какие-то знаки, намеки. Они были более выпуклые, он был более развязен и доступен, а сейчас он... столько народу, просто желание произвести на нас правильное впечатление. Но он недоступен. Поэтому я считаю, что все-таки это параноидная шизофrenия. Мне кажется, в его приступах было очень много

аффективных переживаний. Это пациент с шубообразной шизофrenией, которая дебютировала на фоне психопатических грубых достаточно изменений личности, его наркотизация. Он наркотизируется именно потому, что у него внутренний разлад с самим собой. Вижу у него депрессию. У него там какой-то схизис, с которым он пытается бороться наркотиками: употребил и успокоился. И конечно, в результате всего этого процесса, я уже говорила и подчеркиваю еще раз, что это и усугубление его психопатических черт, и главное, это дрейф. Он дрейфует за последние полгода. Он сейчас социально дезадаптирован.

Ведущий: Спасибо. Я тогда сразу задам вопрос аудитории. Может ли тот когнитивный дефицит, ну давайте, уж, слово “дефект” назову, потому что слишком все грубо сегодня выглядело, может ли он быть обусловлен дементным синдромом токсического генеза, токсической энцефалопатии? Может быть, мы ошибаемся, и мы видим не процессуальную логику, паралогику, а именно деградацию интеллекта? Ну, как это бывает у тяжелых наркоманов с хорошим стажем, с передозировками многочисленными, с дополнительными какими-то еще органическими расстройствами, черепно-мозговыми травмами, еще ВИЧ и так далее. Или это все-таки не настолько уж и тяжелый органик, да? Как Вы думаете?

Участник разбора: Мне кажется, что для организма он слишком витиеват, красив, и при этом он вполне понятен. То есть он не путается, он может довести сухую мысль до конца на достаточно таком абстрактном уровне, без примитивной конкретики. Я вот хотел еще добавить, что мне он представляется параноидным, даже периодически таким парафранным пациентом, потому что сейчас у меня было стойкое ощущение, что он посидел на допросе. И вот эти его социально желательные ответы уклончивые, когда он рассказывал про свое следственное увлечение, это буквально был рапорт, как будто его просили отчитаться по смене. Но при этом на вопросы о своем состоянии отвечает уклончиво, как будто сейчас, “дайте мне водички”, чтобы обдумать ответы. То есть у меня было стойкое ощущение, что это такие следственные мероприятия. И из того, что он рассказывает, очень много звучит откровенно параноидных идей. И вот эти феномены ментальных нарушений, нарушений мышления, когда он не может сформулировать, проваливается в символизм, все остальное, мне кажется, это слишком грубые процессуальные нарушения, которые видны у него и в данных психологического исследования. Сейчас и без эксперимента видны все ошибки мышления, он допускает их грубо и обильно, это бросается в глаза.

В. Н. Гладышев: Я с ним беседовал меньше недели назад. Он был не такой... Ну, некоторые вещи, вот про девушку, например, и еще некоторые особенности меня ввергли в некоторое раздумье. Потому что я понимал, что так не бывает. Слушаю анамнез — он

Употребление психостимуляторов, затрудняющее диагностику параноидной шизофрении

психопат. В раннем детстве вел себя совершенно неправильно, надо сказать, у него были какие-то зарницы. Потом у него начались аффективные расстройства, расстройства поведения. В пубертате он уже совершенно оправданно помещается в психиатрическую клинику, и его освобождают от армии. Мы не получили, к сожалению, эту историю или хотя бы выписку. Но, по большому счету, ему тогда можно было ставить любой диагноз. Главное, чтобы освободить от службы в армии. Но за всем этим прослеживается какая-то параноидность. Он не с нами. Мы видим четко, что есть депрессии, он рассказывает нам, есть мании, мы видим. Мы видим наркотизацию, которая идет с юных лет, я бы сказал, что не с 18, а гораздо раньше она началась. И о чем тут думать, когда есть все? Выбирайте, как говорится, на Ваш вкус. Но сейчас он, я совершенно согласен, по-бредовому оценивает окружающую обстановку, по-бредовому оценивает какие-то факты, бывшие с ним в реальности. Вот этот эпизод с девушкой, и я думаю, наверняка масса других эпизодов. Он думает, что Андрей Аркадьевич — это человек, у которого погоны под пиджаком. И он действительно на Вас надеется, думает, что Вы его заметите и пригласите по месту.

Мы сейчас находимся в ситуации, когда диагноз действительно должен быть пересмотрен, и шифр F 20 здесь, на мой взгляд, вполне оправдан. У него есть изменения личности, и у него неустойчивое психическое состояние. На мой взгляд, нуждается в пролонгированном антипсихотическом препарате каком-либо, надо его подобрать. Он не будет пить таблетки, и поэтому надо думать о пролонгированном препарате. Плюс, наверное, нормотимик надо ему оставить. Я хочу сказать, что мы на самом деле не знаем динамики его бредовых переживаний, мы не знаем, что у него внутри. Он же ни разу не раскрылся до конца в переживаниях. Он диссимилирует. И вообще непонятно, что у него внутри происходит, о чем он думает, от чего он скрывается, чего он избегает, почему он возвращается к лекарствам, почему он потом госпитализируется? То есть все-таки он остается внутренне закрыт, малопонятен, вообще недоступен в переживаниях.

Врач-докладчик: Мне кажется, чтобы прояснить вопрос с его аффективными колебаниями, нужно очень точно знать, что он принимал. Известно, что он принимает психостимуляторы, каннабис и все остальное, но непонятно, в каком объеме, как много. Я даже задавала вопрос дяде, поскольку дядя сам страдает биполярным расстройством, там вся семья с аффективной патологией. Я у него спросила напрямую “Как опытный пациент, скажите, что Вы видели?”. И дядя говорит, что не было никаких фаз, была больше какая-то ажитированная тревожность, когда он входил в эти состояния. Не было у него депрессий никогда, говорил мне дядя. А то, что мы маниями называем, это больше была такая бредовая суeta, тревожность, нежели собственно подъем. Все эти аффективные рас-

стройства, не исключено, вторичны по отношению к стержневой патологии.

Ведущий: Да. Есть ли еще какие-то мнения? Я тогда позволю сказать свое. На самом деле, это действительно очень интересный пациент. Интересен он тем, что его состояние неожиданно для врачей меняется, и не только для врачей, но и для психологов, которые тоже, я вижу, сидят в некоторой растерянности. И я бы начал свою логическую историю как раз с того удивительного и совершенно необычного для нас явления, как резкое изменение функций мышления за три дня. Если мы говорим о расстройствах мышления, которые мы сегодня видим, грубых расстройствах мышления, я бы его показывал студентам на лекции, показывая такие феномены, как резонерство, как паралогичность, как символическое метафизическое мышление, разноплановость, разорванность в некоторых местах буквально доходящая до какой-то словесной окрошки непонятной. И это все вместе мы привыкли рассматривать в структуре когнитивного дефицита больного шизофренией, как дефицитарный симптом уже необратимых расстройств или почти необратимых расстройств мышления. Но здесь клином выходит нам трехдневной давности заключение психолога, объективное экспериментально-психологическое исследование, где эти расстройства, конечно, есть, но далеко не такие. Единственным объяснением этого может являться то, что мы имеем дело не с негативными симптомами, не с дефицитарными расстройствами мышления, а с аналогичным дефицитарным расстройством мышления, обусловленным чем-то другим. Чем другим это может быть обусловлено? Ну, такого уровня расстройства мышления могут быть обусловлены только психотическим состоянием, только психозом. И это резонерство тогда мы можем рассмотреть как защитную реакцию бредового больного на вопросы, которыми мы так или иначе пытаемся вскрыть его бредовую фабулу. Итак, из этого мы можем сделать вывод, что наш пациент на сегодняшний день страдает психотическим расстройством. В данный момент он находится в состоянии параноидного психоза. Он держится, не дает возбуждения. Но я думаю, что во многом он держался и не давал возбуждения благодаря тому, что мы с Вами смогли задавать ему вопросы очень осторожно, очень корректно, не допуская каких-то опасностей, которые иногда приводят к возбуждению у параноидного пациента, для которого это все актуально. Я абсолютно согласен с Вами, что он во мне увидел человека в погонах скрытого. И поэтому такие реакции на меня были. Но на некоторые вопросы, допустим, других врачей, психологов он давал ответы чуть лучшего качества. Но как только я ему задавал вопрос, он начинал уходить в резонерство, в рассуждательство, в размышления, не отвечая на вопросы, витиевато. То есть он фактически вел со мной такую подковерную интеллектуальную игру, как он себе представлял. Ну, и давайте вспомним самое начало нашей беседы с ним,

когда на вопрос о том, как Вам здесь, и для чего Вы здесь, он нам начал рассказывать, что он здесь выполняет свою миссию фактически. Его миссия заключается в оценке состояния современной психиатрии изнутри. Это первая реакция, это первый его ответ. А значит, это то, что для него актуально в текущий момент. У нас вопросы глобальной оценки состояния психиатрии решают либо большие психиатры, большие центры и большие комиссии, либо пациенты с парапренным синдромом. С моей точки зрения, это все-таки отголосок невидимого пока нами, но все же парапренного бреда миссионерского содержания. Когда уже понимаешь квалификацию статуса, ну принимаешь ее, по крайней мере, такой, какой мы ее сейчас приняли, допустили, то начинаешь потихонечку через этот статус интерпретировать и все остальное, что говорил пациент, в том числе и по анамнестическим данным. Начинаешь интерпретировать и понимать мотивы поведения, ну допустим, тогда, когда он помогал проверять магазины, ловил проституток, в общем, боролся с врагами рода человеческого. И все это происходило исключительно на общественных началах, в некоей общественной организации, и не в одной. Там что-то с военными было связано, там еще с кем-то и так далее. То есть очень похоже на то, что все-таки этот синдром длится уже достаточно давно, хотя нашему пациенту всего 24 года. И похоже на то, что этот парапренический синдром сегодня совсем не конгруэнтен аффекту. То есть, если мы предполагаем, что это шизоаффективный психоз или биполярное расстройство, то парапренический синдром в этой болезни место — только на пике маниакального состояния. Правда ведь? Если мы видим парапренический синдром у шизоаффективного больного, то это только на самом пике мании, когда там аффект уже плещет через край, когда речь невероятно быстрого темпа, когда все бурлит, кипит. Этого же нет. Сейчас нет аффекта — ни маниакального, ни депрессивного. В целом аффективный фон я бы расценил как эзотерический, без каких-то явных колебаний. Значит, эта парапреническая форма имеет хронический тип течения и длится уже достаточно давно, как мы понимаем. Ну, а хроническое и довольно затяжное течение парапренического синдрома в подавляющем большинстве случаев бывает при парапаранойдной шизофрении, причем, на ее отдаленных этапах, при парапаранойдной непрерывно текущей шизофрении на отдаленных этапах. Я абсолютно согласен, что здесь очень много волевых расстройств, и большая часть его несостоятельности социальной, профессиональной и так далее, все-таки связана в большей степени не с бредом, а именно с волевым дефицитом и волевым довольно выраженным диссонансом, схизисом, расщеплением. И это тоже ответ на вопрос, может ли быть шизоаффективный психоз или биполярное расстройство с таким комплексом изменений личности, типичных только для шизофрении, патогномоничных для шизофрении. Я думаю, что этот пациент... мы можем дальше разбирать анамнез, отматывая как бы воспоминания назад,

то есть не от детства к текущему моменту, а наоборот. Мы можем вспомнить его конфликты со сверстниками в школе, которые только-только тогда начинались. По всей видимости, мы можем предположить, что это и был манифест непрерывной парапаранойдной шизофрении, который начинается, как правило, именно с парапаранойльного этапа. А парапаранойльный этап у школьника очень похож на почти нормальную реакцию психопата с идеями отношения, “меня незаслуженно обвиняют, это буллинг, я конфликтую с учителем” и так далее. Но, к сожалению, таким образом, может выглядеть и начало болезни. Дальше мы вспоминаем его взаимоотношения с бабушкой и его гневливые реакции на нее. Его взаимоотношения с девушкой — тоже все прикрыто либо гневливой манией, либо психопатоподобным синдромом, ну по внешним проявлениям поведения. Но в глубине души для него эта тема остается актуальной до сих пор, насколько я понимаю. Значит, это фабула, это уже содержательная какая-то давняя история, которая непрерывно присутствует в его больном воображении, в его большой психике. Ну, и эпизоды обострений, когда классическая картина аффективно бредовых психозов, доходящих до очень высокого уровня психотизма... В консультации Александра Борисовича Шмуклера очень хорошо описано как раз проявление этого острого чувственного бреда. Он описывает синдром, я не помню, инсцировки или что-то такое... — *Интерметаморфоз.* Да, интерметаморфоз, это тяжелое психотическое расстройство, которое сопровождается вкладыванием мыслей, симптомами первого ранга с элементами синдрома Кандинского, воздействия, преследования, камеры. Просто невозможно это проигнорировать. Невозможно это квалифицировать как интоксикационный психоз. Если мы говорим об интоксикационных психозах, то они могут быть трех видов. Первый вид — это острый интоксикационный психоз, который развивается как экзогенный тип реакций на перегрузку наркотика, какого-нибудь психостимулятора. Он сопровождается массивным, как правило, зрительным или полифоническим галлюцинациями с множественными изменениями цветовой гаммы проходящего вокруг. Ну, это зависит от того, какой наркотик. Это первый вариант, точно не его. Это происходит во время опьянения. Второй вариант — это классический делирий, который наступает так же, как и при алкоголизме, там второй-третий день во время абstinенции, ну и развивается с типичной формой расстройства сознания, ложной ориентировкой, ложными узнаваниями и прочее. Это тоже не про него. И третий вариант — это протрагированные интоксикационные психозы, которые могут напоминать шизофреноидные, но они никогда не расширяются в своей фабуле до таких массивных масштабов. Поэтому, конечно, его психоз иначе, как шизофреническим, просто назвать было нельзя. Тот психоз, который был здесь в институте психиатрии, с которым он несколько раз лежал в отделении. Это настоящие шизофрени-

Употребление психостимуляторов, затрудняющее диагностику параноидной шизофрении

ческие психозы с классической аффективно-бредовой симптоматикой. А про наркотические вещества мы знаем только с его слов, какие он употреблял или не употреблял, в каких дозах и т.д. Ну, иногда мы видели его в наркотическом опьянении, но тоже не знаем, что это за опьянение. С расширенными зрачками ходят и люди, употребляющие марихуану, даже в небольших дозах. Так что я думаю, что наркотическое опьянение и вообще зависимость от ПАВ здесь не имеют принципиального значения. Сейчас он уже много времени в трезвости находится, но состояние его никак не меняется, к сожалению. По крайней мере, мы не видим каких-то принципиальных улучшений. И единственное, что остается под вопросом, это его аффективные нарушения, аффективные расстройства, которые были и которые не укладываются в классическую картину непрерывно текущей параноидной шизофрении. То есть я уже озвучил свой диагноз — F20.0. Здесь, я думаю, мы немножко спешим с диагностикой аффективных расстройств. Если внимательно разобрать каждый аффективный эпизод, то, может быть, мы обнаружим, что под этим ничего аффективного и не было. Вот, например, версия о том, что в школьные годы это были проявления динамики психопатии в виде аффективных фаз. Мы видим первую очерченную депрессию, вроде бы реактивно спровоцированную в ответ на измену девушки, мы можем рассматривать это как вариант либо личностного расстройства, либо уже реакции пациента с начавшимся бредовым переживанием. Дальше вроде бы гипоманиакальная фаза, когда он поступает в колледж и достаточно продолжительное время лидер, у него все горит, у него все кипит там и прочее. Но, тем не менее, у нас нет информации, чтобы он в тот период как-то декомпенсировался в связи с этим поведением, веселым, маниакальным и каким-то еще. Дальнейшие его депрессивные или маниакальные расстройства очень быстро заканчивались, как только он оказывался в больнице, фактически в 1 – 3-й день. И возникает вопрос об их привязанности к употреблению ПАВ, к употреблению психостимуляторов. Почему нет? И тогда мы можем представить себе его болезнь как микстовую форму параноидной шизофрении, осложненной употреблением психостимуляторов. И тогда мы все, кроме аффективных расстройств, припишем параноидной шизофрении, а все, что касается аффективных расстройств, особенно таких мало-мальски протагированных, просто объясним действием психоактивных веществ, психостимуляторов, их действием или их отменой. Потому что на отмене психостимуляторов тоже развиваются такие расстройства, например, хорошо известны амфетаминовые депрессии, и они очень похожи на эндогенные, и достаточно часто бывают протагированными. И конечно, этот пациент ставит перед нами уже глобальный ключевой вопрос, который я напоследок хочу озвучить в качестве пищи для размышлений каждому из Вас. Вопрос о

месте специальности под названием “наркология” в современном мире. Почему в современном? Потому что в современном мире фактически нет (ну, во всяком случае, в нашей стране) тяжелых наркотиков опийного ряда. Сегодня редко-редко встречаются больные с героиновой наркоманией. Я не знаю, когда Вы в последний раз их видели. Они единичны. Состояние тяжелых токсических энцефалопатий, связанных, например, с употреблением первитина. Помните, когда в конце 1990-х — начале 2000-х был бум с этими всеми веществами, и в больницы поступали фактически умирающие больные с тяжелейшими формами токсикомании. Все, чем сейчас занимается наркология, если мы не считаем алкоголизм, это психостимуляторы. Это амфетамины, это психоделики, это ЛСД, это каннабиноиды, синтетические каннабиноиды, спайсы и так далее. То есть это все то, что, в общем-то, оставляет достаточно сохранным сомато-неврологическую сферу пациента. И вот та наркология, которая занималась преимущественно соматикой и неврологией, сегодня столкнулась с другой проблемой наркологической, с психиатрией. И эти шизофреноформные психозы и так далее. И мы начинаем видеть таких пациентов, которых фактически вроде бы как должны лечить наркологи, но они оказываются психиатрическими больными. И этот пациент ставит перед нами вот вопрос — можем ли мы сегодня в принципе наркологию считать самостоятельной дисциплиной? Я не могу понять, почему не рассматривать наркологию как раздел — большой, очень важный раздел — психиатрии, особенно сейчас? Большинство наркотических веществ психоактивных на сегодняшний день обладают антипсихотическим действием. Мы не знаем, каким действием на параноидную шизофрению может обладать, например, амфетамин-1, какие-то солевые наркотики или еще что-то. Но мы точно знаем, что они меняют клиническую картину психического заболевания. И где там наркологический симптом, аффект депрессивной абстиненции, а где эндогенный симптом, становится непонятным. И непонятным становится потому, что у нас, у психиатров, очень мало знаний в наркологии, а у наркологов очень мало знаний в психиатрии. И если объединить эти две специальности, во всяком случае, создать, может быть, какую-то особую форму специалистов наркологов-психиатров, которые очень хорошо знают и ту, и другую область, и ту, и другую специальность, то я думаю, что работа именно с такими пациентами, которых очень много... колossalное количество врачей диспансеров особенно часто с ними сталкивается, — я думаю, что она была бы значительно более эффективной. Ну, это просто пища для размышлений. Конечно, это не лозунги и не какие-либо мои однозначные мысли. Я хочу поблагодарить всех участников сегодняшнего разбора и организаторов, и прекрасных докладчиков. Все, что мы сегодня обсудили, по-моему, очень полезно.

ПСИХИАТРИЯ И ПРАВО

Всегда ли адвокат вправе обжаловать признание своего доверителя недееспособным?

Ю. Н. Аргунова

Рассматривается Постановление Конституционного Суда РФ от 21 января 2020 г. № 3-П, в котором выявлен конституционно-правовой смысл положения ст. 54 ГПК РФ во взаимосвязи с положением ч. 3 ст. 284 ГПК РФ. Признано, что суд не может отказать в рассмотрении по существу жалоб адвоката, направленных на оспаривание решения суда о признании гражданина недееспособным, по мотиву отсутствия у адвоката выданной этим гражданином доверенности, оговаривающей его полномочие на обжалование судебного решения, если из конкретных обстоятельств следует, что адвокат действует в интересах и по воле этого гражданина.

Ключевые слова: обжалование решения суда о признании гражданина недееспособным.

НПА России не раз высказывалась против приобретшей невиданный размах практики обращения психиатрических больниц в суд с заявлениями о признании пациентов недееспособными в расчете на их последующее перемещение в ПНИ без их согласия, т.е. в обход принципов и норм законодательства.

Лишение дееспособности граждан с психическими расстройствами в массовом порядке без должной оценки обоснованности и целесообразности таких действий в каждом конкретном случае, при игнорировании требований процессуальных норм стало возможным в условиях тотального правового нигилизма. Суды допускают совмещение больницами в одном лице процессуального статуса заявителя (стороны по делу, инициировавшей лишение пациента дееспособности и заинтересованной в исходе дела) и экспертной организации. Ни судей, ни врачей-психиатров при этом не заботит нарушение принципа независимости эксперта (от сторон и других лиц, заинтересованных в исходе дела), гарантированного ст. 7 Федерального закона “О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации”. Ответ на вопрос: может ли заключение СПЭ при таком совмещении оказаться не в пользу заявителя, очевиден.

Добиться соблюдения законности затруднительно и в апелляционной инстанции. Суды, неверно толкуя положения ГПК РФ, отказывают адвокатам в обжаловании решений о признании граждан недееспособными. Этим не преминуло воспользоваться руководство ряда психиатрических клиник. Существовавшая до

2009 г.¹ повсеместная практика заочного рассмотрения дел о признании граждан недееспособными, ныне заменена практикой слушания дел, хотя и при участии гражданина, но при отсутствии его представителя, что впоследствии приводит к невозможности своевременного обжалования судебного решения, восстановления пропущенного срока для его обжалования.

Одной из основных гарантий соблюдения прав и свобод граждан по делам о недееспособности является обязанность суда вызывать гражданина в судебное заседание (если его присутствие не создает опасности для его жизни или здоровья либо для жизни или здоровья окружающих) и предоставить возможность изложить свою позицию лично либо через выбранных им самим представителей (ч. 1 ст. 284 ГПК РФ).

В то же время само по себе присутствие гражданина в судебном заседании не означает, что он (в силу психического расстройства или иных факторов, связанных с проводимым лечением) в состоянии в полной мере понимать происходящее или же дать суду пояснения по делу. Особенно это относится к выездному судебному заседанию в психиатрическом стационаре, поскольку в этом случае предполагается, что при проведении заседания в здании суда психическое состояние гражданина может представлять опасность для его жизни или здоровья либо для жизни или здоровья лиц, участвующих в судебном разбирательстве.

Без квалифицированного представителя гражданину здесь никак не обойтись. Однако ч. 1 ст. 284

¹ Данной практике был положен конец в связи с принятием известного Постановления Конституционного Суда РФ от 27 февраля 2009 г. № 4-П по жалобе Штукатурова П. В. и др.

Всегда ли адвокат вправе обжаловать признание своего доверителя недееспособным?

ГПК РФ, предусматривая участие в деле заявителя, прокурора и представителя органа опеки и попечительства, не содержит аналогичного предписания в отношении его представителя, допуская тем самым рассмотрение дела без участия представителя гражданина, независимо от уважительности причин неявки в судебное заседание. При таких обстоятельствах возрастаёт вероятность пропуска гражданином процессуального срока для подачи апелляционной жалобы на решение суда о признании его недееспособным, особенно если психическое расстройство не позволяет ему в полной мере осознавать продолжительность этого срока и юридические последствия вступления решения суда в законную силу, а в судебном заседании отсутствовал выбранный им самим представитель.

Обжалование решения суда по данной категории дел становится еще более проблематичным с учетом правила, содержащегося в ст. 54 ГПК РФ. В ней записано, что представитель вправе совершать от имени представляемого все процессуальные действия. Что же касается права представителя на обжалование судебного постановления, то оно должно быть специально оговорено в доверенности, выданной представляемым лицом. Если у адвоката отсутствует доверенность, в которой оговорены указанные полномочия, суды, применяя данную норму, как правило, оставляют жалобу адвоката без рассмотрения по существу.

Конституционность положения ст. 54 ГПК РФ, связывающего право на обжалование судебных постановлений по делу о признании гражданина недееспособным через лично избранного им адвоката с наличием доверенности, специально наделяющей адвоката правом на обжалование, явилась предметом рассмотрения Конституционного Суда РФ. С жалобой в Конституционный Суд обратилась недееспособная гр. С. Её адвокату В. Н. Еремееву со ссылкой на данное положение было отказано в рассмотрении жалоб.

Гражданка С. признана недееспособной решением Нагатинского районного суда г. Москвы от 6 июля 2018 г. Дело рассматривалось в помещении психиатрического стационара. С. присутствовала в судебном заседании, но, как отмечено в решении, не смогла пояснить суду обстоятельства дела. Апелляционная жалоба на это решение вместе с заявлением о восстановлении пропущенного срока на ее подачу направлены в суд адвокатом В. Н. Еремеевым. В связи с признанием причин пропуска срока неуважительными в удовлетворении заявления определением Нагатинского районного суда от 22 октября 2018 г. отказано. Частная жалоба на данное определение оставлена Судебной коллегией по гражданским делам Мосгорсуда (определение от 14 декабря 2018 г.) без рас-

смотрения по существу — как поданная адвокатом гражданки С., действующим на основании ордера при отсутствии у него доверенности, в которой было бы специально оговорено право на обжалование судебного постановления.

Заявление в суд о признании С. недееспособной было подано ПКБ № 1 им. Н. А. Алексеева, представитель которой впоследствии возражал против удовлетворения поданного адвокатом В. Н. Еремеевым, выбранным гражданкой С. для защиты своих интересов, заявления о восстановлении процессуального срока на подачу апелляционной жалобы на решение суда. На момент подачи жалобы в Конституционный Суд РФ гражданка С. помещена в ПНИ № 25. Позиция интерната относительно поставленных в жалобе вопросов неизвестна.

Конституционный Суд РФ в своем Постановлении от 21 января 2020 г. № 3-П признал положение ст. 54 ГПК РФ во взаимосвязи с положением ч. 3 ст. 284 данного Кодекса не противоречащим Конституции РФ, поскольку — по своему конституционно-правовому смыслу в системе действующего правового регулирования — оно не предполагает возможности отказа суда в рассмотрении по существу жалоб адвоката, направленных на оспаривание решения суда о признании гражданина недееспособным и по данным адвокатом, действующим на основании ордера, по мотиву отсутствия у адвоката выданной этим гражданином доверенности, специально оговаривающей его полномочие на обжалование судебного постановления, если из конкретных обстоятельств следует, что адвокат действует в интересах и по воле этого гражданина.

Конституционный Суд указал, что неотчуждаемость основных прав и свобод человека и их принадлежность каждому от рождения (ч. 2 ст. 17 Конституции РФ) предполагают необходимость их адекватных гарантий, в т.ч. в отношении лиц с психическими расстройствами. К числу таких гарантий относятся право каждого на судебную защиту, носящее универсальный характер и выступающее процессуальной гарантшей всех иных конституционных прав и свобод, а также право каждого на получение квалифицированной юридической помощи. Эти права не подлежат ограничению (ст. 46 и 48; ч. 3 ст. 56 Конституции РФ).

Право на судебную защиту является личным неотчуждаемым правом каждого человека. Реализации права на судебную защиту наряду с другими правовыми средствами служит институт судебного представительства, обеспечивающий заинтересованному лицу получение квалифицированной юридической помощи, а в случае невозможности личного участия в судопроизводстве — и доступ к правосудию (ст. 48 и 52 Конституции РФ). Однако право каждого защищать свои права и свободы всеми способами, не за-

прощенными законом, не означает допуска любого гражданина к участию в деле в качестве представителя — соответствующие правила применительно к отдельным видам судопроизводства устанавливаются федеральными конституционными законами и федеральными законами. При этом *федеральный законодатель обязан обеспечить такой порядок реализации права на судебную защиту посредством института судебного представительства, который гарантировал бы лицу, с учетом особенностей той или иной категории дел, доступ к правосудию и эффективную защиту его прав и свобод.*

Федеральный законодатель, осуществляя регулирование института судебного представительства, предусмотрел в ГПК РФ право граждан вести свои дела в суде лично или через представителей, причем личное участие в деле гражданина не лишает его права иметь по этому делу представителя (ст. 48). Данный Кодекс предъявляет к представителям определенные требования (ст. 49, 51, 52), закрепляет правила оформления их полномочий (ст. 53) и предусматривает перечень действий представителя, право на совершение которых должно быть специально оговорено в доверенности, выданной представляемым лицом (ст. 54). Данные нормы, имеющие общий характер, распространяются на все виды производства по гражданским делам.

Вместе с тем Конституционный Суд, обращаясь к вопросам обеспечения прав и свобод гражданина, в отношении которого рассматривается вопрос о лишении дееспособности, отметил², что из предписаний Конституции РФ в их взаимосвязи с положениями Конвенции о защите прав человека и основных свобод, а также с требованиями иных международно-правовых актов вытекает необходимость *особых гарантий защиты прав лиц, которые страдают психическими расстройствами и в отношении которых возбуждается производство по признанию их недееспособными*, с тем чтобы — с учетом юридических последствий признания недееспособным — исключить какую-либо дискриминацию лица по признаку наличия психического расстройства (душевной болезни, умственной отсталости, умственных недостатков), а равно связанные с этим ограничения прав, кроме тех, которые допустимы в общепризнанных для подобных случаев целях.

Поскольку в рамках судебной защиты прав и свобод допустимо обжалование в суд решений и действий (бездействия) любых органов государственной власти, включая судебные, — отсутствие возможности пересмотреть ошибочный судебный

акт не согласуется с универсальным правилом скорейшего восстановления в правах посредством правосудия, отвечающего требованиям справедливости, умаляет и ограничивает право на судебную защиту. Институциональные и процедурные условия пересмотра ошибочных судебных актов должны отвечать требованиям процессуальной эффективности, экономии в использовании средств судебной защиты, прозрачности осуществления правосудия, исключать затягивание или необоснованное возобновление судебного разбирательства и тем самым обеспечивать правильность и своевременность разрешения дела и вместе с тем — правовую определенность, в т.ч. признание законной силы судебных решений, их неопровергимости, без чего недостижим баланс публично- и частноправовых интересов.

Приведенным правовым позициям корреспондируют положения ГПК РФ, представляющие лицам, участвующим в деле, и лицам, не привлеченным к участию в деле, вопрос о правах и обязанностях которых был разрешен судом, право обжаловать не вступившие в законную силу судебные акты в апелляционном порядке (ч. 2 и 3 ст. 320), а после их вступления в законную силу — в кассационном порядке (ч. 1 ст. 376 и ч. 1 ст. 390.2) и в порядке надзора (ч. 1 ст. 391.1). Относительно же производства о признании гражданина недееспособным Конституционный Суд в Постановлении от 27 февраля 2009 года N 4-П указал на важность обеспечения данному гражданину как квалифицированной юридической помощи со стороны выбранных им самим представителей (ст. 48, ч. 1 Конституции РФ), так и возможности, вытекающей из ст. 46, 56 (ч. 3), 118, 125 и 126 Конвенции РФ, обратиться ко всем имеющимся внутригосударственным средствам правовой защиты от нарушения прав необоснованным признанием недееспособным, включая обжалование решения об этом во всех предусмотренных законом судебных инстанциях, в т.ч. осуществляющих проверку судебных актов, вступивших в законную силу.

Как указал Конституционный Суд, гражданин, заявление о признании которого недееспособным рассматривает суд, является лицом, участвующим в деле, и наделен, таким образом, всеми процессуальными правами, предоставленными этим лицам (ст. 35 ГПК РФ), а значит, и правом на обжалование судебных постановлений, в частности решения суда об удовлетворении такого рода заявления. Право гражданина, призванного решением суда недееспособным, обжаловать его в апелляционном порядке, а также подать заявление о его пересмотре по вновь открывшимся и новым обстоятельствам лично либо через выбранных им представителей закреплено и в специальной норме процессуального закона, посвященной рассмотрению судом заявлений, в частности, о признании граждани-

² См. Постановление от 27 февраля 2009 г. № 4-П по жалобе Штукатурова и др.

Всегда ли адвокат вправе обжаловать признание своего доверителя недееспособным?

на недееспособным (ч. 3 ст. 284 ГПК РФ). В случае несогласия с решением суда гражданин, признанный недееспособным, на основании указанной нормы вправе самостоятельно обжаловать его в апелляционном порядке, поскольку данное решение не вступило в законную силу и гражданин еще обладает дееспособностью, в т.ч. процессуальной. В случае же, когда срок на подачу апелляционной жалобы пропущен и решение суда о признании гражданина недееспособным вступает в законную силу и приобретает свойства общеобязательности и исполнимости, оно может быть оспорено (включая подачу в суд заявления о восстановлении пропущенного срока на апелляционное обжалование, оспаривание определения суда об отказе в таком восстановлении и т.д.) не самим гражданином, признанным недееспособным, а иными лицами, защищающими его права и свободы при осуществлении судопроизводства.

Как следует из правоприменительной практики, в качестве опекунов недееспособного гражданина органы опеки и попечительства назначают, как правило, его близких родственников, которые нередко и выступали инициаторами (заявителями) лишения его дееспособности. В этих случаях, равно как и при помещении недееспособного гражданина в специальную организацию (например, в ПНИ), на которую возложены опекунские обязанности, не исключается наличие у опекуна противоположного с подопечным процессуального интереса в вопросе об обжаловании соответствующего судебного решения, который может выражаться в т.ч. в бездействии по обжалованию.

При таких условиях гражданину, признанному решением суда недееспособным и заинтересованному в его обжаловании, должна быть обеспечена возможность воспользоваться юридической помощью лица, не зависящего от опекуна. Следовательно, если этот гражданин не имеет возможности лично обжаловать решение суда или если из-за пропуска процессуального срока на подачу апелляционной жалобы решение вступило в законную силу, а опекун гражданина согласен с решением и не совершает действий по его обжалованию, возможным способом реализации конституционного права недееспособного гражданина на судебную защиту является обжалование решения адвокатом, выбранным самим этим гражданином.

Федеральный закон “Об адвокатской деятельности и адвокатуре в Российской Федерации” определяет адвокатскую деятельность как квалифицированную юридическую помощь, оказываемую на профессиональной основе лицами, получившими статус адвоката в установленном порядке, физическим и юридическим лицам (доверителям) в целях защиты их прав, свобод и интересов, а также обеспечения доступа к правосудию. Адвокаты, на которых законом возложена публичная обязанность обеспечивать защиту прав

и свобод человека и гражданина, осуществляют деятельность, имеющую публично-правовой характер, реализуя гарантии права каждого на получение квалифицированной юридической помощи. Такая деятельность не является предпринимательской и не нацелена на извлечение прибыли. Адвокатура независима от органов публичной власти. Она как институт гражданского общества не входит в систему органов государственной власти и местного самоуправления, действует на основе принципов законности, независимости, самоуправления, корпоративности и равноправия адвокатов.

К гарантиям, призванным обеспечить высокое качество предоставляемых адвокатом услуг и оградить доверителей от возможных злоупотреблений, п. 2 ст. 17 Федерального закона “Об адвокатской деятельности и адвокатуре в Российской Федерации” относит возможность прекращения статуса адвоката по решению совета адвокатской палаты субъекта РФ, в частности, при неисполнении или ненадлежащем исполнении адвокатом своих профессиональных обязанностей перед доверителем, а равно при нарушении норм кодекса профессиональной этики адвоката. В свою очередь, ст. 18 Кодекса профессиональной этики адвоката, принятого I Всероссийским съездом адвокатов 31 января 2003 г., позволяет применять к адвокату меры дисциплинарной ответственности в рамках дисциплинарного производства, предусмотренного разделом 2 данного Кодекса, в случаях нарушения адвокатом законодательства об адвокатской деятельности и адвокатуре и требований данного Кодекса.

Подобное регулирование направлено на реализацию гарантированных ст. 46 и 48 Конституции РФ прав каждого на судебную защиту и на получение квалифицированной юридической помощи, в т.ч. на поддержание ее надлежащего уровня в случае признания гражданина недееспособным. При этом такой гражданин может выразить свою волю на осуществление адвокатом процессуальных действий, связанных с обжалованием решения суда о признании его недееспособным, в той или иной объективированной форме.

Статья 54 ГПК РФ предписывает закреплять право представителя на обжалование судебного постановления — как одно из важнейших процессуальных действий, имеющих распорядительный характер, — в доверенности, выданной представляющим лицом.

Что касается права адвоката выступать в суде в качестве представителя, то оно удостоверяется на основании ч. 5 ст. 53 ГПК РФ ордером, выданным адвокатским образованием, однако право на обжалование судебного постановления должно быть специально оговорено в доверенности, выданной представляющим лицом. Это означает, что наличие у адвоката ордера, подтверждающего его право на выступление в

суде в качестве представителя, само по себе не свидетельствует о наличии у него полномочия на совершение в интересах представляемого лица действий, перечисленных в ст. 54 данного Кодекса, в т.ч. на обжалование судебных постановлений.

Изложенное нашло отражение и в судебной практике, согласно которой отдельные полномочия, перечисленные в ст. 54 ГПК РФ, могут быть осуществлены представителем только в случае непосредственного указания их в доверенности, выданной представляемым лицом, — один лишь ордер не дает адвокату права совершать действия, для которых в силу этой нормы требуется специальная оговорка в доверенности. Соответствующие разъяснения даны в Обзоре законодательства и судебной практики Верховного Суда Российской Федерации за третий квартал 2003 года (утв. постановлениями Президиума Верховного Суда РФ от 3 декабря 2003 г. и от 24 декабря 2003 г., ответ на вопрос 15) и в Ответах Судебной коллегии по гражданским делам Верховного Суда РФ на вопросы судов по применению норм ГПК РФ (утв. Президиумом Верховного Суда РФ 24 марта 2004 г., ответ на вопрос 15).

Следовательно, гражданин, намеренный обжаловать решение суда через выбранного им представителя, в т.ч. адвоката, должен, исходя из приведенных законоположений и разъяснений Верховного Суда РФ, уполномочить его на совершение этого процессуального действия посредством оформления и выдачи ему доверенности. Такое требование оправданно, когда речь идет о рассмотрении и разрешении гражданских дел, отнесенных к компетенции судов законом (ст. 22 ГПК РФ), в целом, но *рассматриваемое в порядке особого производства дело о признании гражданина недееспособным имеет в этом аспекте свою специфику, обусловленную юридическими последствиями удовлетворения судом заявления о признании недееспособным.*

Признание гражданина недееспособным и вступление судебного решения в законную силу влечет лишение его права самостоятельно распоряжаться своим имуществом и совершать сделки, в т.ч. выдавать письменное уполномочие (доверенность) другому лицу для представительства перед третьими лицами (п. 1 ст. 185 ГК РФ). Кроме того, в соответствии со ст. 53 ГПК РФ гражданин не вправе наделить другое лицо полномочиями по представлению своих интересов в суде посредством простой письменной доверенности — она должна быть удостоверена в нотариальном порядке либо перечисленными в указанной норме организациями или должностными лицами. Когда доверителем является гражданин, признанный вступившим в законную силу решением суда недееспособным, удостоверение доверенности нотариусом не представляется возможным, поскольку по общему

правилу, установленному ст. 43 Основ законодательства РФ о нотариате, при удостоверении сделки осуществляется проверка дееспособности гражданина, обратившегося за совершением нотариального действия, а согласно т. 48 нотариус отказывает в нотариальном действии, если с такой просьбой обратился недееспособный гражданин. Аналогичное правило действует в отношении других перечисленных в ст. 53 ГПК РФ организаций и должностных лиц.

Конституционный Суд РФ *оценивает конституционность проверяемых законоположений исходя из их места в системе правовых норм.* Поэтому общие нормы ст. 54 ГПК РФ (в частности, предписание об обязанности доверителя специально оговаривать в доверенности право представителя на обжалование судебного постановления), подлежащие применению при рассмотрении заявлений о признании гражданина недееспособным, оценивались в *нормативном единстве с положениями специальной ст. 284 ГПК РФ, регламентирующей порядок производства по данной категории дел.*

Согласно ч. 3 ст. 284 ГПК гражданин, признанный недееспособным, имеет право лично либо через выбранных им представителей обжаловать решение суда в апелляционном порядке, подать заявление о его пересмотре по правилам главы 42 данного Кодекса, а также обжаловать его в кассационном и надзорном порядке, если суд первой инстанции не предоставил этому гражданину возможность изложить свою позицию лично либо через выбранных им представителей. Тем самым реализация гарантии восстановления прав, нарушенных при рассмотрении соответствующего заявления и принятии судом решения о признании гражданина недееспособным, заключающейся в его праве обжаловать вступившее в законную силу решение суда в кассационном или надзорном порядке, а в случае пропуска процессуального срока на подачу апелляционной жалобы — подать заявление о восстановлении этого срока и обжаловать определение суда об отказе в таком восстановлении, поставленное на ст. 54 ГПК РФ в зависимость от оформления таким гражданином доверенности, специально оговаривающей право представителя на обжалование судебного постановления, притом что вследствие действия законной силы решения суда такой гражданин является недееспособным и не вправе совершать процессуальные действия по обжалованию самостоятельно.

Исходя из норм права, подвергнутых анализу как по отдельности, так и в их системной связи, и с учетом юридических последствий принятия и вступления в законную силу решения суда о признании гражданина недееспособным, содержащееся во взаимосвязанных положениях ст. 54 и ч. 3 ст. 284 ГПК РФ предписание об обязательности выдачи этим гражданином выбранному им адвокату доверенности, специально

Всегда ли адвокат вправе обжаловать признание своего доверителя недееспособным?

наделяющей того правом на обжалование решения суда о признании недееспособным, не может быть реализовано и, таким образом, не обеспечивает эффективного восстановления в правах посредством правосудия, отвечающего общеправовым требованиям равенства и справедливости, а значит, осуществления права на судебную защиту, признаваемого и гарантируемого согласно общепризнанным принципам и нормам международного права и в соответствии с Конституцией РФ, не подлежащего ограничению (ч. 1 ст. 17, ч. 1 и 2 ст. 46; ч. 3 ст. 56 Конституции РФ).

В качестве дополнительной гарантии соблюдения прав и свобод гражданина, который признан недееспособным, но не согласен с этим решением суда, ч. 3 ст. 284 ГПК РФ предусматривает право гражданина лично либо через выбранных им представителей обжаловать это решение не только в апелляционном, но и в кассационном и надзорном порядке, если суд не предоставил гражданину возможность изложить свою позицию лично либо через выбранных им представителей. Между тем ч. 1 ст. 376 и ч. 1 ст. 390.2 ГПК РФ возможность кассационного обжалования вступившего в законную силу судебного постановления поставлена в зависимость от исчерпания заинтересованным лицом иных установленных данным Кодексом способов обжалования судебного постановления, в т.ч. до дня вступления его в законную силу. Это означает, что, когда гражданин, признанный недееспособным, не может лично обжаловать решение суда в апелляционном порядке, его опекун не совершает указанных действий, а выдать представителю доверенность, содержащую полномочие на обжалование судебного постановления, недееспособный гражданин не вправе (особенно в случае пропуска им процессуального срока на подачу апелляционной жалобы и вступления решения суда в законную силу), создается непреодолимое препятствие кассационному обжалованию решения суда первой инстанции как не прошедшего стадию апелляционного производства, поскольку, как разъяснил Пленум Верховного Суда РФ в п. 3 постановления от 11 декабря 2012 г. N 29 “О применении судами норм гражданского процессуального законодательства, регулирующих производство в суде кассационной инстанции”, иные способы обжалования признаются исчерпанными, если дело рассмотрено судом апелляционной инстанции по существу и вынесено апелляционное определение. Что же касается оспаривания решения суда по делу о признании гражданина недееспособным в порядке надзора, то этот порядок проверки правомерности вступившего в законную силу судебного решения также не может быть реализован, поскольку такого рода дела подсудны, на основании ст. 24 ГПК РФ, районному суду, решения которого, в свою очередь, не подлежат пересмотру в Президиуме Верхов-

ного Суда РФ в соответствии с ч. 2 ст. 391.1 данного Кодекса.

Кроме того, ч. 3 ст. 284 ГПК РФ в качестве условия реализации права гражданина на обжалование решения суда о признании недееспособным в кассационном и надзорном порядке указывает факт непредоставления ему судом первой инстанции возможности изложить свою позицию лично либо через выбранных им представителей, т.е. когда суд не извещил гражданина о времени и месте судебного заседания и рассмотрел заявление о признании недееспособным в его отсутствие. Если же гражданин присутствовал в судебном заседании, но не смог дать пояснения по существу рассматриваемого вопроса и отсутствовал его адвокат, который смог бы отстаивать его интересы (что имело место в деле гражданки С.), то он лишается права оспорить вступившее в законную силу решение суда о признании недееспособным в кассационном порядке и по этому основанию. То обстоятельство, что в силу ч. 2 ст. 286 ГПК РФ признанный недееспособным гражданин имеет право через выбранных им представителей или лично подать в суд заявление о признании его дееспособным, являясь гарантией прав такого гражданина, не снимает тем не менее проблему оспаривания самого по себе признания недееспособным.

Сказанное подчеркивает важность наличия у гражданина, призванного недееспособным, возможности воспользоваться профессиональной помощью адвоката на этапе, предшествующем кассационному оспариванию судебного решения, в т.ч. в целях восстановления процессуального срока на апелляционное обжалование.

Таким образом, положение ст. 54 ГПК РФ предусматривающее, что право представителя на обжалование судебного постановления должно быть специально оговорено в выданной представляемым лицом доверенности, и находящееся в неразрывной связи с положением ч. 3 ст. 284 ГПК РФ о праве гражданина, призванного недееспособным, обжаловать соответствующее решение суда, по своему конституционно-правовому смыслу не предполагает возможности отказать в рассмотрении по существу жалоб адвоката, направленных на оспаривание решения суда о признании гражданина недееспособным, даже если адвокат действует на основании ордера при отсутствии доверенности, выданной этим гражданином и специально оговаривающей полномочие адвоката на обжалование судебного постановления, когда из конкретных обстоятельств следует, что адвокат действует в интересах этого гражданина (которые презуммируются как состоящие в том, чтобы вышестоящий суд осуществил проверку правильности судебного решения о признании его недееспособным) и по его воле, выраженной в той или иной объективированной форме и

нацеленной на рассмотрение соответствующих жалоб.

Как отметил Конституционный Суд, федеральный законодатель вправе внести в правовое регулирование изменения, вытекающие из данного Постановления и направленные на совершенствование механизма, обеспечивающего защиту права гражданина, признанного недееспособным, на обжалование решения суда как лично, так и с помощью выбранного им самим адвоката.

Постановление Конституционного Суда РФ по жалобе гр. С. — это не только эффективное средство от необоснованного лишения граждан дееспособности, но и принципиально новый важнейший шаг на пути реформирования института недееспособности в целом. Ибо имеются и другие общепроцессуальные нормы, которые в правоприменительной практике

толкуются без взаимосвязи с положениями статей ГПК РФ, регулирующими порядок признания гражданина недееспособным (дееспособным). В дальнейшем позиция Конституционного Суда РФ по жалобе гр. С. может быть распространена и на другие статьи ГПК РФ.

Несомненно, что законодатель, как обычно, нескоро отреагирует на призыв Конституционного Суда по доброй воле поправить процессуальное законодательство. По нашему мнению, изменения должны коснуться не только процедуры обжалования решения суда о признании гражданина недееспособным с помощью представителя, но и регулирования вопроса об участии представителя гражданина в судебном заседании по данной категории дел. Такое участие должно носить обязательный характер.

РЕКОМЕНДУЕМ:

Ю. Н. Аргунова

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

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

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

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

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

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

или по телефону: 8 (495) 437-0991

ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА

Шаманские угрозы изгнать “злой дух Путина” приравнены к непосредственной опасности

1 июня в Якутске состоялся суд, который удовлетворил заявление Якутского республиканского психоневрологического диспансера о недобровольной госпитализации Александра Габышева. 12 мая, когда он был доставлен в диспансер из дома своей сестры в наручниках, после штурма его бойцами ОМОН из-за отказа сдать биоматериал на коронавирус, врач приемного покоя не обнаружил оснований для недобровольной госпитализации. Однако с Габышевым тоже “поработали” двое силовиков, и после оказанного на него давления он согласился на добровольную госпитализацию. В отделении был “тихим, малозаметным, молчаливым, находился один в палате, много спал”, принимал назначенное лечение. Через 17 дней, когда после двойного отрицательного результата анализа на коронавирус, его перевели в общепсихиатрическое отделение, он решил подать заявление о выписке. Но не тут-то было. Больница срочно провела врачебную комиссию, которая выявила у Габышева декомпенсацию его психического расстройства и решила, что он представляет непосредственную опасность для себя и окружающих и “нуждается в принудительной госпитализации и лечении в психиатрическом стационаре”. Предыдущая комиссия, проведенная за неделю до этого, признаков декомпенсации и опасности не обнаружила. Теперь же врачи акцентировали, что он “высказывал идеи навредить правительству и свергнуть Путина”. Президент НПА России Ю. С. Савенко написал заключение по медицинским документам Габышева, проанализировав исковое заявление Якутского ПНД в суд, заключение врачебной комиссии и обращение начальника отдела полиции, который организовывал доставку Габышева в ПНД. Несмотря на всю анекдотичность доводов диспансера и убедительную позицию адвоката, суд принял заранее заготовленное решение о недобровольном лечении Габышева в течение, по крайней мере, 6 месяцев. На самом деле, врачи могут выписать его в любой момент, как только сочтут, что он не нуждается в стационарном лечении. Но этот вопрос решают явно не они. Наши силовики суеверны.

С разрешения А. Габышева и его адвоката публикуем некоторые судебные материалы.

**Заключение специалиста-психиатра
по медицинским документам
Габышева Александра Прокопьевича,
1968 г.рожд.**

Административное исковое заявление Якутского Республиканского психоневрологического диспансера от 29 мая 2020 г. о недобровольной госпитализации Габышева А. П., 1968 г.рожд., по п.п. “а” и “в” ст. 29 Закона РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”, т.е. в связи с его “непосредственной опасностью для себя или окружающих” и “существенным вредом его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи”, находится в **грубом противоречии** с данным им согласием на добровольное лечение при поступлении в диспансер и реальными обстоятельствами, описанными в обращении 12 мая 2020 г. и.о. начальника ОП № 2 МУ МВД России “Якутское” И. Г. Ефремова к зав. Якутским ПНД О. А. Припузову.

Из этого описания следует, что Габышев А. П., живущий на далекой окраине города в отдельном домике, принадлежащем приютившей его родной сестре, “категорически отказался от отбора проб биоматериала, не впустил в дом медработников, ходил с огнестрельным оружием, пугал спустить собаку с цепи”. Это нарочито устрашающая картина противоречит тому, что, по свидетельству сестры, ни в доме, ни у самого Габышева никогда не было огнестрельного оружия, оно не было обнаружено и изъято в дальнейшем; принадлежащая Габышеву маленькая громоголосая дворняжка не представляла никакой опасности, а главное — **Габышев А. П. имел юридическое право на отказ от такого вмешательства, тем более что, по высказанному им доводу, это противоречит его религии**. Необходимость обязательного забора анализов у Габышева, как у лица, всего лишь контактировавшего с заболевшим COVID-19, **не носила степени, могущей оправдать такую грубо принудительную меру**. Между тем, именно действия медицинских работников, как следует из представленного полицией описания, вызвали “словесную агрессию” и демонстративно угрожающее, чисто ритуальное размахивание мечом с апелляцией к мистическим силам и колдовским способностям, которые никем еще не отождествлялись с реальной,

тем более непосредственной опасностью. Описание поведения Габышева в обращении и.о. начальника отделения полиции, как якобы “отрешенного от происходящего”, “общающегося” с “неизвестным”, “не фокусирующего взгляда на ком-либо из присутствующих” противоречит тут же приводимым отрывкам из вполне понятных высказываний Габышева (“я не уберу меч, в него заключена моя душа и моя сила”) и вполне понятного самим полицейским чисто демонстративного характера угроз Габышева (“демонстративно размахивал мечом”), оно ограничивается выражением “проявлял общую агрессию в отношении всех прибывших” и в нем нет ни одного примера действенной агрессии. Отчетливо видно, что так наз. агрессия ограничилась отказом от забора биоматериала, и только упорное настояние медработников, а затем вызванной полиции, а затем даже ОМОНа, спровоцировало внешне бурное демонстративное естественное для шамана сопротивление, демонстративность которого была всем очевидна. Тем не менее, обращение полиции завершается обоснованием, которое невозможно считать сколько-нибудь убедительным. *“Медицинские работники посчитали, что гр. Габышев А. П. проявляет явные признаки, говорящие о необходимости оказания ему специализированной медицинской (психиатрической) помощи, вследствие чего ими было принято решение о необходимости госпитализации последнего в специализированное медицинское учреждение — ГБУ РС (Я) ЯРПНД. Спустя полтора часа была вызвана бригада скорой медицинской помощи, сотрудники ОМОН Росгвардии, которые пресекли неадекватные действия, задержали Габышева А. П. для госпитализации в ЯРПНД. Учитывая изложенное и в целях недопущения отключений, способных повлечь совершение каких-либо действий с тяжкими последствиями, ходатайствуя рассмотреть вопрос о проведении медицинского (психиатрического) обследования гр. Габышева Александра Прокопьевича, 22.11.1968 года рождения... в условиях стационара”.* Во-первых, непонятно, какие медицинские работники приняли решение о необходимости госпитализации Габышева в психиатрический стационар. Согласно закону о психиатрической помощи, такое решение может принять только врач-психиатр. Во-вторых, поведение Габышева во время попытки вторжения в дом его сестры носит вполне объяснимый характер и не давало оснований для его задержания и недобровольного стационаризации.

Перед нами откровенно провоцирующая акция, вызвавшая бурный, но чисто демонстративный протест, который толкуется как “непосредственная опасность”, вопреки представленной документации, а также тут же данным добровольным согласием на первое в его жизни стационаризование и лечение и совершило мирным поведением в стационаре в течение 17 дней: “был тихим, незаметным, молчаливым, спокойным, режим не нару-

шал”, от назначенного лечения не отказывался. Заявление Габышева об отказе от дальнейшего лечения после отрицательных анализов на коронавирус и перевода его в другое отделение явилось отказом не от лечения вообще, а от **стационарного** лечения. Элементарный психотерапевтический подход, которого явно не было, мог бы обеспечить согласие.

В любом случае, 29 мая, после 17 дней лечения психотропными препаратами, когда ПНД подал административное исковое заявление в суд о недобровольной госпитализации Габышева, последний явно не представлял никакой опасности ни для себя, ни для окружающих, и ссылка на п. “а” ст. 29 закона была совершенно необоснованной. Психическое состояние Габышева не соответствует пункту “в” ст. 29 Закона о психиатрической помощи. Мало того, что психиатрический диагноз не является основанием для недобровольной госпитализации и недобровольного лечения, диагноз диспансера — “шизотипическое расстройство личности” — даже при наличии декомпенсации не соответствует рискам этого пункта.

Получается, что лечение в психиатрическом стационаре в течение 17 дней не только не улучшило, но, наоборот, ухудшило психическое состояние Габышева: 12 мая при поступлении, его состояние было таким, что он мог дать добровольное информированное согласие на лечение (ориентировка сохранена, обманов восприятия не выявляется, мышление последовательное, поведение упорядоченное), а 29 мая диспансер утверждает, что он нуждается в обязательном лечении, причем только в стационарных условиях.

Таким образом, **административное исковое заявление диспансера является совершенно произвольным, необоснованным:** поведение Габышева А. П., описанное во всех представленных материалах — обращении полиции и заключении врачебной комиссии от 29 мая 2020 г., — не соответствует пунктам “а” и “в” ст. 29 закона “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”, и **ставит современную психиатрическую службу в смешное положение, поскольку она фактически требует принудительных мер за угрозу колдовством** “навредить правительству и “свергнуть Путина”, что будет иметь только громкий нежелательный резонанс.

Габышев А. П. находился на лечении в ЯРПНД на основе добровольного информированного согласия в течение 17 дней и имеет полное право отказаться от стационарного лечения. Психотерапевтически склонить его к амбулаторному лечению, необходимому для снятия признаваемого им самим спровоцированного стресса, — вызов профессионализму врачей диспансера.

1 июня 2020 г.

*Ю. С. Савенко, президент НПА России,
врач-психиатр с 56 летним стажем,
канд. мед. наук*

Из досье эксперта

“Чривоохранения
Республики Саха (Якутия)
Государственное бюджетное
учреждение
Республики Саха (Якутия)
“Якутский республиканский
психоневрологический
диспансер”



“Чривоохранения
доруобуй харыстабылын
Министристибүгээ
Саха Оросуулукэтийн
Государственный бюджетийн
тэрилтээ
“Дьокуускайдаацы
өрөспүүбулукэ
психоневрологической
диспансера”

Лермонтова ул., д. 178/1, Якутск, 677010
Тел./факс (4112) 36-73-50, e-mail: ugrnd@gov14.ru
<http://www.ugrnd.ru>

«19 » май 2020 г. № 05-20/92
на № от « » 20 г.

Якутский городской суд РС (Я)
Председателю

Административный истец:

ГБУ РС (Я) “Якутский республиканский
психоневрологический диспансер”

Адрес: 677005, г. Якутск, ул. Лермонтова 178/1

Административный ответчик:

Габышев Александр Прокопьевич,
22.11.1968 года рождения,
Адрес: г. Якутск, пер Базовый д.69

АДМИНИСТРАТИВНОЕ ИСКОВОЕ ЗАЯВЛЕНИЕ
О ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ГРАЖДАНИНА В НЕДОБРОВОЛЬНОМ ПОРЯДКЕ

ГБУ РС (Я) «Якутский республиканский психоневрологический диспансер» направляет в Ваш адрес административное исковое заявление о госпитализации гр. Габышева Александра Прокопьевича, 22.11.1968 года рождения, в психиатрический стационар в недобровольном порядке.

Гр. Габышев Александр Прокопьевич, 22.11.1968 года рождения был госпитализирован 12.05.2020 г., в ГБУ РС (Я) «Якутский республиканский психоневрологический диспансер». Был доставлен сотрудниками отдела полиции № 2 и госпитализирован на добровольной основе. Подписал согласие на госпитализацию и лечение.

28 мая 2020 г. переведен в 5 мужское отделение (после отрицательных анализов коронавирусной инфекции). 29 мая 2020 г. отказался от дальнейшего лечения. Лечащий врач после беседы с пациентом пришла к выводу, что он нуждается в принудительном лечении в связи с наличием у него тяжелого психиатрического расстройства, которое обуславливает: его непосредственной опасностью для себя или окружающих; существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психическое состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

Основанием для вывода о необходимости принудительной госпитализации и продолжении лечения послужили сведения от и.о. начальника отдела полиции № 2, от главного врача ЯГБ № 3, лечащего врача Габышевой А.В. заключение врачебной комиссии.

По этим сведениям, гр. Габышев Александр Прокопьевич отказывался от взятия биоматериала, угрожал «спустить собак с цепи» сотрудникам ЯГБ № 3, ходил по двору с огнестрельным оружием, держал в руках обнаженный меч (батас).

29.05.2020 г. гр. Габышев А.П. был освидетельствован комиссией врачей – психиатров Якутского республиканского психоневрологического диспансера ГБУ РС (Я).

Комиссия подтвердила обоснованность решения о принудительной госпитализации и лечении в соответствии со статьей 29 п.п “а”, “в”. Закона РФ "О психиатрической помощи и

гарантии прав граждан при ее оказании". Врачебная комиссия считает, что лечение гражданина Габышева А.П. возможно только в стационарных условиях.

Согласно заключению комиссии № 733 от 29 мая 2020 г. Комиссия, ознакомившись с анамнезом, настоящим состоянием, пришла к выводу, что Габышев А.П. имеет признаки заболевания в виде Шизотипического расстройства личности, в стадии декомпенсации. В связи с неустойчивостью настроения, наличием болезненных идей величия, переоценки своей личности, амбивалентностью мышления и поступков, отсутствием критики, легко аффектируется, проявляет вербальную агрессию (перед госпитализацией угрожал сотрудникам ЯГБ № 3 при попытке взятия материала на короновирусную инфекцию), высказывал идеи навредить правительству и «свергнуть Путина, т.к. является Демоном и Антихристом», призывает окружающих к «свержению законно избранной власти» согласно статье 29 п. «а» и «в» ФЗ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» нуждается в принудительной госпитализации и лечении в психиатрическом стационаре ЯРПНД.

Согласие на госпитализацию отсутствует вследствие отказа от дальнейшего лечения.

Габышев А.П. может участвовать в судебном заседании в помещении ГБУ РС (Я) ЯРПНД.

В соответствии со ст.274, 276-279 КЛС РФ
ПРОШУ:

- 1) Вынести определение о продлении пребывания гр. Габышева Александра Прокопьевича, 22.11.1968 года рождения, в ГБУ РС (Я) «ЯРПНД» до рассмотрения в суде дела о его госпитализации в психиатрический стационар общего типа в недобровольном порядке.
- 2) Рассмотреть дело о госпитализации в психиатрический стационар общего типа гр. Габышева Александра Прокопьевича, в недобровольном порядке.
- 3) Подвергнуть гр. Габышева Александра Прокопьевича, 22.11.1968 года рождения госпитализации в недобровольном порядке в психиатрический стационар ГБУ РС (Я) «ЯРПНД» для лечения.

Приложение:

- 1) Заявление о принудительной госпитализации;
- 2) Заключение комиссии врачей № 733 от 29.05.2020 г.
- 3) Выписка из протокола врачебной комиссии № 733 от 29.05.2020 г. (о возможности участвовать в судебном заседании в помещении ГБУ РС (Я) ЯРПНД);
- 4) Письмо на имя главного врача от ОП № 2
- 5) Письмо Управления Роспотребнадзора по РС(Я);
- 6) согласие на госпитализацию и лечение от 12.05.2020 г.;
- 7) Отказ от продолжения лечения от 29.05.2020 г.;
- 8) Заявление от продолжения стационарного лечения от 29.05.2020 г.
- 9) Копия паспорта Габышева А.П.;
- 10) Расписка о вручении Габышеву А.П. копии АИЗ;
- 11) Доверенности на представителей ГБУ РС (Я) «ЯРПНД».



О.А. Припузов

Исп. Рассейкина А.В.
89142766640

Отстаивание шаблонных решений СПЭ вместо судьбы человека

Есть еще на свете сердобольные люди, способные чувствовать чужую боль и готовые помочь даже случайным знакомым. В НПА России пришла группа бывших депутатов первого созыва Московской государственной думы, которые составляли там фракцию по правовой защите. Они пришли потому, что навещая своего коллегу в ПНИ, вникают в жизненные ситуации тех, кто находится рядом.

Александр Максимович Катнов был обычным советским парнем: закончил школу, отслужил три года в авиационных войсках, поступил в ВУЗ, женился, устроился работать на стройку “за квартиру”. В 30 лет он получил тяжелую черепно-мозговую травму, лечился в стационаре, МСЭ признала утрату трудоспособности на 30 %, оформили инвалидность. Беспокоили сильные головные боли, нарушились тазовые функции. Катнов расстался с женой, продолжал лечиться, однако улучшения состояния так и не наступило. В 1987 г., в возрасте 42 лет сам попросил госпитализировать его в психиатрическую больницу — “из-за упорных головных болей”. Облегчения не почувствовал и больше к психиатрам не обращался. Ухаживал за больной матерью, а после ее смерти проживал один. Летом 2018 г., когда ему было уже 73 года, в его доме начался капитальный ремонт. Понимая, что не сможет вынести строительный шум, грязь и посторонние запахи, он неоднократно обращался в управу своего района с просьбой отселить его на время ремонта или даже навсегда в другое место, предлагал обменять свою трехкомнатную квартиру на однокомнатную, согласен был и на интернат общего типа. Но никого не интересовали его просьбы, а отказ пустить в свою квартиру строителей был квалифицирован как ухудшение психического состояния, полиция взломала дверь и его силой увезли в КПБ № 1 им. Алексеева. Дальше — по хорошо отработанной схеме: через месяц перевод в психиатрическую больницу № 14, обращение больницы в суд с заявлением о признании его недееспособным, пятиминутная экспертиза в КПБ № 1, решение о недееспособности и перевод в психоневрологический интернат № 12. Руководство интерната сразу обратило внимание на необычного постояльца, считало, что он попал к ним по ошибке и вскоре удовлетворило просьбу Катнова А. М. обратиться в суд за восстановлением ему дееспособности. Однако, экспертиза была назначена вновь в КПБ № 1, и эксперты вновь не пожелали вникать в ситуацию. Формально просмотрев историю болезни и задав ему несколько вопросов, они фактически переписали данные предыдущей экспертизы и отказались признавать его дееспособным. С помощью друзей Катнов пытается оспорить это решение в

суде, однако одному бороться с государственной машиной очень трудно, а эксперты штампуют одинаковые решения, не задумываясь о том, что от них зависит судьба, а порой и жизнь человека. Похоже, они забыли, что они тоже врачи, для которых высшая цель — благо больного, и то, что цель судебно-психиатрических экспертов — научно выверенная оценка состояния подэкспертного с минимизацией ущемления прав и мер стеснения, а не отстаивание правоты стандартного подхода. Но надо ли называть имена этих экспертов?

А вот результаты комплексного психолого-психиатрического комиссионного освидетельствования, проведенного в НПА России.

Катнов Александр Максимович, 1945 г. рожд., проживающий в ПНИ № 12, по адресу: г. Москва, ул. 9-я Парковая, д. 53, освидетельствован специалистами НПА России комиссионно, по его просьбе, в связи с рассмотрением в суде дела о признании Катнова А. М. дееспособным.

На комиссию представлены документы (ксерокопии):

1. Выписка из истории болезни № 6143 Психиатрической больницы № 14;
2. Заключение комиссии экспертов от 8 ноября 2018 г. № 1506-3 АСПЭ Катнова А. М., ПКБ № 1 им. Н. А. Алексеева;
3. Решение Нагатинского районного суда г. Москвы от 07.12.2018 г.;
4. Решение Измайловского районного суда г. Москвы от 02.10.2019 г.;
5. Выписка из истории болезни № 3895 на Катнова А. М. из ПНИ № 12 ДТСЗН г. Москвы;

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

Жалуется на частые головные боли, повышение артериального давления, нарушения актов дефекации (запоры) и мочеиспускания.

АНАМНЕЗ (со слов освидетельствуемого). Наследственность психопатологическая не отягощена. Мать по характеру добрая, справедливая, работала учителем русского языка и литературы. Отца не знал, и никаких сведений о нем не имеет — “остался на фронте”. С детства проживал в Москве, воспитывался матерью и ее родителями. Развивался по возрасту. При попытке отдать его в детский сад в первый же день заболел корью и в дальнейшем детские дошкольные учреждения не посещал. Сидел дома с бабушкой и дедом. Обстановка в семье была спокойной, доброжелательной, считает, что его баловали — “всегда

чувствовал заботу и любовь, они никогда не отказывали в просьбе почитать мне”. В пять лет научился читать сам и “чтение стало любимым занятием на всю жизнь, очень люблю книги”. В школу пошел с 7 лет, учился хорошо, с учителями и сверстниками ладил, был спокойным, достаточно общительным. Окончил 10 классов. В 1964 – 1967 гг. служил в СА в авиационных войсках, служба прошла нормально, демобилизован на общих основаниях. По окончании службы поступил в Саратовский юридический институт, но, проучившись три месяца, учебу оставил. Говорит, что было неинтересно — юридическая наука очень сухая, “крючкотворство”. Вернулся домой. Первые годы после армии зарабатывал на “шабашке”, в теплое время года собирались в бригаду и выезжали на заработки, за три месяца удавалось заработать примерно 2,5 тысячи рублей, потом месяц отыхали на море и возвращались домой. В Москве устраивался на работу на буровые установки с графиком сутки через трое, “заработанных летом денег хватало на год, в больших заработках не нуждался, а свободного времени было много”. В 27 лет женился, по любви, отношения с женой были хорошими. После женитьбы Катнов А. М. пошел работать на АЗЛК, т.к. обещали дать квартиру от завода, работал на стройке. Там в 1975 г. (в возрасте 30 лет) получил тяжелую черепно-мозговую травму, около 15 минут находился без сознания, более месяца лечился стационарно, в том же году повторная госпитализация из-за потери сознания. По трудовому увечью Катнову А. М. определена 3 группа инвалидности, степень утраты профессиональной трудоспособности — 30 %. После ЧМТ его стали беспокоить частые и интенсивные головные боли, нарушился акт дефекации и мочеиспускания. Отмечался ночной энурез, мог обмочиться и днем. По поводу длительных запоров, кровотечений из прямой кишки дважды был оперирован, но улучшение было кратковременным. Говорит, что и сейчас проблемы остаются, но со временем научился как-то управлять процессом мочеиспускания и дефекации с помощью специальных упражнений по типу йоги. В 32 года развелся с женой, объясняет это тем, что к этому времени был очень болен и не хотел, чтобы с ним вместе страдала и “любимая”. После развода долгие годы поддерживал с бывшей женой хорошие дружеские отношения, детей от брака не было. Проживал один в однокомнатной квартире, которую получил от завода. В восемидесятые годы стал применять в качестве лечения длительные периоды голодания, читал работы д.м.н. Ю. С. Николаева по применению разгрузочной диетотерапии (РДТ) при лечении различных заболеваний и в соответствии с его рекомендациями “голодал”. В 1985 г. после сорока дней РДТ дома посчитал, что самому будет трудно правильно выйти из голода и решил лечь в больницу. В результате был госпитализирован в ПСО ГКБ № 1 им. Н. И. Пирогова, через сутки его выписали, объяснив, что они не смогут

обеспечить ему правильный выход из голода, “все пришлось делать дома самому, помогала мама”. В 1987 г. сам попросил стационарировать его в психиатрическую больницу, надеялся, что там смогут снять или облегчить его головные боли. Лечился около 2,5 месяцев без выраженной динамики, был установлен диагноз: Шизофрения неврозоподобная, выписан под наблюдение ПНД, оформлена вторая группа инвалидности в спец. МСЭ. Наблюдался в ПНД № 15, диспансер посещал один раз в год, медикаментозного лечения не получал. В 2014 г. с диспансерного наблюдения психиатра снят. В 1992 г. путем обмена съехался с матерью, т.к. она нуждалась в уходе — была инвалидом 1 группы по заболеванию сердца и зрению (ослепла из-за глаукомы). В 2002 г. мать умерла, проживал один в трехкомнатной отдельной квартире, самостоятельно вел домашнее хозяйство, готовил пищу. Отмечает, что последние годы стало труднее справляться с домашними делами, поддерживать чистоту в квартире. Думал о том, чтобы пойти в пансионат для инвалидов труда и престарелых, выяснял условия проживания, хотел, чтобы ему взамен его трехкомнатной квартиры выделили отдельную комнату — “чтобы я мог заниматься своими любимыми делами: читать, сидеть за компьютером”, но оказалось, что это невозможно т.к. он состоит на диспансерном наблюдении у психиатра. Летом 2018 г. в доме начался ремонт, из-за строительного шума, за пахов краски ухудшилось состояние, усилились ежедневные головные боли, стало подниматься артериальное давление (рабочее АД 160 – 170/90), усилилась слабость. Из-за плохого самочувствия отказался впускать строителей в свою квартиру. Обращался в жилищные органы, просил отселить его на время ремонта или взамен его трехкомнатной квартиры выделить ему однокомнатную, но получил отказ. А вскоре по инициативе работников социальной защиты населения был стационаризован в КПБ № 1, им. Н. А. Алексеева в недобровольном порядке, при госпитализации отмечалось антисанитарное состояние в квартире, угрозы окружающим со стороны Катнова. В дальнейшем для решения социальных вопросов был переведен в ПБ № 14, больница обратилась в суд с заявлением о лишении Катнова А. М. дееспособности. Решением Нагатинского суда г. Москвы от 27.12.2018 г. Катнов А. М. признан недееспособным. Со слов Катнова А. М. экспертиза проводилась в течение нескольких минут, экспертное заключение занимает 3 страницы. 11.04.2019 г. Катнов А. М. переведен для проживания в ПНИ № 12 ДТСЗН г. Москвы. Согласно выписке из истории болезни № 3895 ПНИ № 12, диагноз Катнова А. М.: Шизофрения неврозоподобная F21.3. Органическое поражение головного мозга смешанного генеза (травматического, дисциркуляторного, метаболического) F06.828. Сопутствующий диагноз: ИБС. Атеросклеротический кардиосклероз. Гипертоническая болезнь

2 ст. Хронические атонические запоры ЦВК. Энцефалопатия сложного генеза. Поступил 11.04.19, “адаптировался легко. Общается с проживающими. С первых дней в ПНИ спокоен, упорядочен. Помогает ослабленным пациентам. Временами ипохондричен. Предъявляет жалобы на головные боли и нестабильную работу кишечника. Категорически отказывается от медикаментозного лечения. Заявляет, что со всеми проблемами справляется сам, выполняя особые физические упражнения по “своей системе”, взятые из йоги. За прошедший период состояние стабильное. В ПБ не госпитализировался. Психическое состояние устойчивое, спокоен. В конфликтных ситуациях не участвует. В отделении малозаметен, общается с проживающими нейтрально. К медицинскому персоналу обращается вежливо, только по мере надобности. Принимает активное участие в спортивных мероприятиях, увлекается плаванием, настольным теннисом, волейболом. Обслуживает себя самостоятельно. Регулярно навещается знакомыми, бывает в домашнем отпуске, возвращается в удовлетворительном состоянии”. В интернате Катнов А. М. говорил о своем желании восстановить дееспособность, в связи с чем был представлен на врачебную комиссию, на которой было решено удовлетворить его просьбу. 01.07.2019 г. ПНИ № 12 обратился в Измайловский районный суд г. Москвы с заявлением о признании Катнова А. М. дееспособным. По определению суда Катнову А. М. проведена АСПЭ в ГБУЗ г. Москвы КПБ № 1 им. Н. А. Алексеева. В заключении АСПЭ сказано, что Катнов А. М. страдает хроническим психическим расстройством в форме параноидной шизофрении непрерывного типа течения. “Об этом свидетельствуют данные анамнеза и мед. документации о присущих подэкспертному характерологических особенностях в виде пассивности, отгороженности, трудностей установления межличностных контактов, возникновении бредовых идей ипохондрического содержания, сопровождающихся редукцией энергетического потенциала, постепенным нарастанием специфических шизофренических изменений. Что в совокупности обусловило его наблюдение психиатром”. “Диагностическое заключение подтверждено результатами настоящего обследования, выявившего у Катнова А. М. характерные для шизофренического процесса нарушения мышления, паралогичность, нелепость суждений, однообразие, малодифференцированность эмоциональных реакций, нарушение критических способностей. Указанные нарушения выражены столь значительно, что лишают Катнова А. М. способности понимать значение своих действий и руководить ими”. Катнов А. М. утверждает, что эксперты не были внимательны, не разбирались в его состоянии, практически ни о чем не расспрашивали, вынесли свое решение за несколько минут. Решением Измайловского районного суда г. Москвы от 02.10.2019 г. в удовлетворении заявления

ПНИ № 12 о признании Катнова А. М. дееспособным отказано. В настоящее время в суде будет рассматриваться апелляционная жалоба на это решение, в связи с чем Катнов А. М. и его представитель в суде обратились в НПА России с просьбой о комиссионном освидетельствовании. Психический статус Катнова А. М. из выписки ПНИ № 12: “Охотно вступает в беседу. Ориентирован. Многоречив. Мимика бедная. Настроение неустойчивое. Охотно выполняет инструкции. Убежден в предвзятости отношения к нему психиатров ПНД и ПБ. Психотической симптоматики в виде обманов восприятия не выявляет. Суицидальные мысли отрицают. Мышление конкретное, малопродуктивное. Аффективно неустойчив. Эмоционально изменен, однообразен. Память несколько снижена. Интересы вычурны (выискивает и собирает старые фото, занимается физическими упражнениями по “особой системе”). Прогностические и критические способности снижены. Навыки самообслуживания сохранены”.

Психический статус. Сознание не изменено, Ориентирован в полном объеме. Одет опрятно, поведение правильное, адекватное ситуации, вежлив, держится с чувством дистанции. Понимает, что находится в состоянии исследования, старается произвести хорошее впечатление, ответы обдумывает. В начале беседы несколько напряжен, волнуется, боится сказать что-то лишнее, не справиться с заданием — “Я скажу, а вы посчитаете, что я психически болен”. В процессе беседы успокаивается, становится более откровенным. На вопросы отвечает многословно, обстоятельно, с привлечением деталей, примеров, но по существу. Если его прерывают, не раздражается. Держится доброжелательно, даже с некоторой славянствостью, часто улыбается, но в целом мимика ма́ловыразительная. Несколько слабодушен, отвечая на некоторые вопросы, вспоминая близких, говорит “сейчас мне хочется заплакать”, но сдерживается. Отмечает, что с возрастом стал более сентиментальным. Соглашается, что замечание о захламленности в квартире при госпитализации “наверное” справедливо. Говорит, что у него и своя библиотека достаточно большая, и приносил книги с улицы, если их выбрасывали — “не мог пройти мимо, с детства очень люблю книги, люблю читать”. А из-за слабости, плохо самочувствия не мог навести в квартире порядок. Критика к своему поведению формальная. Говорит, что с возрастом и по самочувствию стало трудно весить домашнее хозяйство надлежащим образом. Хотел бы проживать в пансионате общего типа, но не в ПНИ, рассчитывал, что сможет это сделать, сдав свою квартиру в обмен на комнату в пансионате. Теперь же не знает, что с его квартирой, опасается, что не осуществляется своевременно оплата за жилье, и квартиру могут отнять. Рассказывает, что в ПНИ № 12 и врачи, и персонал к нему хорошо относятся, “если говорить об условиях, то я, наверное, живу в одной из лучших

комнат, но там нас четверо и все очень разные ...”, доволен, что он имеет возможность заниматься спортом, выезжать на соревнования. Тяготится ограничением возможности передвигаться, самостоятельно выходить за пределы интерната, самостоятельно решать какие-то даже простые вопросы. Говорит о желании восстановить дееспособность, благодарен ПНИ за обращение в суд. Неудачу объясняет в том числе и тем, что ни на АСПЭ, ни в суде с ним просто не стали разговаривать. О соматических проблемах говорит неохотно, только при целенаправленном расспросе, смущается, не фиксирует на этом внимания комиссии, отмечает, что за долгие годы научилсяправляться с ними самостоятельно. Несмотря, на проблемы, о которых рассказывает, настроение ровное с оттенком благодушия, надеется на помочь своих друзей, ищет помощи и поддержки в НПА. Суицидальных мыслей нет. Отмечается конкретность, обстоятельность мышления, иногда склонность к резонерству, формальность критики. Продуктивной психотической симптоматики не выявляется.

По результатам экспериментально-психологического исследования (запоминание 10 слов, простые аналогии, исключение предметов, тест Роршаха) у Катнова А. М. обнаружено существенное снижение мnestических возможностей; трудности сосредоточения внимания; низкий темп деятельности; характерные для органической патологии нарушения мышления (снижение качества психической продуктивности, ригидность, тенденция к стереотипии и конкретности, трудности формулирования своих мыслей и использования обобщенных понятий, излишняя детализация); повышенная утомляемость; выраженное снижение контроля эмоций (аффективная неустойчивость в сочетании с тенденцией к взрывчатости, дисфорическому фону настроения). Наряду с этим Катнова А. М. отличает высокий уровень психической активности, целостное восприятие со стремлением к анализу отдельных деталей, высокий уровень категориальной чёткости познавательных процессов и реалистичности, высокий мотивационный потенциал. Он активно добивается своих целей (восстановление дееспособности, переход в интернат общего типа), однако реалистично оценивает свои собственные возможности и надеется на помочь окружающих, с которыми умеет устанавливать контакты. Поведение не отличается гибкостью, в связи с чем у Катнова А. М. имеются трудности адаптации, что необходимо учитывать при проведении экспертизы. Характерных для больных шизофренией вычурности, опоры на малозначимые признаки, эмоционального оскудения и мотивационного снижения не выявлено.

Заключение. Диагноз “параноидная шизофрения непрерывного типа течения”, выставленный Катнову А. М. во время проведения АСПЭ, представляется необоснованным. Во-первых, в МКБ-10 прямо сказа-

но, что “не следует диагностировать шизофрению при наличии очевидной болезни мозга”. Во-вторых, важнейшей психопатологической симптоматикой параноидной шизофрении является “относительно стабильный, часто параноидный бред, обычно сопровождающийся галлюцинациями, особенно слуховыми”. Бредовые расстройства могут быть самыми разнообразными, но наиболее характерным является бред воздействия и преследования. При непрерывном типе течения заболевания “яркие симптомы продолжаются в течение ряда лет и иногда трудно вычленить дискретные эпизоды”. Ничего этого не обнаружено у Катнова А. М. За период с 1975 по 2018 г. он однократно проходил лечение в психиатрической больнице (1987 г.), куда поступил добровольно в связи с сильными головными болями, повышенной утомляемостью и другой симптоматикой, возникшей после тяжелой ЧМТ. Выписан с диагнозом “неврозоподобная шизофрения” (F 21.3). Последние 15 лет диспансер не посещал, лекарства не принимал, в 2014 г. снят с диспансерного наблюдения. Описанные в заключении АСПЭ нарушения в виде “пассивности, отгороженности, трудностей установления межличностных контактов, возникновении бредовых идей ипохондрического содержания, сопровождающихся редукцией энергетического потенциала, постепенным нарастанием специфических шизофренических изменений” не подкреплены никакими примерами, не содержат никаких пояснений, ничего индивидуального, как простые кальки из учебника, вопреки тому, что симптоматика подэкспертного полностью укладывается в хрестоматийную картину органического дефекта. Эта, наиболее значимая во всех отношениях дефицитарная симптоматика разительно отличается от “редукции энергетического потенциала с постепенным нарастанием специфических шизофренических изменений”, о которых пишут эксперты, используя шаблонную формулировку, избавляющую от лишних усилий. Сам факт обращения за пересмотром решения суда, реалистичная аргументация, наличие критической рефлексии в форме боязни сказать что-то лишнее, отсутствие продуктивной симптоматики даже в прошлом, целиком противоречат выводам экспертов и их диагнозу “параноидная шизофрения”. О бредовом характере ипохондрических переживаний можно говорить только в том случае, когда они “живут собственной жизнью”, а главное обладают специфической стойкостью. “Бредовые идеи ипохондрического характера”, якобы имеющиеся у Катнова А. М., понятным образом выводятся из его жизненной ситуации: тяжелой черепно-мозговой травмы в 30 летнем возрасте, приведшей к постоянным интенсивным головным болям и нарушениям актов дефекации и мочеиспускания. В отличие от ипохондрически настроенных больных, Катнов А. М. во время исследования не предъявлял активно свои жалобы и рассказал о своих проблемах только под влия-

Отстаивание шаблонных решений СПЭ вместо судьбы человека

нием длительного целенаправленного опроса. При такой симптоматике, которую описывают эксперты, более адекватным является диагноз “шизотипического расстройства” (F 21.3), с которым Катнов А. М. поступил в ПНИ № 12, однако и его следует обосновывать. В заключении АСПЭ не сказано также, какие “характерные для шизофренического процесса нарушения мышления” выявлены у Катнова А. М., в чем заключалась паралогичность и нелепость его суждений.

При настоящем исследовании на первый план выступает общее интеллектуально-мнемическое снижение, личностные и эмоциональные особенности (замедленность и ригидность, аффективная неустойчивость), а также нарушения мышления (вязкость, тенденция к конкретности и стереотипии, излишняя детализация), характерные для органического заболевания головного мозга с изменениями личности, которые, однако, не являются столь выражеными, чтобы лишать Катнова А. М. способности понимать значение своих действий и руководить ими. Это подтверждается и сведениями о поведении

и состоянии Катнова А. М., полученными из ПНИ № 12. Описание психического статуса и выводы, сделанные при проведении двух АСПЭ, не находят подтверждения при настоящем исследовании. Складывается впечатление, что эксперты не исследовали Катнова А. М., а просто переписали сведения из предыдущих историй болезни и искусственно утяжелили диагноз (“неврозоподобная шизофрения” на “параноидная шизофрения с непрерывным течением”) для того, чтобы обосновать свой основной вывод о том, что Катнов А. М. не понимает значение своих действий и не может руководить ими.

Для разрешения обнаруженных противоречий и решения вопроса о дееспособности Катнова А. М. требуется проведение повторной судебно-психиатрической экспертизы в Федеральном медицинском исследовательском центре психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского.

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

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

ПСИХОТЕРАПИЯ

XXV научно-практическая конференция “Консторумские чтения” “Психотерапия — вчера, сегодня, завтра” (часть 2)¹ 27 декабря 2019 года, Москва

Второе отделение — 14.00. – 16.30.

Председатель — Людмила Васильевна Махновская, психиатр, психотерапевт

1. Н. Л. Зуйкова, психиатр, психотерапевт. “Клинический подход и био-психо-социо-духовная парадигма психотерапии психосоматозов”. 20 мин.

2. О. Б. Левковская, психиатр, психотерапевт. “Подростковое самопознание через творчество в скульптурной мастерской”. 20 мин.

3. Т. А. Гоголева, клинический психолог, психотерапевт. “Опыт долгосрочной работы с эндогенными больными в группе ТТСБ в период реабилитации. Туники, выходы, открытия”. 20 мин.

4. К. Е. Горелов, психиатр, психотерапевт. «“Загадка Берестова”. К материалам психотерапевтического занятия в терапии творческим самовыражением М. Е. Бурно (ТТСБ), посвящённого изучению жизни и творчества В. Д. Берестова (1928 — 1998)». 20 мин.

Клинический подход и био-психо-социо-духовная парадигма психотерапии психосоматозов

Н. Л. Зуйкова²

В отношении психотерапии психосоматозов неизменным является следование древнему Гиппократовскому напутствию: “Лечить не болезнь, а больного” и современному утверждению основателя отечественной нейропсихологии А. Р. Лурии: “По существу вся медицина является психосоматической. Нет только психических или только физических болезней, а есть лишь живой процесс в живом организме и жизненность его состоит в том, что он объединяет в себе и психическую, и соматическую сторону болезни”.

Эти схожие “прописные” истины разных времен лежат и в основе биopsихосоциальной парадигмы, которую в самой известной формулировке медицинскому сообществу конца прошлого века представил Джордж Энджел, американский терапевт и психиатр (1913 – 1999). И как известно, задолго до Энгла Рой Гринкер (нейробиолог и психиатр, ученик Фрейда, а в последствии соратник Ф. Александера) впервые применил термин “биopsихосоциальный” в психиатрии, чтобы подчеркнуть аспект “био” в противовес психоаналитической ортодоксии. И традиционная естественно-научная парадигма медицины, в том числе отечественная, была дополнена психосоциальной составляющей и доктриной психосоматической медицины, “метода исследования взаимодействия психических и соматических процессов, которые тесно связывают человека с окружающей средой”. Модель гласит: “...три уровня биологический, психологический и социальный должны приниматься во внимание при решении каждой задачи, связанной со здоровьем...”. Этот положение, несомненно, пришлось по душе, прежде всего психологам и психотерапевтам, психосоматологам, тем паче, что они в этом никогда не сомневались. Биopsихосоциальная модель, как реакция на биомедицинский редукционизм, позволила снова вернуться на декларативно-официальном уровне к стремлению целостно видеть человека и суть медицинских проблем. Энгл и иже с ним видели модель “детальным планом исследований, каркасом образования и схемой работы в области здравоохранения”. Но, несмотря на ее очевидную значимость, модель не стала общей теорией болезни и исцеления в практическом здравоохранении. И психосоматической медицины в ее первоизвестном виде не получилось. Сегодня по-прежнему, наблюдается неконструктивное, а порой недружественное торжество редукционизма. Вся практическая медицинская деятельность поделена на области и секторы влияния узких специалистов. Притом, что холизм не противостоит редукционизму. Скорее, он включает редукционизм, как целое вклю-

¹ Начало — см. НПЖ, 2020, 1.

² Канд. мед. наук, доцент кафедры психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии Факультета непрерывного медицинского образования Медицинского института Российского университета дружбы народов; председатель Профессионального медицинского объединения психотерапевтов, психологов и социальных работников (МОП), Москва.

чает в себя части сегментирования. Проблема состоит в неуклонном прогрессировании и преобладании “специализаций” в умах врачей, да и обывателя тоже. В здравоохранении, по-прежнему господствует узко-направленность помощи и нарастающие экономические ограничения. Но время идет вперед. И вот так и не найдя должного принятия и применения, биopsихосоциальная парадигма, еще недавно столь прогрессивная, уже устаревает. Видимо, ее исторически важная роль уже сыграна и необходимы изменения, особенно в отношении психосоматики. Потому как научно-практическая мысль, не зависимо ни от чего, особенно в психотерапевтической сфере, требует развития и обновления теорий и практик. Психосоматические расстройства сложны, разнообразные терапии оставляют желать лучшего, и в силу этого, мнение о недостаточности биopsихосоциальной модели все более актуально и целесообразно. Наблюдаемый парадокс, когда частота психосоматических расстройств среди пациентов первичной практики — от 30 до 57 %, и за последние годы продолжает резко увеличиваться, при росте новых психотропных и соматотропных препаратов, да и психотерапевтическая помощь стала более методологически разнообразной и изысканной. Но психотерапию, вывели из ОМС, и она стала возможностью избранных, при продолжающейся декларации ее необходимости и явной востребованности. Так, по данным ВОЗ, до 40 % пациентов врачей общей практики, не нуждаются ни в какой медицинской помощи, кроме психотерапевтической (Решетников М. М., Национальный психологический журнал, 2016). Можно объяснить данный парадокс и системным кризисом в психиатрии с искусственно создаваемым дефицитом психотерапевтической помощи. Современная психотерапия занимает маргинальное положение в науке и игнорируется в междисциплинарной модели как врачебное искусство. И это уже претендует на духовный кризис. И потому активное обращение к духовности и ее реабилитация как целебного и исцеляющего пласта личности и общества в целом — шанс уцелеть и улучшиться. Благо, сегодня в психотерапии утверждается биopsихосоциодуховная парадигма (БПСД) или четырехчастная модель (Макаров В. В., 2010), которая позволяет наиболее целостно понимать страдающую личность и подбирать правильный психотерапевтический ключ. Видные психиатры нашего времени также поддерживают эту идею. К примеру, профессор Ю. И. Полищук в своей монографии “Духовное измерение в психиатрии” (2010), отмечает, что “биopsихосоциальная парадигма в научной и практической психиатрии XXI века будет вскоре дополнена и расширена за счет включения в нее духовного измерения психически больного человека”. Конечно, эта свежая идея не нова и тем она ценнее, что отсылает нас и соединяет с древ-

ними медицинскими и философскими взглядами и корнями. Так Парацельс (1493 – 1541) считал: “Все болезни за исключением механических повреждений происходят от упадка духа”. И как клиницисты-психотерапевты и психосоматологи, мы обязаны это учитывать и помогать выздоравливать и развиваться, используя “надматериальные” ресурсы человека, но в соответствии с его мироощущением и с тем, какой он, религиозный человек, атеист или агностик. Духовность человека по-разному понимается в светском и христианском мире. В первом, она сводится к душевности, нравственности, интеллектуальности, добродетельности, во втором, это понятие выводится за пределы бытия души (психики). Безусловно, для привнесения духовность неотделима от веры. На этом основана хорошо известная американская программа “12 шагов” Билла Уилсона и Боба Смита от 1938 г., направленная на духовное обновление личности зависимых и созависимых, базирующаяся на христианских заповедях. “Группы Анонимных Алкоголиков” также появляются в России с 80-х годов прошлого века и следуют 4 христианским абсолютам: абсолютная честность по отношению к себе и другим, абсолютная готовность к помощи ближнему, абсолютная чистота духа и стремлений, абсолютная любовь к Богу и ближнему своему. Видимо, эту программу можно считать предтечей современной БПСД парадигмы. Однако здесь необходимо клиническое преломление. В. Франкл указывал, что духовное измерение человеческого бытия является высшим измерением человека, а соотношение психотерапии и религии следующее: “Цель психотерапии — лечить душу, сделать ее здоровой; цель религии — нечто существенно отличающееся — спасать душу. Но замечательный побочный эффект религии — психогигиенический. Религия дает человеку духовный якорь спасения с таким чувством уверенности, которое он не может найти нигде больше. И хотя психотерапевт не задается специальной целью помочь пациенту в достижении способности верить, в некоторых случаях пациент вновь обретает свою способность к вере”. Как клиницисты, мы также должны учитывать психоэмоциональное состояние пациента. Психосоматика душевно здорового и душевнобольного человека требуют разных компетенций, необходим дифференцированный подход в профилактике, лечении, реабилитации. Основные принципы эффективности такой работы следующие: принцип “командной” работы и солидарной доли ответственности за результат пациента, соматолога (узкого специалиста) и психотерапевта. Принцип комплексной и клинико-интегративной психотерапии, сочетанной с психоформакотерапией, соматотропной терапией и телесно-ориентированными методиками. Принцип психотерапевтического комплаенса, завершающий

“Психотерапия — вчера, сегодня, завтра”

терапию этап — формирование последующего творчески-одухотворенного стиля жизни с сохраняющейся возможностью психотерапии, однако не берущей на себя роль “постоянного костыля”. Автономный здоровый образ жизни на фоне совершенствования духовных потребностей и самореализации, соответственно личностным особенностям и предпочтениям — вполне достижимый результат позитивного психосоматического сценария. Принципиален здесь клинический подход, благодаря которому психотерапевт врачебно сообразует разнообразное целебное воздействие средствами своей души с особенностями клинической картины, включая в нее и личностную почву во всех подробностях, предопределяющих то или иное психосоматическое расстройство. Принципиальна БПСД парадигма понимания страдающего человека и помочь ему в духе основоположника отечественного клиницизма А. И. Яроцкого (1866 – 1944), выдающегося терапевта, разрабатывающего вопросы психотерапии в применении к внутренним болезням. В своей книге “Идеализм как физиологический фактор” (1908) он описывает духовные идеалы, способные влиять на физическое здоровье, как служение любой идеи, удовлетворяющей двум критериям: во-первых, идеи должны строго соответствовать человеку, то есть его культуре, наклонностям, воспитанию, прошлому, они должны быть как одежда по плечу человеку; во-вторых, высота и совершенство самой идеи, она должна выдержать самую строгую проверку фактами, соответствовать самым высоким моральным основам. Согласно этому, помочь врача-психотерапевта в четырехчастной структуре простирается от устранения болезненных симптомов до подготовки к пониманию смысла жизни, высоких ценностей, гуманизма и добродетельной жизни. И. П. Павлов (1849 – 1936) к концу своей жизни говорил не раз, что его физиологическое понимание высшей нервной (психической) деятельности никак не зачеркивает духовных проявлений человеческой личности. А. Д. Е. Мелехов (1899 – 1979), профессор психиатрии и основоположник отечественной психосоциальной реабилитации, видел свою задачу в том, чтобы подойти к душевным болезням путем соединения научно-медицинского и религиозного понимания личности. С. И. Консторум называет “большой психотерапией” (в сравнении с “малой”) “работу врача с больным, не укладывающуюся в рамки тех или иных технических приемов и методик, а более широкую, стремящуюся к перевоспитанию личности, ее установок, ее мироотношения”. “При этом, — отмечает Консторум, — главную ведущую роль в лечении как таковом мы усматриваем в обогащении жизнедеятельности пациента” (Консторум, 1962). Таким образом, БПСД — это расширение горизонтов клинического мышления психотерапевта, требующее изменить взгляд на пациента, расширить

область своего медицинского знания о нем в соответствии с биопсихосоциодуховным своеобразием человека. В связи с этим мы должны понимать, что подлинно помочь пациенту выздоравливать-меняться сможет только тот профессионал, который сам лично-духовно растет и заботится о развитии своих компетенций. “...Подлинный психотерапевт невозможен без духовного своеобразия. Банальность-безличность в достаточно сложных психотерапевтических случаях обычно не работает. Серьезно психотерапевтически поможешь более или менее сложному душой пациенту, лишь как-то оживив его личностное переживание, его духовно-индивидуальное, а это возможно сделать лишь вмешательством иной, достаточно живой индивидуальности (М. Е. Бурно, 1996). Соответственно, для утверждения БПСД парадигмы необходим определенный духовно-личностный уровень и отдельного специалиста, и общества в целом. Но тема обозначена, следовательно, есть шанс.

Подростковое самопознание через творчество в скульптурной мастерской

О. Б. Левковская³

В своем докладе автор рассмотрела возможности использования авторской программы “Онтогенетически ориентированный вариант Терапии творческим самовыражением М. Е. Бурно (ТТСБ)” для работы с детьми и подростками (Левковская О. Б. Онтогенетически ориентированный вариант Терапии творческим самовыражением Бурно М. Е. (ТТСБ) / В материалах научно-практической конференции “Социальная интеграция психически больных (психиатрические, психотерапевтические, психологические аспекты). Арт-терапия в психиатрической практике” (Москва, ноябрь 2018 г.) — Т.2. Программы психотерапии и психокоррекции; под ред. А. Л. Шмиловича, Е. А. Загряжской, А. А. Иванова. — М.: Издательский дом “Качество жизни”, 2018. — С. 85 – 89].

Данная программа создавалась с учетом трех групп явлений психической жизни ребенка/подростка, определяющих индивидуальный клинический случай:

³ Врач-психотерапевт, клинический психолог, арт-терапевт, мл. научный сотрудник Научно-практического центра психического здоровья детей и подростков им. Г. Е. Сухаревой, ассистент кафедры детской и подростковой психиатрии и психотерапии Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования, руководитель Центра терапии творческим самовыражением М. Е. Бурно и Характерологической креатологии при Общероссийской профессиональной психотерапевтической лиге.

- 1) особенности подросткового периода и психического онтогенеза/ дизонтогенеза в данный период;
- 2) особенности психопатологии подросткового периода, клинические проявления; 3) индивидуальные конституционально-анамнестические особенности.

Онтогенетический подход подразумевает на практике то, что для работы с детьми и подростками все психотерапевтические методики и инструменты должны быть адаптированы с учетом формирующихся высших психических функций.

Авторская программа состоит из 24 занятий, которые собраны в 6 разделов: 1 — Введение в ТТСБ, основные методики; 2 — Особенности подросткового возраста; 3 — Эгоцентризм; 4 — Характерология; 5 — Добро и Зло, нравственность и безнравственность; 6 — Стресс, сложные жизненные ситуации. Способы совладания. Структурно каждое занятие в “Онтогенетически ориентированном варианте ТТСБ” состоит из трех частей, информационно-разъяснительной, творческой и группового обсуждения.

Цель скульптурного занятия — помочь подросткам с дисгармонически протекающим пубертатным кризисом исследовать свой внутренний мир, глубже почувствовать физические и личностно-характерологические особенности, осознать потребности и мечты.

Занятие было проведено совместно с заслуженным художником РФ И. А. Бургановым. В нем приняли участие 6 девочек-подростков. Возраст участников: 13 – 18 лет.

Все подростки на момент проведения занятия демонстрировали признаки дисгармонично протекающего пубертатного криза (с реакциями активного и пассивного протesta, оппозиции и повышенной конфликтности с родителями, учебными трудностями и т.д.) на фоне личностных акцентуаций, формирующихся личностных расстройств дефензивного круга (шизоидное, тревожное, зависимое, шизотипическое) и субклинических/клинических аффективных расстройств (субдепрессия, депрессия, дистимия). Все подростки имели различные трудности/расстройства самовосприятия, начиная от нормативного для подростков недовольства некоторыми аспектами своей внешности до полного ее неприятия, искажения телесного образа Я, дисморфофобии.

Занятие по созданию скульптурного автопортрета продолжалось 5 часов, с перерывом на чай. Перед занятием И. А. Бурганов кратко рассказал об истории скульптурного портрета и автопортрета.

Создание скульптурного автопортрета происходило с использованием специальных приспособлений. Каждый участник группы и психотерапевт работали за индивидуальным повороточным станком скульптора, на котором был фиксирован каркас для глиняной головы. В мастерской висело зеркало, ко-

торым могли пользоваться участники занятия для самонаблюдения.

Результаты:

1. В процессе создания и последующего обсуждения скульптурного автопортрета только в одном случае девочка-подросток подтвердила, что изобразила именно себя в данном образе. Остальные 5 подростков идентифицировали себя с фантазийными образами (двою), с образом матери (одна девочка), с мужчиной (одна), и с “помесью образов, солянкой из черт тех, что мне нравятся” (одна). Такая идентификация перекликалась с самовосприятием своего тела, внешности, а скульптурный автопортрет выявил определенные тенденции, являясь, с одной стороны, мощным диагностическим инструментом, с другой стороны — одним из инструментов на пути самопознания в русле ТТСБ.

2. Идеализированный, фантазийные и совмещенные скульптурные образы открыли тщательно скрываемые и/или плохо осознаваемые подростками переживания собственной неполноценности, неприятия своего тела, а также определенные природные компенсаторные и защитные механизмы — идентификации с сильным персонажем, наделенным суперспособностями, с материнским образом.

3. Игровые аспекты некоторых скульптурных образов способствовали созданию непринужденной атмосферы во время занятия, являлись источником переживания положительных эмоций, а также осознания имеющихся у подростка и/или желаемых характерологических качеств (одухотворенность, сила, осторожность, подозрительность, упрямство и т.д.)

4. Творческий опыт, полученный в процессе занятия, несомненно, имел позитивное и вдохновляющее значение для подростков, способствовал подростковому самоутверждению.

5. Одновременная работа психотерапевта над своим собственным скульптурным автопортретом имела важное значение для общегруппового психотерапевтического процесса, создания более доверительных отношений с подростками, стимуляции их к самораскрытию и самопознанию.

6. Совместная работа скульптора и психотерапевта позволила минимизировать трудности, связанные со сложностью задачи выполнения в течение одного сеанса скульптурного автопортрета с подростками, имевшими субклинические и клинические расстройства настроения, самовосприятия, расстройства пищевого поведения, патологию костно-мышечного аппарата. Работа скульптора на этом занятии выполняла задачу фасилитации и обучения. Психотерапевт направляла все взаимодействие участников группы в желаемое психотерапевтическое русло.

**Опыт долгосрочной работы
с эндогенными больными в группе ТТСБ
в период реабилитации.
Туники, выходы, открытия**

Т. А. Гоголева⁴

Мне представляется интересным подвести некоторые итоги работы с моей первой группой ТТСБ, которая начала существование в сентябре 2016 года и продолжается по сей день. Костяк группы — 7 человек — составляют дефензивные шизотипические больные с депрессией. За три с половиной года еженедельных двухчасовых занятий, большая часть которых была посвящена изучению особенностей характера ярких представителей духовной культуры, появились видимые результаты и выявились определенные закономерности терапевтического воздействия метода. Пациентка Т. (1988 г.р., 32 года) с диагнозом шубообразная шизофрения и приступами суицидальных мыслей, регулярно посещает группу 3,5 года. На занятиях старалась не высказываться, потому что “всегда ненавидела собственное косноязычие”, жаловалась на ограниченный словарный запас и неспособность организовать “избыток обрывочных мыслей” в простую, понятную формулировку. Изучение богатства граней шизотипического характера привело Т. к осознанию особенностей своей личности и побудило излагать впечатления от занятий в письменной форме. “Татьяна Алексеевна, почувствовала острую необходимость поговорить с вами и придумала, что можно написать письмо. Вообще для меня это действительно выход .. я чувствую, что в письме мне легче рассказать, сидя у себя в кресле с компьютером... Придя домой я не поленилась найти жесткий диск со старыми фотками. Фотками моего отца. .. Раньше я в моменты одиночества открывала эти старые фотографии, смотрела на любимые лица родителей и плакала... Но сегодня я смотрела на фотки с огромным интересом, пыталась разобрать характеры. Пока точно определить мне удалось только нашу напряженно-авторитарную кошку — Фанерку. Сматря на тридцатилетнюю маму, я узнаю свою Сашу (дочь). Теперь я точно знаю, откуда она научилась так позировать. Последняя фотка — это последний год нашей семьи. В живых только мой аутистичный аудитор — дядя Володя.”

Большое влияние на группу оказало занятие и последующее личное общение с современным граффити-райтером Костей Августом. Сегодня этот вид ис-

кусства стал неотъемлемой частью современной жизни и молодежной субкультуры, а тогда, много лет назад, юноша, страдавший повторяющимися депрессиями, приступами беспричинной тоски, не встречавший в семье и школе ни понимания, ни сочувствия, только и мог выразить себя, расписав из баллончика с краской трансформаторную будку, а потом вступить в конфликт с представителями правопорядка. Описывая творческий процесс, К. рассказывал о “каком-то небывалом полете и зашкаливающем чувстве свободы”. Откровения известного сегодня художника произвели неизгладимое впечатление на пациентку М., (1985 г.р., 35 лет, училась на художника мультипликатора, но страдала от чувства “это не мое”), которая пришла в группу в состоянии обострения эндогенной депрессии, страдавшей от деперсонализации, “чувства отчужденности от остального мира”, попеременного желания, то “спрятаться от всех под одеялом”, то стремления “уехать в другое место, в страну, где лучше, светлее”. Неуверенную в себе молодую женщину занятия побудили к первым самостоятельным художественным экспериментам в своем неповторимом стиле. Облегчение пришло во время росписи стены, которую ей выделили владельцы здания, вдохновившись ее рисунками. “Я не предполагала, что я и мои “мультяшные каляки” заинтересуют взрослых людей”. С этого момента наметился видимый прогресс в терапии, клиентка научилась отделять болезненное состояние от собственной личности и перестала панически бояться следующего приступа деперсонализации. В настоящий момент она устроилась на работу и стала выполнять частные заказы, существенно упрочив материальное положение. По-прежнему посещает групповые занятия.

Выяснилось, что искусство граффити особенно близко людям с ювенильным радикалом, чье личностное своеобразие и духовные потребности выходят за рамки “комнатного, домашнего” творчества. Современная версия наивного искусства, то, что Марк Шагал называл “вдохновенным лепетом”, помогает, пусть на время, победить чувство собственной неполноты, потому что “не уметь классически рисовать не стыдно”. Изучение ярких представителей граффити и стрит-арта в группе ТТС помогло участникам углубить контакт со своими собственными ювенильными чертами и осознать их сильные и слабые стороны, а создаваемая в группе обстановка углубленного размышления о себе и творчестве помогает становиться более зрелыми.

Творческий выборозвучного — длительный, многогранный и, порой, непредсказуемый процесс. Он одинаково требует терпения и последовательности, как от участников группы, так и от самого терапевта, чья задача поддерживать чувство безопасности, открытости и заинтересованности в каждом, пусть самом крошечном, душевном порыве своих подопечных.

⁴ Клинический психолог, действительный член Профессиональной психотерапевтической лиги, член ЕАТА, член ПРА, председатель секции Терапия творческим самовыражением Бурно при Профессиональном медицинском объединении психотерапевтов, психологов и социальных работников (МОП), Россия, Москва.

“Загадка Берестова”.

**К материалам психотерапевтического занятия
в терапии творческим самовыражением
М. Е. Бурно (ТТСБ), посвящённого изучению
жизни и творчества В. Д. Берестова (1928 – 1998)**

К. Е. Горелов

Уважаемые коллеги! Ежегодные конференции — “Консторумские чтения” посвящаются памяти Семена Исидоровича Консторума, выдающегося российского психотерапевта, врача — практика, клинициста, основоположника современной отечественной *клинической психотерапии*.

В настоящем, 2019 году, конференция проходит под девизом *“Психотерапия — вчера, сегодня, завтра”*. Классический клиницизм во врачебном деле берёт своё начало в Древней Греции, с известного гиппократовского положения о том, что лечит природа (природа организма, природа души), а врач — изучает эту природу, природные закономерности (диагностика) и помогает природе защищаться, излечиваться. *“Сообразуясь с природной, стихийной защитой, клинический психотерапевт, как и всякий клиницист, помогает стихийной природе защищаться совершеннее...”* (Бурно М. Е., 2001).

С. И. Консторум аргументированно полагал, что *“именно клиника должна руководить психотерапевтом, объясняя где и что можно и следует делать. Без твёрдой клинической базы всякая психотерапия неизбежно обречена на дилетантизм и псевдонаучность”* (Консторум С. И. Опыт практической психотерапии / Под редакцией проф. Н. В. Иванова и доктора мед. наук Д. Е. Мелехова. М.: Медицинская книга; Анима-Пресс, 2010. — 172 с. С. 21.).

Частью современной клинической классической психотерапии является метод Терапии творческим самовыражением М. Е. Бурно, ТТСБ. *“ТТСБ есть российский естественно-научный... клинико-психотерапевтический метод-школа...”* (Бурно М. Е. История происхождения терапии творческим самовыражением (Бурно М. Е. — ТТСБ. О глубинной сути метода и некоторых надеждах на его будущую жизнь // Психотерапия. — 2018, № 6 (186). Сс. 2 – 17. С. 2.). И метод ТТСБ продолжает своё развитие в классической форме и, кроме того, более чем в 34 самостоятельных вариантах (там же, с. 3).

Настоящий материал, посвящённый изучению жизни и творчества В. Д. Берестова, представляется как подготовленная для практической работы в ТТСБ версия психотерапевтического занятия. Как и другие материалы занятий в Терапии творческим самовыражением, он предназначен для включения *“психотерапевтического механизма творческого вдохновения”*.

Анализируя творчество В. Д. Берестова, пытаясь через высказанное им — разгадать загадку его личности, мы сталкиваемся с непростой, но интересной за-

дачей. Обнаруживая очень разные, ярко проявляющиеся характерологические грани личности поэта и писателя. Вероятно поэтому, занятие, посвящённое анализу жизни и творчества В. Д. Берестова (1928 – 1998), вызывает неподдельный интерес участников терапевтических групп. Причём в проявлении этого повышенного внимания и увлечённости замечены участники самых разных характерологических типов. Занятие помогает каждому лучше понять себя и других людей, выйти из болезненной неопределенности, потерянности, растерянности. К душевному здоровью, к светлому настроению.

Занятие способствует преодолению его участниками своих психологических уязвимостей, например, неуверенности в себе, застенчивости, тревожно-депрессивных невротических и неврозоподобных переживаний. С целебным поиском, открытием и утверждением своей собственной природно — психологической (характерологической) индивидуальности. Смягчением душевных страданий, эмоциональным посветлением, обретением душевной гармонии.

Предлагаем использовать данный материал как основу для проведения групповых психотерапевтических занятий в классической клинической психотерапевтической работе, группах психотерапевтического метода Терапии творческим самовыражения М. Е. Бурно, Креативной характерологии К. Е. Горелова (группы “Психологическое здоровье”), развивающих группах Характерологической креатологии.

По завершении второго отделения конференции Консторумские чтения, ее сопредседатель Л. В. Махновская подвела итог работы, обобщая, выделяя основное, прозвучавшее в докладах второй части.

Н. Л. Зуйкова в своем докладе высвечивает общую грань классического клинического подхода (с опорой на классические работы А. И. Яроцкого, С. И. Консторума, М. Е. Бурно, Ю. И. Полищук) и современной био-психо-социо-духовной парадигмы в психотерапии соматических и психосоматических расстройств. Это общее проявляется во взгляде на человека в его уникальном единстве телесной, душевной и духовной составляющих и необходимости, исходя из этого единства, опираться на духовные, личностные ресурсы пациента и соблюдения на современном этапе развития медицины принципа командного подхода (врач-соматолог — психотерапевт — психолог) в психотерапии соматических расстройств.

В докладе О. Б. Левковской прозвучал призыв к бережному, чуткому отношению к ранимому, хрупкому миру дефензивных подростков с дисгармонично протекающим пубертатным кризисом, с присущими им трудностями самооценки, понимания ценностей своего личностного, душевно-телесного склада, мучительной внутренней запутанностью. Представлена оригинальная методика проведения занятия по созда-

“Психотерапия — вчера, сегодня, завтра”

нию скульптурного автопортрета в рамках метода Терапии творческим самовыражением М. Е. Бурно, помогающая таким сложным подросткам осознать, почувствовать, прояснить через творчество свою уникальную личностную неповторимость.

Т. А. Гоголева обобщает свой опыт многолетней реабилитационной работы по методу Терапии творческим самовыражением М. Е. Бурно с группой-сообществом тяжелых пациентов с хроническими душевными расстройствами. Наглядно, опираясь на конкретные клинические примеры, описывая свой оригинальный стиль работы, представила участникам конференции пример увлеченной, проникнутой психотерапевтическим энтузиазмом, эффективной помощи данной группе больных.

К. Е. Горелов в своем сообщении описал вариант подробно разработанного, практически важного занятия-мастерской для группы Терапии творческим самовыражением (по М. Е. Бурно), посвященного анализа жизни и творчества детского поэта и писателя В. Д. Берестова. Вдохновенно произнесенный К. Е. Гореловым доклад, является ярким примером врачебного психотерапевтического творчества, как представляется, неминуемо целебно затрагивающего душу страдающего пациента.

По многолетней традиции, в третьем отделении Консторумских чтений был представлен концерт Реалистического-психотерапевтического театра-сообщества, основанного профессором М. Е. Бурно. Вступительное слово к концерту было произнесено руководителем театра И. Ю. Калмыковой⁵.

“Вся жизнь — театр” — поэт сказал.
Певцы, чтецы, танцоры.
Вдруг вспыхнул свет и замер зал,
В волнении актёры
Ведь сцена стала их судьбой.
Теперь она души частица
Играет каждый свою роль,
Чтоб в мир искусства погрузиться.
Чтоб душу светом озарить,
Самим собою в жизни быть.

Реалистический психотерапевтический театр-общество — форма отечественного клинико-психотерапевтического направления-школы — Терапии творческим самовыражением (ТТС), основателем которой является профессор Марк Евгеньевич Бурно. Известно, что основополагающий принцип терапии — помочь в широком смысле — это любовь к людям и вера в то, что человек должен и может быть здоровым во всех отношениях, надо только уметь и искрен-

не хотеть помочь ему это сделать. Вспомним слова Карла Роджерса: “Творчество и терапия частично совпадают: то, что является творческим, зачастую является терапевтическим, то, что терапевтическо, часто представляет собой творческий процесс”. Существование реалистического клинико-психотерапевтического театра-сообщества — лучшее доказательство того, что это действительно так.

Этот “...по-своему сложный, но и празднично-светлый театрально-психотерапевтический метод внутри метода-системы ТТС” (М. Е. Бурно) стал инструкцией по решению самого сложного из существующих кроссвордов — кроссворда человеческой души, в которой так много уголков, изгибов, белых пятен и, наоборот, затемнений и тайн. Марк Евгеньевич не только показал как можно и нужно помогать эндогенно-процессуальным пациентам с хронически-депрессивными расстройствами профессиональной любовью и душевной теплотой, искренностью и пониманием, дорогой творческого вдохновения как высшим состоянием духа, но и открыл еще один смысл понятия “театр” в современной жизни.

Суть театрального метода в том, чтобы помочь психиатрическим пациентам стать, по возможности, более или менее, одухотворенными самими собою с посильной пользой для себя и других, в целительном исполнительском творчестве. “Когда человек совершает что-то творчески, т.е. по-своему, и во имя Добра (а творчество есть созидание), то оживляется его душевная — духовная особенность — индивидуальность, отступает тягостная тревожно-депрессивная каша — неопределенность в душе, и все это неизменно сопровождается светлым подъемом (творческим вдохновением), в котором живут вместе и Любовь и Смысл. Через создание творческого стиля жизни — жизни сообразно своей природе, пациентам можно помочь приобрести ощущение ее смысла” (Бурно М. Е.).

Позвольте зачитать клинико-психотерапевтическое обращение профессора Марка Евгеньевич Бурно к зрителям перед концертом: “Наши концерты не есть что-то развлекательное. Это лечение со сцены. Мы учимся чувствовать сообразно своей природе, изучая свою природу. Сами написали, сфотографировали, и всё, что тут увидите и услышите, сами поставили и играем. Читаем вслух и себя, и друг друга, — и это нас душевно объединяет. Этим творчеством лечимся. А значит, и зрителям, возможно, как-то передадим целебное воздействие творчеством, побуждая к лечебному в высоком смысле вдохновению. Важная особенность состоит в том, что в наших концертах и спектаклях люди с душевными трудностями творчески выражают самих себя в своей жизни, свои переживания, стараясь понять, почувствовать красоту, чловечность лучших, хотя, может быть и трудных, свойств своей души”.

⁵ Доцент кафедры психотерапии и сексологии Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования.

В аннотации к книге “Кинический театр-сообщество в психиатрии” (2009) М. Е. Бурно писал: “Обобщен четырнадцатилетний опыт работы с Театром-сообществом. Приоткрыта дверь в его “кухню””. И вот уже на протяжении 10 лет на этой “кухне” нахожусь я, являясь руководителем Театра. В 2010 году Марк Евгеньевич в личном письме ко мне писал: “Понял на концерте, что театр стал другим. И это уже Ваш театр. Главное, по-моему, побуждать всех чувствовать по-своему (творчески) и, благодаря этому, становиться живее, одухотворённее своим духом... Побуждать открывать в себе душевые, духовные свои богатства-залежи... Побуждать учиться в естественной игре вести себя так, чтобы быть живее, чтобы легче было ладить со здоровыми и друг с другом...”.

За это время нами пройден уже большой путь.

Пройдено немного и немало
В творчестве живём уж много лет.
Чтоб всегда со сцены музыка звучала,
Зрителю даря тепло и свет.

Десять лет мы отмечаем.
Небольшой, но славный юбилей!
И опять с улыбкой радостно встречаем
Наших верных, любящих гостей.

Года пролетели как мгновенье.
Но не постарели мы душой
Новые открытия, новые решения
Мысли вьются яркой чередой.

Меняются актёры, с ними меняется атмосфера, каждый привносит что-то своё, но всегда остаётся неизменным клиническое театра, которая оказывается в том, что в таком Театре изучаются не театральные системы и приёмы, а клиника и характеры героев психотерапевтических представлений и психотерапевтические приёмы помощи пациентам именно нашим Театром. Остаётся наше стремление следовать природе человеческих характеров, умению видеть одухотворённое в повседневном, взаимопонимание и человеческая поддержка, а также психотерапевтическая помощь друг другу, и, мы надеемся, и вам, наши дорогие зрители. Мы продолжаем творческие поиски, стремясь при этом сохранять свою неповторимую самобытность.

И сегодня на нашем концерте мы предлагаем, в качестве живой иллюстрации моего мини-доклада-вступления, калейдоскоп наших целебных номеров из прошлого и настоящего репертуара нашего театра (перемешаем вчера и сегодня), которые доказали свою жизнеспособность и благотворное воздействие и на тех, кто их исполняет, и на зрителей, несмотря на то, что каждый раз в игре актеров появляются новые нотки их видения и прочтения именно здесь и сейчас. Не исключено, что некоторые из них будут с нами и в театре завтрашнего дня. Ведь сама жизнь — это тоже непрерывная связь времен...
Вчера, Сегодня, Завтра и Всегда...

РЕКОМЕНДУЕМ

**3-ий том предельно жестких воспоминаний
о возрождении деятельности и разгроме
правозащитного движения (1987 – 2003)
Сергея Григорьянца**

“ГЛАСНОСТЬ И СВОБОДА”

Изд. Ивана Лимбаха, СПб., 2020. 566 с.

ОБСУЖДЕНИЯ, ОТКЛИКИ, ДИСКУССИИ

Психиатрия гения места^{1, 2}

Е. Б. Любов³

В историко-культурной перспективе, с привлечением уместных научных и документальных, вымышленных и невымышленных (самоописания, художественная литература) источников показаны многообразие (континuum) психопатологических расстройств путешественников на примере Иерусалимского и Парижского синдромов, “флорентийской горячки от аффективных (“невротических”) до острых психотических расстройств и их рецидивов, неоднозначная связь с измененными состояниями самосознания в рамках религиозно-мистических состояний и объяснительной модели “стресс-диатез”, общее и типичное в клинической картине и последствиях, включая агрессивное и аутоагgressивное (суицидальное) поведение, предположительное место расстройств в МКБ-10, важность сочетанных, биopsихосоциального и духовного, лечения и реабилитации.

Ключевые слова: путешественники, религия, психические расстройства, комплексное лечение, прогноз.

“Всякое перемещение по плоскости, не продиктованное физической необходимостью, есть пространственная форма самоутверждения, будь то строительство империи или туризм”.
И. Бродский. “Путешествие в Стамбул”.

Туристы проникли во все уголки нашей небольшой планеты и покоряют космос. К 2020 г. ожидают 1,5 млрд. международных поездок наперекор кризисам, террору и природным катаклизмам. В дневниках Марко Поло и Афанасия Никитина — переживание встречи с новой культурой, смешанные чувства в противоречивом единстве тяги к дальним странам и ностальгии. Временное освобождение от рутины составляет обаяние “жизнедеятельности праздных” (С. Довлатов). В награду открываем, по потребности, “теневую” сторону Я, ведь “путешествие как самая великая наука помогает нам обрести себя”. А. Камю.

“Путешествую, потому что люблю переезжать с места на место. Путешествие дает мне чувство свободы, освобождает от ответственности, обязанностей. Меня влечет все неведомое; встречаю не-привычных людей, которые какое-то время представляются забавными, иногда они к тому же

подбрасывают мне сюжет рассказа. Часто от себя устаю, и начинает казаться, что, путешествия, я способен добавить к своей личности, а значит, немного измениться. Из путешествия возвращаюсь не совсем тем человеком, каким был...” С. Моэм. “Джентльмен в гостиной”.

Путь самопознания — привычный атрибут любознательных и любопытных, художественно-эстетического сознания ценителей искусств с открытым сердцем и жаждой впечатлений и разрядки.

“Только о двух вещах будем жалеть на смертном одре — мало любили и мало путешествовали”. Марк Твен.

И вряд ли — что мало трудились (но душа — “обязана”).

“Что это за чувство, когда уезжаешь от людей, а они становятся всё меньше и меньше, пока их пылинки не рассеиваются у тебя на глазах? — слишком огромный мир высится сводом над нами, и это прощание. Но мы склоняемся вперед, навстречу новому безумству под небесами”. Дж. Керуак. “В дороге”.

Дорога — жизнь и мечта в чистом виде (А. Кристи), но не все вояжи душеполезны. Опыт путешествия, поверхностный или экзистенциальный, — испытание душевного равновесия, оставляющего “след когтя” в памяти сердца.

80-летний З. Фрейд описал спустя 30 лет, как вчерашнее, “чувство отчуждения” реальности и “Я”.

¹ В римской мифологии: дух-хранитель, определяющий характер и ауру местности.

² Любов Е. Б. Психиатрия “гения места” [Электронный ресурс]. Медицинская психология в России: электрон. науч. журн.

³ Доктор медицинских наук, главный научный сотрудник отделения клинической и профилактической суицидологии Московского НИИ психиатрии — филиала НМИЦ ПН им В. П. Сербского.

“Когда вечером по прибытии я стоял на Акрополе и мой взгляд впитывал ландшафт, мне вдруг пришла удивительная мысль: “Значит, все это в действительности так, как мы учили в школе?!”. Говоря точнее, персона, высказавшая это, обособилась от другой персоны, воспринявшей данное высказывание, ... и обе были изумлены. Первая вела себя так, будто она была обязана под впечатлением бесспорного наблюдения поверить в нечто, реальность чего ей до сих пор казалась сомнительной. Впрочем, и другая персона имела полное основание изумляться, потому что не знала, что реальное существование Афин, Акрополя и этого пейзажа когда-то было под сомнением”⁴.

Потрясение некоего 20-летнего студента в том же месте — в иной час:

“Мы миновали желтые колонны/ и с вышины увидели окрестность. / Взглянул я вниз, и чудо совершилось... / То южное ли солнце подштило / над северной, тоскующей душой, иль слишком жадные глаза поэта / мучительно и чудно обманулись, не ведаю... ”. В. Набоков. “Сон на Акрополе”, 25 апреля 1919.

Заканчивается одно — начинается другое.

“Что у тебя за дорога, чувак? — дорога святого, дорога безумца, дорога радуги, дорога рыбки в аквариуме, она может быть любой. Это дорога куда угодно для кого угодно как угодно. Куда кого как?” Дж. Керуак. “В дороге”.

Иерусалимский синдром, или прикосновение к Богу

Если бы кто-то меня спросил,
Как я чую присутствие высших сил —
Дрожь в хребте, мурашки по шее,
Слабость рук, подгибание ног, —
Я бы ответил: если страшнее,
Чем можно придумать, то это Бог.

Д. Быков



... на древней мозаике Европа, Азия и Африка, сходятся трилистником в “центре Земли”. Здесь Иерусалим, “град мира” половины землян: от его края угольного камня начало наших начал.

Иерусалим — как много в этом слове. На иврите искатели града Божьего и земного не “прибывают”,

⁴ Фрейд З. Письмо к Ромену Роллану (Расстройство памяти на Акрополе). Додельцев Р. Ф., Долгов К. М. Психоанализ искусства. М.: Республика, 1995.

но — восходят, что верно и топографически; здесь приобщение, одухотворенное усердными молитвами и родовой памятью.

“В этом городе ощущаешь, что дальше оттуда уже нет дорог... Я чувствовал, что по этим узким улочкам, с их козами и арабами, по переулкам, которыми теперь бредут к Стене Плача красные, синие и зеленые евреи, недавно еще проходил Христос... ”. М. Шагал, интервью, 1931 г.

Следуя “возбудителю желания посетить Иерусалим” (Ибн Кудама), под выцветшим пасхальным небом через Яффские ворота течет многоликая пестрая толпа.

Не всем дано безболезненно приобщиться к полноте Города-мира.

Иерусалимский синдром (ИС) — острый психоз мистически-религиозного содержания при посещении именно Иерусалима [8, 23, 45]. Название обязано Y. Bar-El, но ИС издавна известен местным врачам, как Хайнцу Герману в 1930 г.

В средневековом Иерусалиме некие пилигримы отличались особым поведением, что сближало их с “местными безумцами”.

“Это юродивые, бесноватые, блаженные, делавшие свою способность пророчествовать в исступленном состоянии источником заработка, — вешуны, которые, странствуя с места на место или же сидя в пещерах, добывали деньги и съестные припасы указанием благоприятных для тех или иных дел дней или предсказанием неведомого ... Это были грязные, шальные и дикие люди; дети бегали за ними и кричали им вдогонку: “Авласавлалакавла”, ибо примерно так звучали вещания этих безумцев. Они наносили себе раны и увечья, ели тухлятину, ходили с яром на шее или с железными рогами на лбу, а иные и голыми”. Т. Мани. “Юный Иосиф”.

Эпидемиология. За 13 лет (1980 – 1993 гг.) 1200 туристов, или 100 (0,0005%) из 2 млн. посещающих город ежегодно, осмотрены в Иерусалимском Центре (далее — Центр) психического здоровья; около 40% госпитализированы [23]. Вопреки дежурному прогнозу “конца света”, на рубеже третьего тысячелетия не случился взрыв эсхатологических настроений, как перед 1000 г. РХ, когда энтузиасты ожидали божественного спасителя человечества на Елеонской горе. Миллениум лег тенью на клиническую картину психозов далеко от Иерусалима: “мессии” суждено изменить бесповоротно мир в новогоднюю полночь. Некоторый риск “ошибки тысячелетия” расценили как физическое заражение. Лица с личностными расстройствами ожидали, что “ошибка” изменит управление обществом.

Но обошлось без пика госпитализаций туристов. **Группа риска:** мужчины около 40 лет, европейцы-протестанты (ближе к Богу-собеседнику без “посредников”?), не фанатики. **Клиническая картина ИС** окрашена религиозно-мифологическими и сим-

Клинические типы Иерусалимского синдрома [по 23, изм. доп.]

| Тип | Причина приезда | Путешествие | История психического расстройства | Подтипы |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| I | Реализация религиозного бреда, необходимость (предназначение) выполнения “миссии”. | Одиночного странника | ИС в рамках шизофрении, аффективного психоза. | 1. Психотическое отождествление с библейским персонажем. 2. Идентификация с религиозными (реже политическими) идеями. 3. Магические (мистические) идеи чудесного исцеления 4. Острый психоз достигает апогея при новых визитах. |
| II | Любопытство + странные (магические) мысли, осознавая миссию. | В организованной группе. | Непсихотические расстройства: расстройства личности, навязчивые идеи (вера в приход Мессии) | 1. У членов нетрадиционных религиозных групп (сект) 2. У одиночных путешественников |
| III | Иерусалимский синдром (“чистая форма”) | Религиозного паломника с близкими и / или в группе единомышленников. | Без психических расстройств или зависимости от психоактивных веществ (ПАВ). | Семь стадий развития (см. ниже) |

волическими представлениями о святынях вероисповедования.

“Мировоззрение несущественно влияет на клиническую картину: у религиозных формируется мирской образ катастрофы мира, атеисты переживают апокалиптические видения”. А. Кемпинский.

Фабула мегаломанического бреда — в рамках культурально-религиозной идентичности больного: иудеи-ортодоксы отождествляются с героями Ветхого Завета, грезят о Третьем храме. Половая идентификация сохранена: христиане нарекают себя Иисусом, христианки — Девой Марией. Мусульмане менее подвержены ИС, возможно, в связи с третьестепенной сакральной ролью Иерусалима для ислама.

Выделены следующие типы ИС (табл. 1).

Тип I представляет и опыт “встреч” с Всевышним средневековых мистиков.

Марджери Кемпье после тяжёлых родов первенца окружили демоны, она богохульствовала, пыталась покончить с собой. Муки восемимесячного заточения оборваны явлением Христа: “Дитя, Я всегда с тобой”. Восстав с постели обновленной, вернула ключи от кладовой и возглавила большой хлопотный дом. Райская музыка подсказала, однако, что ее призвание в духовной жизни. Пять лет носила власяницу, и Христос велел ей, матери 13 детей, в белых одеждах целомудрия посетить Иерусалим (1414 г.), где благочестивая матрона истово рыдала у святынь. Надиктовала первую автобиографию на английском языке с описанием реальных странствий и чудных видений.

Верующему понятна связь с божественным, присутствия Высшего Начала, придающим смысл жизни. Францисканец Бонавентура утверждал, что слёзы раскаяния или умиления приличествуют истинному христианину. Святитель Григорий Богослов в III веке осуждал чрезмерное увлечение паломничеством: со-

вершают путешествия из праздного любопытства, впадают в неприличные истории и искушения. В XV веке монах Ф. Фабер встречал “опьяненных без вина” паломников. Монахи-“экскурсоводы” побуждали паломников слиться со Страстями Господними у святынь, нарушая тишину храма, но впадавших в религиозный экстаз звали в средневековье бесноватыми, как и “наделенных Богом” властью проповеди преустройства мира [21]. Многолик ИС, как сам Город меж небом и землей.

Подтип 1. Больной шизофренией (40) увлекся атлетизмом в ходе психосоциальной реабилитации на родине, в США. Возомнив себя Самсоном, пытался сдвинуть “на правильное место” многотонный блок Стены Плача. Вопреки установкам Центра, психиатр оспорил больного, заявив, что Самсон никогда не бывал в Иерусалиме. Возмущенный атлет выбил окно и был таков. Юная медсестра-стажер обнаружила “Самсона” на автобусной остановке, и, с природной сметкой, попросила его о новом подвиге: вернуться в клинику, что больной смиренno и выполнил.

Ж-Ж. Маньян допускал смену хронического бреда на бред “богоносительства” (величия) при “мгновенном озарении”.

Христос распятый — поистине и “соблазн”, и “безумие”. Бог свободен в выборе своих путей к человеку. Он может явиться в громе и молнии. А может — в образе раба и странника. ... Бог действительно слишком отличен от человека — и потому и странен, и чуден. Андрей Кураев. “Что ты спрашиваешь о имени Моем... оно чудно” (Быт. 32.29). “И нарекут имя Ему: Чудный” (Исх. 9.6)”.

Подтип 2. Политическое и религиозное противостояние разогревает библейский тигель. Святой Город — Ось мира и высокого напряжения.

“Храмовая гора — ядерный реактор”. М. Шалев, израильский писатель.

Поступки вандалов становятся искрой для иерусалимской гремучей смеси.

Протестант из Южной Америки хотел разрушить мечеть, чтобы узреть пришествие Спасителя. Австралиец Денис Р (28) под влиянием телепроповедника назывался “посланцем Господа”, получив “божественные указания” уничтожить мечеть Аль-Акса. Поджог вызвал массовые беспорядки и дежурное возмущение ООН. После пятилетней госпитализации депортирован для продолжения лечения ближе к семье. Умер в психиатрической больнице спустя год (1995 г.).

Подтип 3 неоправданно расширен за счет благочестивых пилигримов. Паломничество к святым местам, где душа ближе к Богу — протореные веками пути физического и душевного исцеления. Кающихся ипохондриков, слишком часто ходящих к исповеди, священник отправлял, согласно канонам военной медицины, “от себя”. В паломничество посылали (возможно, Везалия) и во искупление грехов.

“Смена воздуха, долгий путь, удаление от дома и от тех предметов, какие вызывали в них раздражение, общество паломников, неспешное, энергическое движение пешком, оказывали на них воздействие более сильное, нежели те путешествия со всеми удобствами... какие в наши дни заняли место паломничества”. М. Фуко.

Болезнь же “...всегда одновременно и напоминает, и проба сил. Поэтому боль, страдание — важнейший источник религиозности”. Ф. Кафка.

Вера помогает справиться (смириться) с недугами.

“И трижды в град святой — Ерусалим — /Ходила на поклон святым мощам, / Чтобы утешиться от горя там”. Дж. Чосер. “Кентерберийские рассказы”.

Только и кажется мне трезвым действием поездка в Иерусалим. Творчество мое лениво. Н. Гоголь — В. Жуковскому. 14.12.1849.

Гоголь рассыпал составленную им молитву: “Душу же его исполни благодатных мыслей во все время дороги его. Удали духа суеверия, пустых примет и малодушных предчувствий, ничтожного духа робости и боязни. Н. Гоголь — “духовной матери” Н. Шереметьевой. Неаполь, 22.1.1848.

Увы, акедия — “полуденный бес уныния” (смертельный грех христиан), настигал и аскетов (иеремитов) далеко-недалеко от Иерусалима (египетская пустыня — колыбель монашества вслед Христу и Иоанну Крестителю). Отвращение к себе, чувство безысходности, “тоска по отдаленным местам” сочетались с греховным отчаянием / печалью, безысходностью.

“Если есть ад на земле, то он в сердце меланхолика”. Р. Бёртон, 1621⁵.

⁵ Бёртон Р. Анатомия меланхолии. М.: Прогресс-Традиция, 2005.

Подтип 4 сомнителен: туманны “вклад” Иерусалима и мотив психотического больного:

Когда человек не знает, к какой пристани держится путь, для него ни один ветер не будет попутным. Сенека.

Но религиозно-мистический бред с идеями величия (мессианства), греховности влечет к святым местам. Таков вояж Де Нерваля.

“Куда же ты пойдешь? — спросил он меня. — На Восток!” ... Я был убежден, что вижу, как место, где мы находимся, поднимается ввысь, и утрачивает свойственные городу очертания; вознесенная на вершину холма, окруженного безлюдными просторами, эта сцена становилась сценой битвы двух Духов и напоминала библейское искушение”. “Аврелия”. Гражданин ЮАР стремился в Иерусалим чтобы убить зятя, якобы насиливавшего его дочь, на пиках четырех маниакальных фаз, влекущих госпитализации. Американец Р. (40) из евангелической семьи, брошенный женой и перед увольнением, вернулся к религии. В Библии нашел “подсвеченное неоном” манящее слово “Иерусалим” и вылетел на его зов. Без воды и пищи неустанно молился в храме Гроба Господня, ожидая просветления, как Иисус. И Бог Отец услышал его. Пугал соседей хостеля внешним видом и восклицаниями: “Я — мессия”. Осведомленный об Ис хозяин заведения вызвал амбуланс. Анти психотическое лечение потребовало месяца госпитализации.

Тип II обширен. Парафразируя В. Набокова:

“к Богу идут одиноким путником или в группе с гидом”.

Подтип 1: общины из десятков христиан в “одеждах апостолов” селятся в избранных местах. Их поведение не требует госпитализации. При конфликтах с соседями членов группы осматривают психиатры, определяющие с оглядкой расстройства личности. Часть адептов страдает синдромом зависимости, или DDD-синдромом от аббревиатуры Deception (обман), Dependency (зависимость), Dread (страх) в виде безволия, не критичности к “учению”; полной покорности лидеру; беззащитности вне группы. Тема “религиозно-магического дрейфа”, “магического кризиса” идентичности актуальна для России [16].

Психическая травма при индукции деструктивными сектами влечет психотические и психосоматические симптомы “оккультной психопатологии” [17].

Подтип 2. При религиозной (сверхченной) паранойе типичны отказ от социальных обязанностей (неофит “ломает дом, чтобы строить корабль”) или принятие без благословения подвигов поста, молитвы, отличных от духовного заблуждения [15].

Немецкий столляр (45) много лет изучал эзотерические учения. В Иерусалиме нашел истинную веру в раннем христианстве, проповедовал. В церкви Гроба Господня обвинил священников в идолопоклонстве, пытался уничтожать статуи и картины. Психиатры выявили сверхченные идеи. Дома вернулся к про-

фесции, веруя в “свою” религию и сожалея, что не услышан в Иерусалиме.

Тип III — “чистая” форма ИС, связанная с долгожданным приобщением к святыням. За 1980 – 1993 гг. из 42 больных (3,5 % выборки Центра) 40 — из ультрарелигиозных протестантских семей, возможно, более склонные к религиозному бреду, чем католики и агностики в связи с “упрощенным доступом” к Богу. Больные идеалистически воспринимают и ждут лично значимой встречи с Золотым Иерусалимом с трепетного детства, когда отец восседал во главе стола с главной Книгой семьи. По прибытии развивается краткосрочный психоз, завершающийся обычно спонтанно и полностью при условии отъезда.

Ирландский садовник Оливер (31), исчез через 3,5 недели по прибытии в Израиль. В Иерусалиме его фото приобрели эзотерический характер. Спасатели обнаружили на велосипедном маршруте в пустыне вырванные из Библии страницы, импровизированную “церковь”.

Мир психотического больного полон бурной активности, населен причудливыми персонажами [13], развивается сюжетно: дьявол вызывает на поединок; у противника сверхчеловеческие возможности, но герой рвется в бой.

Последовательные *стадии ИС-III* таковы: 1) страх, “религиозное волнение” до ажитации, напряжение, уединение (состояние близко к “треме” Конрада); 2) неустанные ритуальные омовения; 3) изготовление белой “тоги”, обычно из гостиничной простыни; 4) распевание библейских псалмов; 5) шествие к облюбованному святому месту; 6) путаная “проповедь” человечеству вести морально чистую и простую жизнь. Больной уверен в богоданных пророческих силах, воплощает библейского героя с миссией спасения мира. Иные, сохранив самосознание, просят “не беспокоить” до исполнения высокого предназначения. Первые свернутые этапы острого психоза сменяются кристаллизацией бреда от бредового настроения (человек ощущает неясные беспокойство и тревогу, приближение “чего-то”) до облегчения: “все стало ясно” (апофrenия Конрада). В “озарении” больной управляет новым миром как Бог, святой, дьявол.

Театр одного актера, “особые одежды, надетые душой” [2], “балахоны и торбы”, неизменно привлекающие зевак и СМИ, соответствуют образу и пафосу безумия, оставленному, казалось, во тьме веков: на “Прогулке безумцев” Гойи символические лохмотья, трехрогие тиары “сумасшедших “королей”. Таков “городской безумец” С. Калмыков [12].

В ИС видим резкую метаморфозу.

Аргентинка сделалась нервной, отрешенной. На третий день в самодельном рубище танцевала с воздетыми к небу руками, сообщила на коленях о

божественной миссии: доморощенными ритуалами оплодотворить иссохшую землю Израиля.

В ипостасях ИС “магистральные” темы религиозно-мистического содержания [39]: *смерть и возрождение*: обретение нового “Я”; мессианские *странствия*; *столкновение с духами*; *космический конфликт добра и зла, света и тьмы*; *волшебные полномочия* (пророчество, целительство); *новое общество*: религиозное реформаторство; *божественный союз*: близость к Богу и библейским героям. В калейдоскопе и пульсации переживаний возможно в эклектическом переплетение символов различных религий (идеи ринкарнации, нирваны). ИС сходен с “религиозным помешательством” С. С. Корсакова с острым бредом величия, святости, близости к Богу; бредом пророчества Э. Крепелина: “избраник Бога” совершают публичные богослужения. Религиозная паранойя В. П. Сербского представлена экзальтацией, просветлением, зрительными (отверстое небо, лица святых), слуховыми (сообщения о божественном призвании) галлюцинациями. Парафренизация с нарушением самосознания (суть психотического расщепления личности Берце) обусловлена культурными особенностями и “личностным опосредованием” [17]. Содержание переживаний новоявленного мессии (святого) или фанатичного поклонника прекрасного суть этапы фантастической аффективно-бредовой или иллюзорно-фантастической дереализации и деперсонализации [16].

Тип III. ИС обычно вне синдрома Кандинского-Клерамбо, как при реактивных параноидах. Бред мессианства (осознание себя богоизбранным, святым, призванным вести человечество к покаянию, предотвратить мировую катастрофу, “исцелению.”) с “присвоением” божественных “полномочий” близок к апокалиптическому, манихейскому. Новоявленный спаситель наделен волшебными полномочиями, “всесилен”, но обречен на гибель. Меланхолическая парафрения, антипод экспансивным идеям особой миссии переустройства мира, Царства божьего на фоне манияльных экстаза и блаженства и речевого возбуждения с наплывом калейдоскопических фантастических идей громадности (онейроидным?) переживаниям ИС, представлена идеями греха “в распятии Христа” накануне гибели мира, сценами страшного суда, ожиданием адских вечных мук как антихриста (религиозная меланхолия В. Гризингера); эсхатологическими переживаниями: пророчества о конце света, одержимости (“демономеланхолия”). К. Шнейдер выделил особенности депрессий с религиозным бредом: трансформацию ретроспективных припомнаний минимальных прегрешений в переживание тяжкой вины перед Богом и неминуемого “заслуженного” наказания; появление педантичной религиозной деятельности, не приводящей к облегчению депрессии и успокоению; утрату религиозной веры при психической анестезии [цит. по 17].

Психозы связаны с агрессией и самоповреждениями (самоистязаниями), несчастными случаями.

Учительница из Швеции за Яффскими воротами замерла в ужасе: с крыши на нее глядел дьявол. Женщина ощутила необычный прилив сил, готовность к битве с сатаной и набросилась на полицейского, в обличии коего узрела нечистого.

Бредовое поведение кроткой немолодой девы напоминает изгнание Иисусом бесов из гадарийского безумца (Марк, 5).

“Странный и замкнутый” бредовый больной (38) из США прибыл в Иерусалим изучать Библию. Чувствуя, как “агенты Организации Иерусалимского синдрома бьют электрическим током”, напал на служащих отеля. Вообразивший себя Иоанном Крестителем ушел в Иудейскую пустыню и попал на минное поле.

Высок риск суицида “во искупление вселенских грехов”.

Итальянец самооскоплением “избавлялся от скверны”, но по выздоровлению горячо благодарил хирургов (но не психиатров), восстановивших его естество.

Лечение. Претерпевший же до конца, той спасен будет (Мф. 10, 22). Отцы церкви не обольщаются “духовной чуткостью к звукам небес”, сохраняя трезвение к мистическим фантазиям пасомого [20] и считая их болезнью “естественного” происхождения, “прелестью” бредущего к Богу с “групповодом” или одноким странником. Православие отличает бесоодержимость как частичную плenенность души злой силой с сохранимым самосознанием от бесноватости с порабощением демоном.

Благочестивая вдовица всякий раз, когда благочинный приближался к ней в храме, вопила и билась оземь. Затем слезно каялась перед молящими.

Уговорить одержимого нельзя, как не переубедить бредового; ему надо помочь, пусть против его воли. По Пинелю и в вольтеровском духе, “лучшее лекарство непомерных страстей — терпение и время” [цит. по 21]. Особо важно второе условие в связи с механизмами скорейшего спонтанного саногенеза транзиторных психозов и пиковых (на то и “пики”) переживаний. Однако пятым узником, освобожденным Пинелем, был священник, изгнанный из лона церкви; одержимый манией величия, 12 лет в оковах воображал себя Христом; то был “верх человеческой спеси и бреда”, но физические страдания и насмешки надзирателей лишь укрепляли “гордыню”. “Священное безумие”, минуя храм бога кошмара Диониса, приводит прямо или околицей — к психиатру. Обученный персонал отелей и гиды ускоряют встречу.

“Почтай врача честью по надобности в нем, ибо Господь создал его, и от Вышинего врачевание... И дай место врачу, ибо и его создал Господь, и да не удаляется он от тебя, ибо он нужен”. Книга премудростей Сираха 38:1 – 15.

Выведенный из ситуации, больной типа III, как снятый с “вагона смерти” в дорожном параноиде [7], выздоравливает за 5 – 7 дней при минимальной помощи (питье, отдых) плюс скорейшее возвращение в привычную среду (домой). Для иных хватает пары часов покоя, но более тяжелым — показаны на нескольких дней транквилизаторы и инъекции антипсихотиков, кризисная психотерапия с привлечением близких. Часть выздоровевших “забывает” детали происшедшего, что указывает на помрачение сознания. Большинство покидает Центр самостоятельно, при затянувшихся психозах депортируются для продолжения лечения.

После Иерусалима. Катамнестические данные скучны. Пережившие ИС, что не удивительно, избегают огласки и “ненужного” (для большинства?) психиатрического наблюдения.

Швейцарский адвокат был здоров до приезда в Иерусалим. В первую ночь начался и достиг за неделю аналога ИС. Турист вернулся домой в добром здравии и благополучен шесть лет.

Вне интереса анализов квалификация постпсихотического состояния. Показательно опустошение после пережитого (астенический, депрессивный “хвост” психоза?).

Лик Моисея после бесед с Господом “лицом к лицу, как бы говорил кто с другом своим...” (Исход 33:11) стало источником страха, и он покрывал лицо, говоря с Израилем. Флорентийцы в ужасе шептали, завидев Данте: “Он обгорел в аду”.

Таков прикоснувшийся к “великой тайне” и ужаснувшийся некто Фельтер.

“Странная, противная перемена произошла во всей его внешности: казалось, из него вынули костяк. Потное и теперь как бы обрюзгшее лицо с отвисшей губой и розовыми глазами выражало не только тупую усталость, но еще облегчение, животное облегчение после чудовищных родов ... Это был человек, как бы потерявший все: уважение к жизни, всякий интерес к деньгам и делам, общепринятые или освященные традиции чувства, житейские навыки, манеры, решительно все”. В. Набоков. “Ультима Туле”.

Мельком при описании ИС замечено, что выздоровевшие смущены: вели себя как “клоуны, наркоманы”, но обрели удивительный опыт “погружения в бездны”. Структура психотических приступов допускает инверсию аффекта и выход в постпсихотическую депрессию с суициdalным риском.

“Я сходил с ума, у меня была мания величия, но зато я был весел, бодр и даже счастлив, я был интересен и оригинален. Теперь я стал рассудительнее и солиднее, но зато я такой, как все: я — посредственность, мне скучно жить.. О, как вы жестоко поступили со мной! Я видел галлюцинации, но кому это мешало? Я спрашивала: кому это мешало?” А. Чехов. “Черный монах”.

Обостренная критика — суицидогенный фактор.

Мне казалось, что я сам Бог, и заключен при этом в довольно жалком воплощении. Де Нерваль.

Иные не сомневаются в истинности слов: *Человек не может увидеть Меня и остаться в живых. Исход 33:20* и готовы перейти вместе с Распятым Христом “от мира сего к Отцу”. Бонавентура. “Путеводитель души к Богу”⁶.

Происходит слом Птоломеевой системы (больной в центре мироздания и управляет им) с пониманием выздоровевшего-себя песчинкой мира Коперника.

Однако пора перенестись с неленивым читателем в андерсоновском сундуке-самолете или, колоритнее, на коне черного дерева из “1001 ночи” с Земли обетованной в

“обетованную землю поэзии и неги”. А. Пушкин.

Синдром Стендalia, или “красота — страшная сила”.

“Неуправляемые страсти —
по большей части просто безумие”.

Томас Гоббс. “Левиафан”.

“Искусство, как и жизнь, слабым не по плечу”.

А. Блок.

В искусстве два побуждающих начала: “познание психической природы человека и утверждение этой природы в действительности”. А. Н. Толстой.

С ветхозаветных времен сила искусства побуждает высокие чувства до душевного смятения и его же исцеляет. Среди выбранных источников гармонии духа и искусства и первый среди равных — Флоренция, колыбель Ренессанса. Цветущее имя ее — сродни мечте и обновляющей весенней тяге к перемене мест.

Синдром Стендalia (СС, “флорентийская горячка”) — психическое расстройство под влиянием впечатлений от ренессансных живописи и скульптуры (особо “опасна” галерея Уффици) — описано G. Magherini в 1989 г. на выборке из 106 пациентов местной клиники за 1977 – 1986 гг. (около 10 на 2 млн. туристов в городе за год или 1,5 млн. посетителей “галереи канцелярий”). Синдром нежно назван по псевдониму Анри Бейля, “наблюдателя человеческого сердца” и отставного интенданта, одного из первых туристов XIX века, ощутившего в прелестной Италии “нечто вроде опьянения”, как иерусалимский очарованный странник.

“Я видел шедевры искусства, порожденные энергией страсти, после чего все стало бессмысленным, маленьким, ограниченным, так, когда ветер страсти перестает надувать паруса, которые толкают

⁶ Врач-утешитель и / или приписанный к больнице священник объяснит: “остаться в живых” есть возрождение, внутреннее укрепление для полноценной жизни, спасение жизни. Господь желает, чтобы мы получали силу от Него, через Слово.

вперед человеческую душу, тогда она становится лишенной страстью, а значит, пороков и добродетелей”.

Бейль разборчив в оценке прекрасного: равнодушен к аббатству Мон-Сен-Мишель, чуду Нормандии, вызывающему священный трепет паломников 1000 лет. Но при долгожданной встрече с благородной Флоренцией (22 января 1817 г.) предался безумию, словно подле любимой женщины, готов был расцеловать первого встречного. Охваченный в церкви Святого Креста созерцанием возвышенной красоты, переполненный небесными ощущениями, слившимися со страстным чувством, отметил сердцебиение: “жизненные силы во мне иссыкли, я едва двигался, боясь упасть” и прилег на скамью.



Сопереживающего друга нашел в томике стихов. “Нервный приступ” сменился мрачной задумчивостью об историческом прошлом. Дерзкая мысль потерпевшего: “для счастья лучше иметь бесчувственное сердце”⁷.

Группы риска: “интурист”, переполненный эмоциями от обилия красот; впечатлительные одинокие дамы 25 – 40 лет с классическим (религиозным) образованием, совершающие экскурсионный марафон “все и сразу, здесь и сейчас” без гида [26].

Учительница итальянского языка из Скандинавии, обуреваемая виной перед немощным отцом, оставленным ради поездки мечты, в церкви заметила “намеки”: здесь она “лишия”, испытала сердцебиение, видела вспышки света, узнала себя на “Тайной Вечере” в несущей корзину фруктов Спасителю. Трепетный пражсанин, студент-художник, в конце забега по музеям осел бессильно у фрески Мазаччо. Опомнился на ступенях церкви, представив себя дома. После месяцев психотерапии сообщил, что в шкале эмоций потерял “Я” и “как бы разваливался” [33].

Среди пострадавших нет местных — врожденный эстетический иммунитет?

Патогенез СС. Для проникновения в “светлое поле сознания” (М. Пруст) подсознание ищет проторенные пути. Фрейд видел в искусстве объект расшифровки, символ состояния психики: “в наибольшей степени нас захватывает лишь замысел художника... и насколько он может быть понятен нам”. По G. Magherini [33], шедевры вскрывают давленную эмоциональную травму (молодой американец “вспомнил”, что был на заре жизни изнасилован

⁷ Стендаль. Рим, Неаполь и Флоренция. Собр. соч. в 12 томах. Т. 9. М.: Правда, 1978; 5 – 252.

ван учителем). Сильные и мало контролируемые эмоции (любовь и ненависть) представлены символами, кирпичками мышления (психоаналитическая “ментализация”). Высокая информативность и особое воздействие на психику энергетически заряженного искусства становятся триггерами СС. При “патологическом опьянении” громокипящим кубком Возрождения, обращенном деталями к каждому (сравните с концептуальным искусством), запредельный избыток эмоций уязвимых не находит исхода в мысли, оставаясь в символической “кладовой”. Важна установка на встречу с прекрасным. И в меньшей степени содержание картины. И Веласкес НЕ единственный гений, “сумевший таинственным сделать простое”. Бальмонт.

Клиническая картина. G. Magherini — психоаналитик, и клиническое содержание СС менее детализировано, чем ИС, в свою очередь, более описанный ярким поведенческим феноменом, чем детально квалифицированным психопатологическим состоянием.

СС представлен палитрой запредельных эмоций “изысканно чувствительного” созерцателя идеальной и возвышенной красоты, идентифицирующего себя со значимым для него “персонифицированным” шедевром; определена пересекающимися рядами симптомов [33, 43].

Соматические проявления тревоги, паники и страха: сердцебиение, пульсация в висках, боль в грудной клетке и / или животе, тошнота, слабость, потливость, головокружение до обморока, дрожь. Психические симптомы описаны больными и их врачами как эмоциональный всплеск: от внезапного восторга до ажитации, “экстазестезии” M. Ferreri [26], сходно с психосоматической бурей паломников.

Любитель прекрасного, как истово верующий, в эпицентре блаженства, эйфорической экзальтации, сменяемой паникой, подавленностью с пониманием эфемерности “обычной” жизни против величия Бога — красоты (“жизнь коротка — искусство вечно”), созвучной паскалевой трагичности бытия “мыслящего тростника” меж безднами бесконечности и ничтожества. Возможны сновидная растерянность (аффект недоумения), дереализация и деперсонализация, слуховые и зрительные галлюцинации, бред отношения, преследования.

Синдром ожидаемо очаровал кинематографистов: *героиня триллера “Синдром Стендэля” (реж. Д. Ардженто, 1996) в галерее Уффици проникает в картины, участвует в сюжете холста.*

Печальное последствие ИС (как показано выше) и СС — агрессия к шедеврам, несущим эмоциональный заряд.

В 1913 г Максимилиан Волошин на суде в связи с нападением на репинскую картину “Иван Грозный...” заявил, что в ней подсознательно вложена агрессия, пошатнувшая большое и ранимое воображение

ние молодого иконописца Балашова. Смотритель музея под колесами поезда.

Рецидив вандализма в Третьяковской — в наши дни, но неловкие сторожа духом крепче. Большая часть вандалов Флоренции — американцы и японцы, основной состав армии туристов. Обычно потенциальные вандалы (якобы каждый пятый посетитель музеев) контролируют себя [33]. Желание вызвано противоречивой связью творения и разрушения. “Синдром Давида” выражается актуализированными страхами и гомосексуальными желаниями при созерцании мужского совершенства, но клинически речь идет о психозе или личностном расстройстве. Поведение больного не вписывается в хладнокровный “синдром Герострата”.

Набросившийся с молотком на Пьета Микеланджело в Ватикане сообщил, что “голос” возложил на него открытие семи тайн. Художник, обидчик флорентийского Давида, шептал, что все дело в просьбе “злого духа”, женщины XVI в.

Течение. Внезапное, острое и скоропреходящее (2 – 8 дней) и обычно полностью разрешающееся психическое расстройство. *Катамнез* больных неизвестен, но у некоторых — симптомы возвращались в той же обстановке.

Пожилой художник перенес параноидный психоз в особо эмоционально важной ему Флоренции. Затем еще ряд легких скоро обходящихся приступов [35].

Лечение незамысловато: достаточно перейти на родной язык больного. Возможна поддерживающая психотерапия. Персонал музеев учат, как вести себя с “заразившимися”. В путеводителях объясняют “СС”. Лучшая профилактика: постепенность — девиз человека, расширяющего и вспахивающего духовное поле.

СС в любом городе-кладезе прекрасного.

В Париже кинематографический эсэсовский генерал сотрясается в полуобмороке у “дегенеративного” автопортрета Ван Гога в обрамлении языков пламени. “Ночь генералов”, США, 1967. Молодой археолог из новеллы В. Йенсена, по сути “психиатрического исследования”⁸ (Фрейд), влюбился в девицу Градиву с античного барельефа. В “страшном сне” видит конец Помпеи, где ее теряет. Очнувшись, стремится в Италию. В святой и жаркий полуденный “час призраков”, растворившись в мареве мертвого города, видит любимую, неспешно шествующей по лавовым плитам.

При чтении и не только Библии обычны внутреннее тепло и чувство огромного счастья. Но уже в средневековье отмечен эффект искусства, разрушающий психику отдельных любителей [цит. по 21]: “театр питает иллюзии, разжигает суетные страсти и

⁸ Градива: Вильгельм Йенсен, Зигмунд Фрейд, Карл Густав Юнг, Андре Бретон, Ролан Барт, Жак Деррида. Б.М.: Salamandra P. V. V., 2012. 177 с.

пагубные движения души; любители впадают “в пламенное исступление”: душа “испытывает потрясение столь сильное, что производит известное волнение в нервах, мимолетное, но весьма серьезное по последствиям; они на миг лишаются чувств, проливают слезы, и это лишь ничтожнейшие из тех бед, каковые могут отсюда воспоследовать”. Пагубную для “расстроенной чувствительности” среду образуют романы с правдоподобными и потому столь притягательными бурными и опасными чувствами; ощущения читателя приходят от этого в полнейшее смятение и расстройство; затем они “пытаются вплотить во всем, что их окружает, пленившие их чудеса; но все кажется им бесчувственным и безжизненным, ибо они стремятся найти то, чего не бывает в природе”.

СС описан у меломанов (музыка эпохи романтизма), но искусство не должно быть обязательно “высоким”, важен эмоциональный камертон.

“Когда говорят о джазе, имеют в виду состояние нервной взвинченности, примерно какое воцаряется в больших городах при приближении к ним линии фронта”. Ф. Фицджеральд⁹.

“Психоделический рок” группы “Doors” вызывает у части слушателей выброс деструктивных эмоций и без ПАВ.

Дифференциальный диагноз важен при расширительном толковании и нечеткой феноменологии СС. Эмоциональный резонанс искусства, путешествия — неотъемлемые их черты. “Без такого наслаждения, в некотором смысле инстинктивного и, во всяком случае, поначалу не рассудочного нет ни живописи, ни музыки”. Стендаль.

Четверть приезжих неврологов (опрос на научном симпозиуме) отметила удовольствие (более 80 %) и

эмоциональную разрядку (60 %) [32], но не более того.

Русский эмигрант: “Я счастливец!”, относясь к Риму как к неоспоримой собственности, близкому человеку. Это не рассудочная любовь гида или историка, а почти плотское, сладострастное чувство. Ю. Эдлис¹⁰.

СС следует отличить от последствий обезвоживания и теплового удара (Т. Манн назвал итальянское лето “свирапой тиранией солнца”) туриста-энтузиаста.

После “Сикстинской капеллы” “...у меня затекла шея, и голова была как в огне, перед глазами все кружились, двоилось и таяло зыбким туманом в раскаленном добела полдне. Я пролежал два дня в гостиничном номере, и перед глазами мельтешили свивающаяся в одну бесконечную нить картинок... Доктор объявил, что мой “синдром Стендоля” — гипертонический криз в результате эмоционального стресса” Ю. Эдлис. У страстотерпца В. Шаламова в 1969 г. приступ стенокардии: “Как на выставке Матисса / Я когда-нибудь умру”. Сальвадор Дали в сладостном обмороке перед “Похоронами графа Оргаса” Эль Греко в Толедо.

Состояния вписаны в острый тревожный (панический) синдром. Отвращение и страх приводят к обморокам первокурсника в “анатомичке” (когда-то — зеваку в театре анатомическом), у стоматолога, при виде крови (гемофобия доктора Мартина, героя телесериала) и иглы (из “сада греческих корней”: трипанофобия), но и восторг — россиянки в “перестроенные” годы при встрече с сотней сортов сыров в парижской витрине.

(Продолжение следует)

⁹ Фицджеральд Ф. Скотт. Отзвуки века джаза. Последний магнат. Рассказы. Эссе. М, Правда, 1990.

¹⁰ Синдром Стендоля. Новый мир 1997, № 12.

Чрезвычайщина вместо ЧП

Предлагаем для обсуждения анализ текущей ситуации с пандемией известного правозащитника Льва Левинсона, с которым мы тесно сотрудничаем в течение четверти века в связи с подоплекой антисектантской и антинаркоманической кампаний.

Когда разговор о правовой стороне пандемии доходит до чрезвычайного положения — надо ли его вводить — обычно возражают: мало нам пропусков? еще и комендантский час понадобился? Это возражение от незнания: порядок ЧП, вводимого по эпидемиологическим основаниям, не допускает никакого комендантского часа.

Есть два режима, предусмотренных федеральным конституционным законом “О чрезвычайном положении”: один режим — ЧП, вводимый в случае политических катализмов, другой — в случае природных и техногенных бедствий, в том числе, эпидемий. Закон о ЧП, принятый в 2001 году, выпадает из общей картины политического законодательства РФ, представляющего собой имитацию и профанацию (как, например, законы о парламентском контроле, об общественном контроле) либо до дна ограничивающего конституционные права (таковы законы о выборах и референдуме, информационное законодательство и др.). Сейчас, почти двадцать лет спустя, понимаешь, что в 2001 году о парламентской свободе еще можно было говорить, особенно сравнивая с нынешним единомыслием. Да, с одной стороны, принимавшийся тогда, одновременно с законом о ЧП, закон о политических партиях, погубивший партийное многообразие, ни исправить, ни остановить не удалось, хотя в первом чтении этот проект голосовался трижды и был принят ценой нескольких колебавшихся голосов. Закон же о ЧП, в первоначальной редакции сомнительный, ко второму чтению силами думской рабочей группы (заметную роль в ней играли депутаты Сергей Ковалев и Сергей Ющенков) был исправлен и вышел таким, как нужно, т.е. неудобным для применения, так как ставил действия властей в связи с режимом ЧП в строгие правовые рамки.

По закону, основания введения, продления и прекращения режима ЧП, и перечень временных ограничений прав граждан, и порядок управления в особых условиях не оставляют властям пространства для маневров. В законе нет привычных “других обстоятельств”, “иных прав”, разных “как правило”. Главное же — государственная власть собирается при ЧП в единую вертикаль даже в случае его введения на части территории РФ, тем более — на всей территории.

По закону решение о введении ЧП принимает Президент. Если он этого в необходимом случае не дела-

ет, а рассуждает о печенегах и половцах, если парламент не подает голоса, требуя от президента выполнения закона, ситуация становится неправовой. Конституционный закон не действует. С начала эпидемии слова “чрезвычайное положение” не прозвучали в Госдуме ни разу. Потому что введение ЧП не позволило бы главе государства переложить ответственность на регионы и на самих граждан.

Можно ли вообразить большие основания для введения чрезвычайного положения, чем то, что происходит сейчас? Но ЧП не было и уже не будет введено. Почему? Потому что глава государства, двадцать с лишним лет выстраивавший страну по вертикали, в трудный момент переложил всё на губернаторов — в одних регионах (например, в Краснодарском крае) чуть ли не военное положение, в других, например в Тверской области, никаких дополнительных ограничений нет вообще. Отвечать головой будут главы регионов. Виноватыми окажутся те, в чьих регионах не было пропускного режима, — их будут клясть за погибших. И те, кто пошел на строгие ограничения, — им достанется за экономические последствия.

Закон о ЧП устанавливает противоположное — возможность ограничения полномочий губернаторов и мэров, создание единого федерального штаба, а при введении ЧП во всей стране — подчинение всех силовиков одному, определяемому президентом, федеральному органу. В случае эпидемии таким органом могло бы быть МЧС. В таком случае его руководитель возглавляет оперативный штаб, в который входят представители МВД, ФСБ и других органов.

Что говорит закон? Президент, согласно закону, является главным ответственным за введенное его указом ЧП. Именно президент, а не главы субъектов, принимает решение о введении ЧП, устанавливает чрезвычайные ограничения прав граждан и деятельности организаций (не обязательно все ограничения, но только предусмотренные законом для соответствующего типа ЧП). В указе дается обоснование необходимости введения такого режима, определяются ответственные. Решение о продлении режима, его отмене также принимает президент. Однако его решения контролируются Парламентом. Указ о введении или продлении ЧП утверждается Советом Федерации. Работа Парламента в период действия ЧП не может быть приостановлена. В условиях ЧП не могут проводиться выборы и референдумы. Правда, в законе ничего не говорится о “всероссийском голосовании”, потому что о таковом не слышно было никогда. Правосудие в условиях ЧП осуществляется в обычном порядке. Чрезвычайных судов и каких-либо ускоренных форм судопроизводства быть не может. Наконец, закон о ЧП гарантирует пострадавшим от действий, ставших причиной введения ЧП, полное

возмещение материального ущерба, содействие в трудоустройстве, предоставление необходимой помощи. Таковы требования закона.

Чтобы не вводить ЧП, власти ссылались в отдельных случаях на Федеральный закон 1994 года “О защите населения и территории от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера”. Но это закон о локальных бедствиях, весь его текст свидетельствует о невозможности его применения на всей территории страны. В 1994 году конституционного закона о ЧП еще не было. Вне всякого сомнения, федеральный конституционный закон выше федерального. И при конкуренции норм должен применяться ФКЗ, а не ФЗ.

Уже несколько месяцев вся страна под домашним арестом, именуемым “самоизоляцией”. Миллионы безработных. Алексей Навальный требует выплатить каждому россиянину по 20 тысяч р., власти обвиняют его в популизме. Трудно сказать, почему Навальный своевременно не призывал ввести ЧП, ведь тогда суммы компенсаций потерпевшим от коронавируса, в том числе оставшимся без работы, были бы другими.

В течение двух с лишним месяцев суды рассматривали лишь отдельные “важные” дела, отобранные руководством. Кодексы, само собой, не допускают такой селекции. Т.е. по сути это было чрезвычайное судопроизводство. Публику, журналистов в суды не пускали (а кое-где и адвокатов). Между тем, по Конституции, производство во всех судах открытое. Закрытие судебных заседаний вполне можно считать “ускоренным судопроизводством”, во всяком случае — упрощенным, что тоже недопустимо.

Положения закона о последствиях прекращения ЧП принципиально важны. Дело не только в обязанности государства компенсировать понесенный гражданами ущерб. Закон устанавливает, что указы Президента и иные нормативные акты, “принятые в целях обеспечения режима чрезвычайного положения и связанные с временным ограничением прав и свобод граждан, а также прав организаций, утрачивают силу одновременно с прекращением периода действия чрезвычайного положения без специального о том уведомления”.

Чрезвычайное положение не было введено. Зато законодатель воспользовался пандемией для принятия очередной серии запретов и санкций.

Изменения, внесенные в КоАП законом от 1 апреля 2020 года, предусматривают штраф до 40 тысяч р. для граждан и до 500 тысяч р. для организаций за “действия (бездействие), совершенные в период режима чрезвычайной ситуации или при возникновении угрозы распространения заболевания, представляющего опасность для окружающих, либо в период осуществления на соответствующей территории ограничительных мероприятий (карантина), либо невыполнение в установленный срок выданного в указанные периоды законного предписания (постановле-

ния) или требования органа (должностного лица), осуществляющего федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, о проведении санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий”.

COVID-19 будет побежден, а поправки в КоАП останутся. Не потребуется даже признавать ситуацию чрезвычайной, так как равно наказуемым является теперь нарушение санитарно-гигиенических правил “при возникновении угрозы распространения заболевания, представляющего опасность для окружающих”. То есть достаточно даже возникновения угрозы эпидемии гриппа (или другого ОРВИ), чтобы мэр Москвы запретил людям появляться на улице. Безнаказанно чихать и кашлять больше нельзя. Сидите дома, там полицейских патрулей пока нет.

МВД разъяснило, как понимать антисанитарное бездействие: “*К ответственности могут привлечь россиянина, который приехал из иностранного государства на родину и не сообщил о возвращении, не дал фактический адрес пребывания. Кроме того, штрафы грозят гражданам, которые отказываются проходить обязательное лабораторное обследование и вызвать врача на дом при появлении симптомов заболевания*” (Газета.ru 16 мая 2020 года). Ответственность за нарушение постельного режима пока не введена.

Начало санитарно-полицейскому законотворчеству было положено в начале 2011 году в базовом законе “Об основах охраны здоровья в Российской Федерации”, где появилась норма об обязанности граждан заботиться о своем здоровье. Действовавшие ранее Основы законодательства об охране здоровья не знали такой обязанности, более того — Комитет конституционного надзора СССР официально признал эту обязанность не соответствующей Конституции.

От поведения человека контроль распространяется на его тело. СМИ сообщают, что “*в России будет создан реестр граждан, переболевших коронавирусом и имеющих иммунитет. Он может пригодиться на случай “второй волны” или ухудшения эпидемиологической ситуации: россияне с иммунными паспортами смогут продолжить работать, когда остальные отправятся на карантин. Наиболее полным реестром будет обладать Москва: по указу мэра работодатели с 12 мая обязаны регулярно проводить тестирование сотрудников на COVID и антитела к нему. Иммунный паспорт может также понадобиться для зарубежных поездок: их обладателям будет проще получить визу и забронировать номер в отеле*” (МК, 12 мая 2020 года).

Последствия принимаемых ныне мер не сулят ничего хорошего. Министр иностранных дел Лавров с удовлетворением предупредил человечество, что прежних свобод уже не будет. Слово “свобод” в цитате из выступления министра поставлено в Российской газете в кавычки, в соответствии с правилами

правописания газеты Правда (в советской прессе слова о правах и свободах на Западе неизменно именовались так называемыми). Под ударом свобода передвижения из-за закрытия границ, да и внутри страны. Уничтожается неприкосновенность частной жизни из-за тотального контроля, слежки.

Под предлогом эпидемиологической защиты еще более ограничивается свобода слова, свобода распространения информации. В КоАП введена ответственность в виде штрафа от 1,5 до 3 миллионов рублей за “распространение в средствах массовой информации, а также в информационно-телекоммуникационных сетях под видом достоверных сообщений заведомо недостоверной информации об обстоятельствах, представляющих угрозу жизни и безопасности граждан, и (или) о принимаемых мерах по обеспечению безопасности населения и территорий, приемах и способах защиты от указанных обстоятельств”. Что есть правда, что недостоверно, решать будут эксперты, признававшие экстремистскими тексты Свидетелей Иеговы.

Осознав выгоды санитарно-эпидемиологических преследований, власть, исчерпав антиэкстремистскую повестку, способна перейти к разработке “гигиенических” уголовных и административных статей. Ведь преследовать за вирусы куда удобнее, чем за мысли. Мысли неотъемлемы от человека, а вирус существует внешнее, вроде беса, изгнание которых всегда поощряла святая церковь.

Минздрав превращается в силовую структуру. Раньше сначала приезжала скорая, потом полиция. Теперь они приезжают одновременно.

Оставаться просто честным врачом в этой системе все труднее, как в полиции — честным полицейским. Система будет требовать слежки, доносов, фальшивых диагнозов; клятва врача и врачебная тайна уступят интересам госбезопасности. Врачи, вероятно, станут госслужащими. А правозащитникам придется защищать права и свободы не только от карательной психиатрии, но и от карательной пульмонологии, карательной вирусологии... И это будет нелегко.

Как-то мы с С. А. Ковалевым спорили о цивилизации, что это вообще такое. Сергей Адамович — горячий сторонник идеи о единой и единственной цивилизации — западной, точнее западного происхождения. Есть цивилизация и есть ее отсутствие. Отсюда — миссионерская экспансия ценностей этой цивилизации, иногда в виде бомбардировок. Противоположное суждение: цивилизаций много, не может быть одной истинной и обязательной для всех цивилизационной модели. Хотя мы дети западной цивилизации и любим ее. Одновременно христианский и атеистический идеал свободы — наше материнское молоко. Но без прав человека, без выстраданных свобод, западная наша цивилизация теряет смысл. Пандемия показала — стремительный научный прогресс идет не туда, вся его мощь конвертируется в новые достижения ВПК, то есть в орудия убийства. Государства готовы хоть к космическим войнам, но оказались не готовы лечить людей от коронавируса.

Лев Левинсон
19 мая 2020 года

Европейская психиатрическая ассоциация

28-Й ЕВРОПЕЙСКИЙ КОНГРЕСС ПО ПСИХИАТРИИ

4 – 7 июля 2020 г., Мадрид, Испания

www.epa-congress.org

ДОКУМЕНТЫ ВРЕМЕНИ

Надо ли отказаться от термина “шизофрения”?

Этот вопрос давно обсуждается и профессионалами в области психического здоровья, и пациентами и их семьями, поскольку это один из наиболее распространенных диагнозов, который носит стигматизирующий характер. Япония еще в 2002 г. отказалась от диагноза “шизофрения”, который в ее иероглифическом написании звучал как “синдром расколотого сознания” и заменила его на “синдром дисрегуляции интегративных процессов”. Произошло это по инициативе сообщества родственников больных людей и — по мнению профессионалов — быстро дало положительный результат. Если до переименования только 7 % врачей прямо сообщали пациентам, чем они больны, то теперь почти в 80 % случаев врачи смело называют пациентам их диагноз. Сходным путем пошли и южно-корейские психиатры, заменив термин “шизофрения” или “синдром расколотого сознания” на “нарушение внутренней сонастроенности”, в Гонконге применяют термин “дисфункция мышления и восприятия”, а в Сингапуре — “расстройство с нарушением функции мышления и восприятия”.

Волна переименований докатилась и до Европы, и вот уже европейские психиатры обсуждают, надо ли отказаться от термина “шизофрения”. В начале июня в дискуссионном клубе платформы “Языки психиатрии” российский психиатр Сергей Павличенко и израильский Сергей Раскин спорили, на тему “Следует ли удалить термин “шизофрения” из психиатрии?”, а председатель руководящего комитета Совета национальных психиатрических обществ Европы Симави Вахип организовал опрос руководителей национальных психиатрических обществ на аналогичную тему. При этом предлагалось не только ответить на вопрос, следует ли отказаться от термина шизофрения, но и выбрать подходящее название для этого заболевания из предлагаемого списка или предложить свое.

Президент НПА России Ю. С. Савенко так ответил на письмо С. Вахипа: Опрос составлен в узко

прикладном, а не проблемном ключе. Это путь бесконечной эстафеты переименований вместо принципиально другой постановки проблемной задачи. Вопросы сформулированы, минуя фундаментальную предваряющую альтернативу — что лучше:

- предлагаемое переименование, которое не решает, а постоянно отодвигает решение проблемы и является завуалированной формой обмана — проблема, гомологичная опыту онкологии;

- или ясная гласная информация относительно существа диагноза шизофрения, необходимости его градаций в отношении достоверности диагноза, необходимости активных превентивных мер самого различного характера и знания о 30 % уровне излечений, а не фатальности диагноза.

Проблема стигматизации намного актуальнее в отношении диагноза деменции. Поэтому, в частности, термин “раннее слабоумие” (*dementia praecox*) уступил термину “шизофрения”, который емко называл существо расстройства и вносил представление E. Bleuler о группе заболеваний без фатальности развития и исхода. В своей практической деятельности психиатры давно пошли по наиболее верному пути — индивидуализации формы ответов больным на вопрос о диагнозе. Современные информационные технологии девальвируют попытки переименований. Поднятая проблема не нова, исторический опыт показывает, что существование понятий со временем берет верх над их именованием. Подобно словам “демагог”, “фюрер”, “враг народа”, “политбюро”, “Дума”..., так как смысл даже обычных слов может быстро меняться, причем с обеих сторон: достаточно вспомнить грызловское “Дума не место для дискуссий”. Поэтому путь переименований — это путь пропагандистских, манипулятивных технологий, которые разворачивают и лишают доверия одних и эфемерно помогают другим. Это квази- даже лже-дестигматизация.

ИСТОРИЯ

Структура Московского НИИ психиатрии в разные эпохи

Структура Московского психоневрологического института в 1921 г.

Директор А. Н. Бернштейн, зам. В. В. Крамер

Структура института первоначально в 1920 г. (директор Ф. Е. Рыбаков, зам. А. Н. Бернштейн) складывалась из 4-х отделов: психологии, неврологии, психиатрии и психофизиологии труда, но спустя год значительно разрослась:

I. Отдел нормальной и патологической психологии (Ф. Е. Рыбаков, И. Д. Ермаков);

Экспериментальной психологии (И. П. Борисов, Н. В. Петровский);

Экспериментальной эстетики (А. А. Сидоров);

Социальной психологии (И. И. Глиенко, С. А. Преображенский);

Психотерапии.

II. Отдел педагогической психологии
(А. П. Нечаев)

III. Отдел криминальной психологии
(С. В. Познышев)

Судебной психологии (И. Н. Станкевич)

IV. Отдел психофизиологии труда (К. Х. Кекчев)

Психологии труда (Е. И. Рузер)

Лаборатории рабочих движений (Н. Л. Тихонов)

Психогигиены (Л. М. Розенштейн)

V. Отдел психиатрии (А. Н. Бернштейн, С. Я. Любимов, В. А. Гиляровский)

Общественной психиатрии (С. Я. Любимов)

Психиатрической пропедевтики (П. И. Карпов)

Психопатологии детского возраста.

VI. Отдел неврологии (И. Ю. Тарасевич, В. В. Крамер)

Неврологических методов исследования
(О. Д. Гарш)

VII. Отдел нормальной и патологической анатомии и бактериологии (Н. Н. Пятницкий, В. И. Кедровский, П. Е. Снесарев)

с секциями биохимии ЦНС и внутренней секреции

VIII. Отдел физиотравматологии и физиотерапии (И. А. Бродский)

Структура Института невропсихиатрической профилактики им. В. В. Крамера, 1935 г., директор В. А. Внуков, зам. А. М. Рапопорт¹

I. Отдел клинической психиатрии:

Группа большой психиатрии (на базе I ММИ),
(В. А. Внуков)

Группа малой психиатрии (Б. Р. Гурвич,
Б. Д. Фридман и И. Г. Равкин)

Поликлиника с физиотерапевтическим отделением (С. И. Гольденберг)

Отделение логопедии (Ю. А. Флоренская)

Невропсихиатрическое отделение Краснопресненского района (Я. С. Чапурин)

II. Отдел социальной психиатрии:

Отделение организации психиатрической помощи
(Л. А. Прозоров, Г. Г. Карапович)

Отделение учета и статистики (С. Л. Тапельзон)

Отделение психогигиены с тремя кабинетами:

- учебной психогигиены (Т. И. Гольдовская);
- промышленной психогигиены (И. Г. Равкин);
- военной психогигиены (А. О. Эдельштейн);

Кабинет наркологии (А. М. Рапопорт)

Кабинет психотерапии и истории психиатрии
(Ю. В. Каннабих)

Кабинет генетики (С. Н. Давиденков)

III. Отдел экспериментально-лабораторных исследований

из 6 лабораторий:

патогистологии (П. Е. Снесарев, В. К. Белецкий)

биохимии (А. Е. Кульков, В. О. Вейланд)

экспериментальной терапии

патофизиологии (Н. И. Гращенков)

патопсихологии (А. Н. Залманзон, Е. И. Рузер,
А. В. Ильин)

иммунобиологическая

Структура Центрального научно-исследовательского института психиатрии НКЗ РСФСР, 1944 – 1950

Директор П. Б. Посвянский, зам. А. С. Шмарьян

I. Клинический отдел из 8 отделений:

Нейропсихиатрии (А. С. Шмарьян)

¹ А. М. Рапопорт до этого — директор (1932 – 1935) Института клинической и социальной психоневрологии Мосгорздрава, которого сменил С. В. Крайц (1935 – 1940).

Структура Московского НИИ психиатрии в разные эпохи

Психохирургии (Б. Г. Егоров, С. И. Гольденберг)
Эзогенных психозов (И. Г. Равкин)
Экспериментальной патологии и терапии
(М. Я. Серейский)
Трудовой экспертизы и восстановления трудоспособности инвалидов Отечественной войны
(Т. А. Гейер)
Детской психиатрии (Г. Е. Сухарева)
Реактивных психозов и возрастной психопатологии (С. Г. Жислин)
Пограничных состояний (Т. И. Юдин)
II. Лабораторный отдел из 7 лабораторий:
Патогистологии (П. Е. Снесарев)
Патоцитоархитектоники (М. О. Гуревич)
Биохимии (Л. И. Ландо)
Клинико-серологическая (М. А. Вундер)
Патопсихологическая (Б. В. Зейгарник)
Нейрофизиологическая (Ф. В. Бассин)
Рентгенологическая (М. Б. Копылов)
III. Организационно-методический отдел
(Г. Г. Карапович)
IV. Отдел психопрофилактики, психогигиены и психосанитарного просвещения
(Т. И. Гольдовская)

Сосудистых психозов (В. М. Банщиков)
Эпилепсии (Е. С. Ремизова, с 1965 г.)
Д. Д. Федотов)
Алкогольных психозов (И. И. Лукомский)
Психофармакологии (Ю. К. Тарасов, с 1962 г.)
Г. Я. Авруцкий)
Органических заболеваний головного мозга
(Л. П. Лобова)
Лечебного голодания (с 1964 г. Ю. С. Николаев)
Эзогенных нервно-психических расстройств (с 1965 г. Д. Д. Федотов)
Сексопатологии (с 1965 г. П. Б. Посвянский, с 1973 г. Г. С. Васильченко)
Биологических основ психозов (с 1967 г. С. Ф. Семенов)
Начальных форм эпилепсии (с 1967 г. А. И. Болдырев)
Затяжных форм эпилепсии (с 1968 г. Р. Г. Голодец)
III. Экспериментально-лабораторный отдел с лабораториями:
Патоморфологии (А. П. Соколова)
Биохимии (Л. И. Ландо)
Экспериментальной патопсихологии (Б. В. Зейгарник, с 1967 г. Б. М. Сегал)
Функциональной диагностики (Э. С. Толмасская)
Патофизиологии высшей нервной деятельности (С. Д. Каминский, с 1958 г. Ю. Н. Успенский, с 1962 г. В. И. Савчук) — до 1964 г.
Иммунологии и вирусологии (В. В. Квирикадзе, с 1965 г. В. А. Скворцова)
Медицинской радиологии (М. Я. Майзелис)
Радиоэлектронники (Г. В. Архангельский) — до 1961 г.
Гормональных исследований (А. И. Белкин)
Кино-фото-лаборатория
Радиобиологии
Гематологии и цитогенетики (с 1962 г. Ю. Л. Шапиро)
Генетики психических заболеваний (с 1968 г. В. П. Эфроимсон)
Патология мозгового кровообращения (с 1968 г. Э. Н. Лerner)
Биофизических методов лечения (1968)
Научно-техническая

Структура Московского научно-исследовательского института МЗ РСФСР, 1957 – 1969

*Директор В. М. Банщиков,
с 1960 г. Д. Д. Федотов*

I. Организационно-методический отдел
(И. А. Бергер, с 1963 г. П. Б. Посвянский, с 1965 г.
В. В. Бориневич)
II. Клинический отдел с отделениями:
Психозов детского и подросткового возраста
(Г. Е. Сухарева)
Психозов позднего возраста (С. Г. Жислин, с 1967 г. Н. Ф. Шахматов)
Экспериментальной терапии (И. Г. Равкин)
Трудовой экспертизы и реадаптации
(Д. Е. Мелехов)
Шизофрении (Л. Л. Рохлин)
Диспансерно-консультативный (Е. С. Ремизова, с 1960 г. П. Б. Посвянский, с 1963 г. А. Г. Амбрумова)

К 70-летию уничтожения Еврейского антифашистского комитета

Еврейский антифашистский комитет (ЕАК) — общественная организация, образованная органами НКВД в начале 1942 года при Совинформбюро для пропагандистских целей за рубежом.

Кураторство ЕАК осуществлял Соломон Лозовский, руководитель Совинформбюро. В ЕАК вошли поэты и писатели П. Маркиш, С. Маршак, Л. Квитко, И. Фефер, И. Эренбург, деятели культуры Д. Ойстракх, Э. Гилельс, В. Зускин, А. Таиров, С. Эйзенштейн, академики А. Фрумкин, Л. Штерн, П. Капица (единственный не еврей) и др., председателем был выдающийся актер и режиссер Еврейского театра Соломон Михоэлс.

В 1943 году Михоэлс и Фефер совершили семимесячное турне по США, Мексике, Канаде и Великобритании и собрали для Красной армии почти 33 млн. долларов. Деятельность ЕАК способствовала открытию Второго фронта.

В конце войны ЕАК документировал события Холокоста и обсуждал создание Еврейской советской республики в Крыму, где уже было много еврейских колхозов. Подготовленная Ильей Эренбургом и Василием Гроссманом “Черная книга” о Холокосте была издана в 1946 г. в США, а набор советского издания 1948 г. был рассыпан.

12 января 1948 года по приказу Сталина в Минске был убит Михоэлс. Ему были устроены торжественные похороны, а участники убийства награждены.

14 мая 1948 года при содействии Сталина было провозглашено государство Израиль, но в сентябре восторженная реакция еврейской общественности на прибытие в СССР посла Голды Меер ужесточила позицию СССР к Израилю.

В ноябре 1948 года ЕАК был распущен “как центр антисоветской пропаганды”. В декабре 1948 — начале 1949 года было арестовано несколько десятков членов ЕАК и начата масштабная кампания против “космополитов”.

Вопреки усилиям председателя Военной коллегии Верховного суда СССР генерал-лейтенанта юстиции

А. А. Чепцова передать дело на доследование из-за грубых нарушений, 13 руководителей ЕАК в августе 1952 г. были расстреляны, в том числе С. Лозовский, поэты И. Фефер, П. Маркиш, Л. Квитко, Д. Гофштейн, писатель Д. Бергельсон, режиссер еврейского театра В. Зускин, главврач больницы им. Боткина Б. Шимелиович и др. В ноябре 1955 г. они были реабилитированы наряду с жертвами аналогичной антисемитской кампании 1952 г. по “делу врачей”. Но политика государственного антисемитизма продолжалась до конца 80-х гг.

29 декабря 1988 г. Комиссия Политбюро ЦК КПСС признала, что дело было сфабриковано, а признания получены незаконным путем. Следственные работники были осуждены.

Феномен антисемитизма исключительно показателен в очень многих отношениях, в том числе как антропологическая потребность иметь простое удобное объяснение любых неприятностей и любого недовольства, что использовалось властями в манипулятивных целях, как это наиболее откровенным образом показано во впервые изданных у нас воспоминаниях А. Ф. Кошко¹. Заразой антисемитизма была инфицирована и русская интеллигенция. Исключениями были М. Лермонтов, Н. Лесков, В. Короленко, М. Горький, А. Ахматова, М. Цветаева и др. Выразительно наблюдение Евгения Трубецкого: даже в Праге, где президент Томаш Масарик проявил редкостную заботу, в русской постреволюционной эмиграции появились характерные черты, которые обычно приписывались евреям, по выражению Василия Шульгина, то, “что нам в них не нравится”. Это черты эмигранта, скитальца, “Вечного жида”. Это чувство человека, болезненно ощущающего свою зависимость, уязвимость, второсортность, вплоть до униженности. Никто лучше Достоевского не показал, что человеческое достоинство — главный нерв человеческого поведения.

¹ А. Ф. Кошко. “Воспоминания русского Шерлока Холмса” — М., 2019.

ИЗ ПРАКТИКИ

Принудительные меры медицинского характера — лечение или дезадаптация?¹

Л. Н. Виноградова

Наша секция называется “Ресоциализация представителей наиболее уязвимых групп тюремного населения”. Люди с психическими расстройствами, находящиеся на принудительном лечении, не относятся к тюремному населению, но фактически находятся в местах лишения свободы и, безусловно, являются одной из наиболее уязвимых групп населения. Они часто не могут самостоятельно защищать свои права, а порой даже не понимают, что их права были серьезно нарушены. Недавно мы начали большой проект по контролю за соблюдением прав граждан с психическими расстройствами, находящихся в местах принудительного содержания. Он стал возможен благодаря поправкам, которые были внесены в федеральный закон “Об общественном контроле за обеспечением прав человека в местах принудительного содержания”, наделившим членов общественных наблюдательных комиссий правом посещать психиатрические лечебные и экспертные учреждения и контролировать соблюдение прав граждан, находящихся там помимо своей воли. Мы надеемся, что это позволит выявить системные проблемы в соблюдении прав этой категории граждан и разработать рекомендации относительно того, как лучше организовать процесс принудительного лечения, как готовить людей к выходу в социум, что делать для того, чтобы процесс реабилитации и ресоциализации проходил максимально быстро и эффективно, чтобы люди не совершали повторных правонарушений и не возвращались вновь в психиатрические больницы. Но для этого нужно еще поработать, а пока я могу предложить вам лишь некоторые краткие соображения по этому поводу.

Тема моего сообщения — “Принудительные меры медицинского характера — лечение или дезадаптация?”. Такая постановка проблемы связана с тем, что в нашей стране люди, попавшие на принудительное лечение, находятся в психиатрических больницах очень длительный срок. Мы знаем случаи, когда это

срок исчисляется десятилетиями, причем это не связано с особой тяжестью психического расстройства, определяющей опасность пациента, или отсутствием возможности выписать пациента в связи с его социальной неустроенностью.

В соответствии с уголовным кодексом РФ принудительные меры медицинского характера (ПММХ) назначаются только в случаях, когда *психические расстройства связаны с возможностью причинения этими лицами иного существенного вреда либо с опасностью для себя или других лиц* (ч. 2 ст. 97 УК РФ, ч. 2 ст. 433 УПК РФ). Тяжесть совершенного ОД критерием при назначении ПММХ не является. Согласно многочисленным научным исследованиям, риск повторного насилия не зависит от тяжести ранее совершенного ОД.

Принудительное лечение проводится с целью излечения или улучшения психического состояния лиц, совершивших уголовно-наказуемое деяние в состоянии невменяемости, а также для устранения их опасности для себя и окружающих и предупреждения совершения ими новых общественно-опасных действий. Основанием прекращения принудительных мер чаще всего служит наступление стойкой ремиссии заболевания, в результате чего опасность лица для себя и окружающих утрачивается, и существенно снижается вероятность повторных противоправных действий. С другой стороны, основанием для прекращения принудительных мер может быть и такое течение заболевания, которое сопряжено, наоборот, со стойким медицинским ухудшением состояния больного, делающим его неспособным к совершению опасных действий (например, с прогрессированием слабоумия, резким снижением энергетического потенциала, утратой способности осуществлять какую-либо последовательную деятельность и т.д.).

Известно, что длительное нахождение в изоляции ведет к развитию дезадаптации, утрате социальных связей и навыков, способности приспосабливаться к меняющейся социальной среде, развитию пассивности и потере гибкости поведения. Сейчас, в пору вынужденной самоизоляции каждый из нас мог на себе почувствовать, как важно человеку быть встроенным в социальную жизнь, чувствовать себя востребован-

¹ Выступление на V Абрамкинских чтениях “Ресоциализация осужденных к лишению свободы: осмысление практик, опыт и проблемы чрезвычайной ситуации 2020 года”, 19 мая 2020 г.

Принудительные меры медицинского характера — лечение или дезадаптация?

ным и занимающимся какими-то полезными делами. Жизнь, не заполненная осмысленной деятельностью, становится разрушительной для психического здоровья человека. Причем, эта деятельность может быть само разной: от приятного хобби до служения каким-то высоким или, наоборот, самым низменным целям. Важно, чтобы она была значима для человека, наполняла его и способствовала самореализации его внутренних потребностей. К сожалению, жизнь в психиатрических больницах не соответствует этим требованиям, поэтому чем раньше человек покинет стационар, тем лучше.

От чего же зависит срок принудительного стационарного лечения? Согласно российскому законодательству, это определяет суд в соответствии с рекомендациями врачебной комиссии. Однако здесь все не так просто. Хотя закон говорит о том, что длительность принудительного лечения не зависит от тяжести содеянного, в судебном сообществе существует негласное правило: “сколько он должен был отсидеть, столько пусть отлежит”. Мы знаем случаи, когда врачи по несколько лет подряд подают в суд ходатайства о переводе пациента на амбулаторное принудительное лечение, и всякий раз получают отказ. Так, мы сейчас работаем с одним пациентом, который находится на принудительном лечении уже 18 лет. Он совершил ужасное преступление — убил свою малолетнюю dochь. Был признан невменяемым и направлен на принудительное лечение в специализированный стационар с интенсивным наблюдением. Там его психическое состояние удалось быстро стабилизировать, и через три года его перевели в психиатрическую больницу общего типа. И в течение многих лет больница подает в суд ходатайства о переводе пациента на амбулаторное принудительное лечение, но суд неизменно отказывает. Пациент прислал нам записи судебных заседаний. Они совершенно одинаковы. Представитель больницы зачитывает заключение, согласно которому психическое состояние стабильно, поведение упорядочено, пациент не нарушает режим отделения, помогает персоналу, не вступает конфликты и т.п. А затем встает прокурор (по голосу это молодая женщина) и произносит одну фразу: “В связи с тяжестью содеянного и недостаточно стойкой ремиссией считаю, что ходатайство больницы нужно отклонить”. И для судьи это является более веским основанием, чем то, что пациент давно не представляет опасности ни для себя, ни для окружающих, не склонен к совершению агрессивных действий, да и просто не сможет их совершить, у него есть взрослая dochь, которая готова о нем заботиться и т.п. Такая позиция судов напоминает их решения в отношении заключенных, которые могут быть освобождены от отбывания наказания в связи с тяжелой болезнью: врачи говорят, что заболевание входит в установленный правительством перечень, человек, возможно, находится в терминальной стадии заболевания, у него есть семья, которая будет

о нем заботиться и т.п., а суд отвечает, что “он не встал на путь исправления и потому не подлежит освобождению”. Мы знаем такой обвинительный уклон наших судов и по другим делам, и с этим трудно бороться, поскольку судейское сообщество очень закрыто и обычно не идет на диалог с гражданским обществом, но изменить ситуацию — наша общая задача.

С другой стороны, у психиатров нет четких критериев определения общественной опасности психически больного. Сейчас нет ни времени, ни возможности вдаваться в подробности, но по тем заключениям, которые мы получаем, можно сказать, что эксперты-психиатры выносят свое решение относительно возможности прекращения или, наоборот, продления принудительного лечения по очень разным основаниям. Кроме того, они часто намеренно продлевают сроки лечения, прогнозируя реакцию судов на их ходатайство об отмене принудительного лечения или переводе пациента на амбулаторное принудительное лечение. Эксперты также мотивируют длительные сроки лечения высоким процентом повторных поступлений пациентов (действительно, по меньшей мере, 25 % пациентов, находившихся на принудительном лечении, вновь совершают ОД и возвращаются в больницу). Но это замкнутый круг. Чем дольше пациент находится в стационаре, тем больше он дезадаптируется и тем труднее ему вернуться в семью и встроиться в социальную жизнь. Повторные правонарушения и, соответственно, попадания на принудительное лечение, связаны не с тем, что пациента “не долечили”, а с тем, что плохо работает амбулаторная служба, которая ограничивается контролем за состоянием психического состояния пациента и приемом лекарств, которые он часто плохо переносит. Она не стремится к установлению конструктивных отношений с пациентом, подбору той терапии, которая не будет мешать его нормальному функционированию вне стационара, не помогает ему восстановить социальные связи и вернуться к нормальной жизни в обществе.

Между тем, к выходу из стационарного учреждения нужно готовить. По крайней мере, за полгода до предполагаемой выписки необходимо начинать специальные занятия с психологами и социальными работниками, которые могут подготовить человека к возвращению в обычную жизнь. И одновременно нужно готовить семью к возвращению их больного родственника. Во-первых, далеко не всегда родственники хотят этого возвращения. Мы знаем случаи, когда они специально обращаются к врачам с просьбой держать человека подольше. Причины здесь могут быть самые разные: как опасения неадекватного поведения и агрессии, о которых они помнят, так и простые бытовые обстоятельства в виде недостатка жилого пространства в доме, появление новых членов семьи и т.п. К сожалению, высокий процент повтор-

ных поступлений на принудительное лечение, в значительной мере связан с внутрисемейными конфликтами, а порой с действиями родственников, намеренно провоцирующими больного человека на грубость и насилие. Даже в тех случаях, когда семья ждет своего родственника, хлопочет о его скорейшей выписке (обычно это родители, прежде всего, мамы), после первой радости начинаются проблемы: прошло много времени, обе стороны изменились, отношения нужно налаживать заново, человек должен найти свое место в этой жизни, не быть обузой для родственников, а это совсем не просто. Задача психиатрической службы — обеспечить наблюдение за психическим состоянием человека, подобрать соответствующее лечение, добиться доверительных отношений, чтобы пациент сотрудничал с врачом и выполнял его рекомендации. На деле обычно происходит совсем по-другому.

И наконец, велика роль социальных служб и некоммерческих организаций, которые должны взять на себя заботу о налаживании нормальной жизни пациента: при необходимости найти жилье, помочь овладеть востребованной профессией и устроиться на работу, выстроить конструктивные отношения с окружающими, найти свое место в жизни, научиться находить в жизни маленькие радости, почувствовать себя нужным и встроенным в жизнь общества.

Итак, что мы рекомендуем:

1. Сократить сроки принудительного лечения до минимально-необходимых: как только врачи диагностируют стойкую ремиссию, пациента нужно переводить на амбулаторное лечение. Длительное на-

хождение в условиях изоляции ведет к нарастанию дезадаптации, разрыву социальных и семейных связей, потере навыков социальной жизни.

2. Выработать четкие критерии определения общественной опасности пациента, которая требует его изоляции от общества и проведения принудительного лечения.

3. Объяснить судебному сообществу, что длительность принудительного стационарного лечения не должна зависеть от тяжести содеянного. Научные исследования показывают, что риск повторного насилия не зависит от тяжести ранее совершенного ОД, и соответственно, это не следует рассматривать в качестве показателя прогноза совершения повторных деяний.

4. Следует готовить и пациента, и его родственников к выписке, чтобы обеспечить максимально быстрое вхождение в обычную жизнь, восстановление трудовых и социальных навыков, реабилитацию и ресоциализацию человека.

5. Обеспечить такую работу амбулаторной психиатрической службы, которая бы способствовала появлению у пациента доверия к своему врачу, осознанию своей болезни и необходимости лечиться или, по крайней мере, наблюдаться у психиатра.

6. Поддерживать работу НКО, занимающихся сопровождением и поддержкой людей, выпавших из психиатрических стационаров и нуждающихся в реабилитации и ресоциализации, обеспечить их необходимыми средствами для осуществления этой работы.

ВНИМАНИЕ!

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

**Индекс — 73291
по каталогу Агентства «Роспечать»**

ХРОНИКА

Опять политика возобладала над медициной

Более полугода в СМИ ничего не было слышно об якутском шамане Александре Габышеве, который в 2019 г. организовал грандиозный поход на Москву, чтобы изгнать демона Путина. Пройдя за полгода 3000 км по тайге и встретив на своем пути множество сочувствующих, он был, в конце концов, задержан, доставлен в Улан-Удэ и освидетельствован психиатрами, которые рекомендовали признать его невменяемым и направить на принудительное лечение в психиатрический стационар специализированного типа. Однако, обвинение Габышеву так и не было предъявлено, с него взяли подпись о невыезде, и он спокойно проживал в окрестностях Улан-Удэ в доме своей сестры. Комиссия экспертов НПА России посетила тогда Габышева, который дал добровольное согласие на освидетельствование, и признала, что он не представляет опасности ни для себя, ни для окружающих. Адвокаты между тем подали жалобу в Европейский суд по правам человека на нарушение свободы передвижения и права на справедливый суд, а международная организация Amnestic International признала Габышева узником совести.

До мая 2020 г. все было тихо. Казалось, власти приняли мудрое решение оставить Габышева в покое, поскольку никакой опасности для себя и других лиц он не представляет, а помещение его на принудительное лечение в психиатрический стационар вызовет взрыв недовольства в Республике, где отношение к шаманам трепетно-уважительное, а Габышев пользуется несомненным авторитетом не только в Якутии, но и далеко за ее пределами.

На март 2020 г. Габышев планировал очередной поход на Москву, но решил его немного отложить из-за эпидемии коронавируса. Однако власти, судя по всему, встревожились и решили предпринять превентивные меры. В начале мая избушку, в которой проживал Габышев, штурмовал отряд бойцов ОМОН в касках и с огромными щитами, которым было приказано доставить шамана в местный ПИНД. Основанием для таких грубых действий стал отказ А. Габышева сдать пробы на коронавирус в связи с контактом с заболевшим. Такая настойчивость, с вызовом ОМОНа, уже выдавала спланированную акцию. Это подтвердил неожиданный для полицейских отказ врача приемного покоя ПИНД стационарировать Габышева в недобровольном порядке. Потребовалось — за стенами ПИНД — убеждение силовиков в их стиле. В результате, Габышев дал “добровольное информирование со-

гласие” на лечение в стационаре и сказал, что согласен побывать там какое-то время, пока “все не уляжется”.

Таким образом, шаман очередной раз подтвердил свой мирный настрой и отсутствие опасности, а власть — очередной раз показала свою сущность, поместив в закрытое учреждение явно безобидного человека, явно по политическим, а не медицинским основаниям, который подвергается там опасности заразиться коронавирусом и находится в ситуации серьезного ограничения своих прав, в связи с объявленным карантином. А в Республике ширится сочувственный резонанс в отношении Габышева, который только заостряется и укрепляется действиями властей.

Через 17 дней после стационаризации Габышев написал заявление с просьбой о выписке, однако был оставлен в стационаре, теперь уже по решению суда.

В разделе “Из досье эксперта” помещено заявление в суд главного врача Якутского ПИНД и заключение Ю. С. Савенко на это заявление и сопроводительные документы в суд, в том числе последнее решение комиссии ПИНД, которое противоположно ее же заключению недельной давности без всяких на то оснований, не считая очевидного для всех нажима сверху, подобно тому, как голословное заявление полиции в ПИНД оперировало бездоказательными доводами “угрожал огнестрельным оружием” (которое не было изъято и которого никогда в доме не было), “демонстративно размахивал мечом” и т.п., что является эквивалентом подбрасывания наркотиков, для беспрепятственности стационаризования. Но врач приемного покоя проявил достойный профессионализм и не нашел оснований для недобровольного стационаризования Габышева, что, однако, не спасло последнего от длительного лечения вопреки его воле.

Оптимизация продолжается

Уничтожение Московского института психиатрии за два года до его столетия — только часть идущих в стране процессов. Так, келейно решено ликвидировать даже знаменитый институт теоретической и экспериментальной физики с 75-летней историей. Для этого назначены силовики в отставке: директором генерал-майор МВД и замом — полковник ФСИН. Орган независимых ученых “Троицкий вариант — нау-

Хроника

ка” опубликовал в апреле отклики 22 ведущих сотрудников Института, в частности, на вопрос, какие чувства вызывает у них это решение. Помещаем отрывки.

- Абсурд, несмываемый позор; ничего, кроме чувства гадливости;дишую злобу; удивление и разочарование в способности высшего руководства понимать задачи и перспективы научных исследований, превалирование конъюнктурных интересов; чувство ненависти к малограмотным феодалам, захватившим власть в науке; предательство интересов нашей страны; горечь; идея ликвидации могла прийти в голову только врагу России; сбываются пророческие слова Грибоедова: “Я... вам фельдфебеля в Вольтеры дам, он в три шеренги вас построит, а пикните, так мигом успокоит...”.

Никто из авторов не скрыл свои имена, эпоха страха заканчивается.

Лицо нашего руководства

Эпидемия коронавируса обнажила плоды пресловутой реформы здравоохранения и аморализм руководства Минздрава и департаментов здравоохранения, по крайней мере, ретивых исполнителей реформы. Никто не последовал примеру А. Л. Кудрина, не отказался — вопреки естественному для медиков конфликта интересов — от исполнения преступных в глазах даже простых обывателей действий. Наивно винить министра Скворцову, реформа началась за 7 лет до нее, и сразу с прогноза, например, в “Новой газете” о неизбежных последствиях. Не случайно в советскую эпоху старые газеты отправлялись в спецхран. Скворцова показала себя чиновницей, а не врачом и автором свыше 600 научных трудов и самого высокого индекса Гирша, словно не понимая, что для крупного администратора это выглядит очень двусмысленно. Профессор В. Н. Краснов и я, приглашенные к ней на прием два года назад в связи с поглощением Центром им. В. П. Сербского Московского НИИ психиатрии, одного из национальных исторических центров отечественной психиатрии, были элементарно обмануты, как и весь коллектив Института, куда она приехала, неисполненными обещаниями. Анализ деятельности Скворцовой (“Новая газета”, № 50 от 18.05.2020, с. 8 – 9) на посту министра, а с января этого года руководителя Федерального медико-биологического агентства, которое занимается среди прочего “надзором и контролем в сфере оказания медицинской помощи” и организацией “санитарно-эпидемиологического благополучия” — изумляет.

В одном из интервью в эфире Первого канала она заявила, что ее Агентство создало новые аппараты, позволяющие проводить искусственную вентиляцию легких одновременно двум, а то и четырем пациентам, а бактерицидные фильтры — в отличие от зарубежных — обеспечивают 99,9-процентную защиту от вирусов, хотя широко известно, что такие посулы — признак мошенничества.

15 апреля 2020 г.

15.04.2020 — эта дата должна запечатлеться для всех, но прежде всего, в умах, памяти и образном воображении нашего чиновничества, силовиков и руководящих кадров как **грозное предупреждение**, как зримое воплощение солдафонского стиля управления, пронизавшего всю страну, т.е. одномерного мышления и механического безропотного исполнения любого, даже носорожьего, распоряжения сверху. Утро этого дня ознаменовалось, в разгар пандемии коронавируса, огромными очередями для входа в метро из-за предписанной проверки документов. Конечно, аналогичных примеров неисчислимое множество, но этот выделился своей очевидной для всех наглядностью. Для нас, как психиатров, это граничило бы с клиническим диагнозом дебильности, если бы не знание по опыту повседневной жизни, что помимо наследственного, врожденного и приобретенного интеллектуального снижения существуют его многочисленные, подчас неотличимые по своему результату эквиваленты, нередко сознательно культивируемые. В советскую пору 50-х годов в “Огоньке” печатался роман Лазаря Лагина “Патент АБ”, с фактически давно осуществленной коллизией: изобретением только физически ускоренного созревания детей, но не их легко внушаемой психики для службы в армии...

Последние годы все сталкиваются с солдафонским стилем на каждом шагу: от аптекарей, запуганных прокурорскими проверками, не выдающих лекарств по рецептам, где не зачеркнут один из сроков его действия и отсылающих обратно в поликлинику, до **доведения до суицида** онкобольных, которым не выписывались срочно аналгетики¹. Кто понес за это ответственность? Может быть, Скворцова? Может быть, кто-то из Департамента? Нет, к уголовной ответственности в течение 3 лет привлекалась врач, посмевшая по срочным показаниям выписать такой рецепт².

Стоило бы предписать обязательное наличие на столах чиновников фотографии очередей в метро в этот день, возводивших опасность заражения в разы.

¹ Как 66-летний контр-адмирал Вячеслав Апанасенко, возложивший ответственность в предсмертной записке на “Минздрав и правительство”. Только в Москве, только за 2014 – 15 гг., только ставших известными, кончили суицидами около 20 онкобольных.

² Врач с 50-летним стажем Алевтина Хориняк.

Венецианская комиссия проверит поправки к Конституции РФ

В начале марта этого года группа известных правозащитников, юристов, экспертов в области общественных науках и представителей демократической оппозиции, среди которых был и президент НПА России Ю. С. Савенко, инициировала открытое обращение к Совету Европы с просьбой о проведении срочной правовой экспертизы поправок к Конституции России и процедуры их принятия. 11 марта обращение было размещено на платформе Change.org и в течение одной недели собрало 100 тысяч подписей граждан, желающих выразить свою поддержку. Сейчас там — уже почти 210 тысяч подписей!

27 мая Комитет по мониторингу Парламентской ассамблеи Совета Европы рассмотрел на своем первом после перерыва заседании это обращение и принял решение запросить Венецианскую комиссию провести такую экспертизу.

Венецианская комиссия, официально Европейская комиссия за демократию через право — это консультативный орган по конституционному праву,

созданный при Совете Европы в 1990 году. Она уполномочена давать правовую оценку конституционных проектов стран-членов Совета Европы. Ее экспертные оценки носят рекомендательный характер, однако являются очень значимыми для международного сообщества, поскольку отражают “европейские стандарты” в области демократии.

Венецианская комиссия проверит изменения Конституции РФ на соответствие европейским и международным стандартам демократии и верховенства права, а также правовым обязательствам России в рамках Совета Европы. Конечно, мы узнаем об ее оценке уже после “всенародного голосования”, однако важно иметь эту оценку на будущее.

Мы расцениваем это как очередной успех гражданских активистов России. Российское гражданское общество еще раз показало, что оно не сдается и может добиваться успеха, несмотря на сложную ситуацию и давление властей.

Серия вебинаров по мониторингу прав пациентов

Как мы писали ранее, НПА России является одним из участников проекта “Предотвращение пыток и жестокого обращения в местах принудительного содержания людей с психическими расстройствами”, который выполняется в партнёрстве с Российской исследовательским центром по правам человека и Институтом прав человека.¹ Проект поддерживается Европейским Союзом. Он стал возможным благодаря внесению в 2018 году изменений в закон “Об общественном контроле”, позволивших членам общественных наблюдательных комиссий осуществлять контроль в отношении людей, к которым были применены принудительные меры медицинского характера, а также в отношении тех, кто был недобровольно госпитализирован или направлен на психиатрическое освидетельствование в недобровольном порядке.

Для членов ОНК это особенная задача, которая требует новых знаний, умений и навыков. Именно для обучения членов ОНК, создания и апробирования методики и инструментов мониторинга, психиатрических учреждений НПА и другие участники проекта

начали работу в конце 2019 года. Весной 2020 года проект должен был войти в фазу активного очного обучения членов ОНК различных регионов, но пандемия помешала этому плану осуществиться в первоначальном виде.

Тем не менее, участники проекта работу продолжили и перевели ее в онлайн формат. 27 апреля состоялась первая онлайн-встреча региональных координаторов (в проекте участвуют восемь регионов России) и организаторов проекта. Кроме того, на ней присутствовали члены региональных команд, например, от Санкт-Петербурга активное участие в обсуждении приняли представители аппарата Уполномоченного по правам человека в Санкт-Петербурге.

Участники встречи обсудили основные термины и понятия в сфере психиатрии, которыми члены ОНК будут оперировать при осуществлении мониторинга психиатрических учреждений; начали обсуждение методики мониторинга, определили темы для будущих встреч, ну и, наконец, познакомились и посмотрели друг на друга, впервые встретившись таким большим составом (на конференции присутствовали 13 человек). Такие встречи будут проходить регулярно до тех пор, пока работа по проекту не будет переведена в онлайн режим.

¹ Обе организации решением Министерства юстиции РФ внесены в реестр некоммерческих организаций, выполняющих функции иностранного агента, что мы расцениваем как признак эффективности их деятельности.

Л. Н. Виноградова

4, 11 и 18 мая состоялись еще три встречи, на которых команда проекта представила региональным координаторам и их помощникам инструментарий для проведения мониторинга разработанный экспертами проекта. Среди экспертов — ведущие юристы в области психиатрии и права, а также общественного контроля за соблюдением прав лиц с психическими расстройствами, — Юлия Николаевна Аргунова и Дмитрий Геннадьевич Бартенев, а также врач-психиатр и член ОНК Архангельской области Оксана Антоновна Гузенко.

Конечно, онлайн обсуждение не может заменить реальный семинар-тренинг, однако команда проекта пытается сделать все возможное, чтобы встречи проходили продуктивно: материалы заранее высылаются участникам обсуждений, на встречу приглашаются эксперты, которые могут дать пояснения по наиболее сложным вопросам, все предложения координаторов фиксируются и используются для дальнейшей коррекции инструментария.

Уже удалось обсудить вопросы, касающиеся условий содержания пациентов в медицинских организациях, которые в значительной мере являются общими и для стационаров, оказывающих психиатрическую помощь, и для экспертных отделений. Эта часть работы наблюдателей является наиболее понятной, поскольку члены ОНК имеют опыт подобного контроля в местах лишения свободы. А вот понять разницу между недобровольным и принудительным лечением оказалось довольно сложно. И то, и другое осуществляется помимо воли пациента, без его добровольного информированного согласия. Но если оказаться в психиатрической больнице в порядке недобровольной госпитализации может любой человек, страдающий психическим расстройством, в случае обострения болезни, то на принудительное лечение направляются только те люди, которые совершили уголовно-наказуемое деяние и были признаны невменяемыми. И в том, и в другом случае, однако, необходимо постановление суда. Общественные наблюдатели не могут и не должны вмешиваться в медицинские вопросы, но проверить наличие судебных решений, личное присутствие пациента в суде, возможность получения бесплатной юридической помощи и т.п. — их прямая обязанность. Много вопросов связано с контролем за соблюдением прав пациентов, находящихся в стационарах общего типа. Здесь можно встретить и недобровольно госпитализированных пациентов, и тех, кому суд назначил принудительное лечение в психиатрическом стационаре общего типа, но большая часть пациентов лечится на основе добровольного информированного согласия. Как отделить одних от других, если все они обычно находятся в одних и тех же отделениях, при этом многие “добровольно” госпитализированные, на самом деле вовсе не хотят получать психиатрическую помощь и не знают, как им выбраться из этого закрытого учреждения,

где практически все твои права остаются за дверью отделения. “Добровольность” здесь носит весьма относительный характер.

Но самое главное то, что все люди, находящиеся в стационарных психиатрических организациях, включая экспертные, являются пациентами и, соответственно, пользуются всеми правами пациентов, которые предусмотрены российским законодательством и, прежде всего, законом о психиатрической помощи. Сам по себе статус “недобровольно” или “принудительно” госпитализированного лица не лишает его возможности получать информацию о своем диагнозе и применяемых методах лечения, встречаться и беседовать по телефону с близкими, ежедневно бывать на свежем воздухе, вести переписку без цензуры, получать посылки и передачи и т.п. Некоторые ограничения этих прав возможны лишь на ограниченное время, в связи с особым состоянием пациента, в интересах здоровья или безопасности его самого и других людей. В то же время есть такие права (например, право на встречу с адвокатом), которые не могут быть ограничены ни при каких обстоятельствах.

25 мая состоялась 4-ая встреча координаторов проекта “Предотвращение пыток и жестокого обращения в местах принудительного содержания лиц с психическими расстройствами”. На этот раз в центре внимания были экспертные отделения, как “стражные”, так и “бесстражные”. Кого там можно встретить? Кого можно поместить на судебно-психиатрическую стационарную экспертизу без его согласия по уловному делу? В каких случаях допускается проведение СПЭ без согласия лица по гражданскому делу? Как быть, если в экспертное отделение попал человек еще до возбуждения уголовного дела и процессуально-правовое положение подэкспертного не определено? — Вот лишь несколько вопросов, которые обсуждались на встрече.

Эксперты рассказали участникам о различиях в условиях производства СПЭ в отношении лиц, содержащихся и не содержащихся под стражей, функциях охраны “стражных” отделений. Можно ли лечить подэкспертных? Что должен сделать руководитель отделения, если лицо, не содержащееся под стражей и не страдающее тяжелым психическим расстройством, совершает действия, угрожающие жизни и здоровью окружающих или дезорганизующие работу психиатрического стационара?

Не забыли и о том, что подэкспертные помимо своего процессуального положения (подозреваемый, обвиняемый, подсудимый, потерпевший) обладают статусом пациента. Однако такой статус, а соответственно и все права, регламентированные Законом о психиатрической помощи и ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации”, распространяются только на “бесстражных” подэкспертных. На тех, кто содержится в “стражных” отделениях распространяются нормы УПК РФ и Федерального зако-

на от 15 июля 1995 г. N 103-ФЗ “О содержании под стражей подозреваемых и обвиняемых в совершении преступлений”.

Наблюдатели не могут вмешиваться в экспертную деятельность, однако они могут проверить законность нахождения подэкспертного в экспертном отделении, сроки проведения экспертизы, возможность адвокатов присутствовать при проведении экспертного исследования, условия встреч подэкспертных с адвокатами и многое другое.

После проведения 4-х встреч, на которых обсуждался инструментарий для посещения психиатрических лечебных и экспертных учреждений, команда проекта “Предотвращение пыток и жестокого обращения в местах принудительного содержания людей с психическими расстройствами” планировала начать непосредственную практическую работу уже в первой половине июня 2020 г. Однако во многих больницах еще действует карантин, и посещения их членами ОНК крайне затруднены, а в некоторых регионах невозможны. Кроме того, хотя многие участники проекта имеют опыт посещения психиатрических больниц, но в основном это касается общего впечатления об условиях содержания, знакомства с правилами внутреннего распорядка и т.п.

В нашем проекте предполагается обязательное непосредственное общение с людьми, находящимися на недобровольном или принудительном лечении и в экспертных отделениях, прием жалоб и обращений, знакомство с медицинскими документами граждан с их согласия. Поэтому 5-ая встреча с координаторами

проекта и их мини-командами была посвящена “психиатрическому ликбезу”. Бывший главный врач психоневрологического диспансера со стационаром в г. Набережные Челны, а ныне врач-эксперт судебно-психиатрического отделения, автор замечательного двухтомного труда “Школа молодого психиатра” Исаак Михайлович Беккер познакомил участников встречи с общими характеристиками психиатрических отделений и видами существующих в них режимов, рассказал о главных отличиях душевного заболевания от всех иных болезней человека и особенностях общения с разными типами пациентов, остановился на технике безопасности в психиатрическом стационаре. Весь материал был изложен простым понятным языком, с множеством интересных примеров, и показал участникам, насколько важен при оценке тех или иных событий в психиатрических учреждениях контакт с врачами-психиатрами. Исаак Михайлович согласился и в дальнейшем консультировать участников проекта, отвечать на возникающие у них вопросы.

Вторая часть встречи была посвящена работе с документами: какой должна быть форма согласия на знакомство с медицинскими документами пациента, на что обращать внимание при изучении медицинской карты, какие журналы существуют в психиатрических учреждениях и какие из них могут быть полезны при проведении мониторинга.

Для начала практической работы все готово, осталось дождаться отмены карантинных мер.

Л. Н. Виноградова

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

14 – 17 October 2020, Bangkok, Thailand

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

Пятыи Абрамкинские чтения

Проблемы ресоциализации людей, освободившихся из мест лишения свободы и принудительного лечения

19 мая 2020 г. в режиме видеоконференции состоялись Пятыи Абрамкинские чтения, посвященные памяти бывшего члена Совета по правам человека Валерия Абрамкина.

Валерий Фёдорович Абрамкин (1946 – 2013) — российский общественный деятель, правозащитник, член Московской Хельсинкской группы, борец за права заключённых и гуманизацию системы исполнения наказаний. В значительной мере именно благодаря его усилиям удалось добиться реформирования российской пенитенциарной системы, уменьшения количества “тюремного населения”, изменения отношения к людям, оказавшимся за решёткой, и тем, кто по долгу службы обязан их охранять и также является жертвой этой системы. Его выдающейся заслугой была также борьба с “тюремным туберкулезом” в России.

После смерти Валерия Федоровича созданная им организация “Центр содействия реформе уголовного правосудия” ежегодно проводит 2-х дневные научно-практические конференции “Абрамкинские чтения”, собирая на них государственных и негосударственных правозащитников, юристов и адвокатов, представителей экспертного и научного сообщества. Эпидемия коронавируса внесла свои корректировки в обычные планы, двухдневную конференцию пришлось заменить на однодневную и перевести в онлайн-формат. Однако это не помешало сделать обсуждение как всегда интересным и эмоциональным, насыщенным новыми идеями и полезными предложениями.

Почти 60 человек на протяжении 6 часов обсуждали тему “Ресоциализация осужденных к лишению свободы: осмысление практик, опыт и проблемы чрезвычайной ситуации 2020 года”. В обсуждении участвовали и региональные уполномоченные по правам человека, и сотрудники аппарата федерального уполномоченного, и представители НКО, занимающиеся помощью заключенным и освободившимся из мест лишения свободы, и представители

научных и учебных учреждений, и бывшие заключённые, которые могли поделиться собственным опытом нахождения в пенитенциарной системе и выхода из нее. Участникам заранее объяснили, что выступления должны носить проблемный характер, не походить на рассказ о проделанной работе или отчет по президентскому или иному гранту, а намечать существующие проблемы и предлагать пути их решения. И надо сказать, что большинство выступающих справились с поставленной задачей, что сделало обсуждение глубоким и насыщенным. А зарубежные коллеги поделились опытом ресоциализации освободившихся из заключения в их странах (Испания, Финляндия, Эстония и др.), который может быть использован в процессе реформирования пенитенциарной системы, организации системы ресоциализации и возможного создания службы пробации, о которой уже много лет говорят правозащитники.

Независимая психиатрическая ассоциация России давно сотрудничает с организациями, помогающими улучшить работу уголовно-исполнительной системы, поскольку полагает, что нормальные условия в местах лишения свободы — один из важных факторов укрепления психического здоровья населения. Участие в обсуждении заявленной темы показало значительную общность в положении заключенных и лиц с психическими расстройствами, находящихся на принудительном лечении, необходимость в обоих случаях готовить людей к выходу из мест принудительного содержания и обязательного сопровождения в первые несколько месяцев. НКО, работающие с заключенными, продвинулись в этом направлении гораздо дальше, чем организации, помогающие людям с психическими расстройствами, и их опыт может быть использован для разработки системы поддержки тех, кто выходит из психиатрических больниц после много летней изоляции от внешнего мира.

В разделе “Из практики” опубликовано выступление исполнительного директора НПА России Л. Н. Виноградовой на Абрамкинских чтениях.

ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ТВОРЧЕСТВО

К 100-летию великой поэмы Переца Маркиша (1895 – 1952)



Кто черный катафалк мне к ночи приготовит?
Где погребальных кляч в упряжку я найду?
Смогу ли променять мой ветхий могендовид
На пятикрылую военную звезду?

Перец Маркиш.

Из поэмы “Последний” (1924)

Перец Маркеш, еврейский поэт, романист и драматург на идиш — языке, почти все носители которого уничтожены в Холокост — родился в семье портного на Волыне (Хмельницкая область), с 17 лет писал стихи на русском языке, а после ранения на фронте Первой мировой войны и революции 1917 г. — на идиш. И уже с 1918 г. — в первом ряду еврейских поэтов. После потрясения еврейскими погромами в гражданскую войну всеми многочисленными сторонами в Украине, когда было вырезано 300 тысяч евреев (как в Хмельницчину), что и послужило созданию поэмы, выехал в 1921 г. в Польшу, а затем жил в Берлине, Париже, Лондоне, Риме. В 1924 г. создал выдающуюся поэму “Последний” — трагический взгляд на судьбу “Вечного жида” (есть в Википедии в пер. Павла Антокольского). В 1926 г. вернулся в Россию. Писал стихи, поэмы, пьесы, прозу. Входил в руководство Союза писателей. В 1939 г. получил орден Ленина, в 1942 вступил в члены ВКП(б). Предлагал еврейскую автономию на территории бывшей АССР Немцев Поволжья. В январе 1949 г. арестован в числе членов руководства еврейского антифашистского комитета и после пыток, истязаний и тайного суда в августе 1952 г. расстрелян.

Из предисловия переводчика Ханоха Дащевского¹

Резня в местечке Городище на Украине произошла накануне Судного дня 1920 года, и убитые евреи остались непогребёнными. Несколько сот трупов свезли на площадь и свалили в большую груду напротив монастыря... Обитатели местечка умерли, как и жили: безо всякого смысла. Зарезали их, как режут скот: они не сопротивлялись.

Такой взгляд на судьбу соплеменников проявился уже у Бялика, в его “Сказании о погроме”, написанном в 1904 году — за шестнадцать лет до поэмы Переца Маркиша: *Зачем, во имя чьё вы пали — смерть без смысла, как жизнь, как ваша жизнь без смысла прожита*². Так же смотрели на кровавые погромы, происходившие в годы Гражданской войны, молодые евреи самых разных политических взглядов и пристрастий.

¹ Из еврейской поэзии. Перевод Ханоха Дащевского. — Водолей. М., 2016. В предисловии выражена глубокая благодарность руководителю сайта “Век перевода” Евгению Витковскому.

² Перевод В. Жаботинского.

Поэма “Куча”

Поэма Маркиша не из того ряда, когда за кровавой вакханалией грядёт Искупление и новый рассвет. “Куча” — о резне, в которой жертва не в состоянии сопротивляться. И в этом заключена ужасающая бanalность погромов — и в Средневековье, и в хмельнитчину, и в Гражданскую войну, и в нацистских лагерях смерти. Нескончаемый плач, боль и тоска.

Сумрачный плач самого Маркиша.

Верните заповеди Богу на Синай... Что принесли еврейскому народу преданность традиции и вера, если посреди майдана возвышается новый храм — Куча? Массовое жертвоприношение. Заклание, подобное языческим оргиям. И огороженный забором шатёр под чёрным флагом; так огораживают зачумленное жилище.

Уже Хаим Нахман Бялик в своем “Сказании о погроме” бичевал еврейское малодушие, но Перец Маркиш, предельно заостряя тему пассивности жертв, в отличие от своего предшественника, зовет к мести. И если Бялик писал: “Мести нет — слишком страшны страданья”, то Маркиш видел это иначе: За кровь твою уже вбиваю я свой гвоздь железный в крышу колокольни.

Поэта обвиняли в кощунстве: он вставлял в свои строфы цитаты из молитв, подчёркивая несоответствие религиозных постулатов кровавой действительности. Но молодое литературное поколение, поэтический авангард, настроенный так же, как и Маркиш, бунтарскую поэму приняло с восторгом: пришло время открывать новые пути и в поэзии и в жизни.

Изо всех ранних поэм Переца Маркиша лишь “Куча” никогда не переводилась на русский язык и не публиковалась: после возвращения поэта из эмиграции в 1926 году Советский Союз уже не был той культурной площадкой, на которой мятежной поэме нашлось бы место. Почти на сто лет она была забыта, но пришло время представить русскому читателю эту чёрную, страшную, такую важную для всего творчества Переца Маркиша поэму.

Поэма “Куча” (1920)

(начало и концовка поэмы)

Вам, жертвы Украины, чья земля насыщена
вашими останками, и вам, сваленным в кучу
в mestечке Городище на Днепре,
Кадии!..

* * *

Нет! Не лижи их плоть, оплывший небосвод!
Не слизывай с их ртов смердящий чёрный дёготь!
А... тесто хочешь ты кровавое потрогать?!
Блевотину?! Не тронь! Земля её возьмёт.
Прочь! Пахнет от меня! Откуда этот смрад?
Отцы и братья здесь, и дочери и внуки —
весь городок! Царапают их руки,
шевелятся... Скорее прочь! Назад!

Вся Куча доверху — зловонное тряпье!
Бери, что хочешь, вихрь, на память из неё!
А монастырь сидит, как хорь над кровью птичей...
Эй, жирный небосвод! Возьми себе обычай
их белый китл³ носить — и будешь свят и скромен!
Омен!

* * *

К мёртвым я приду однажды,
в пору крови, в пору мёда;
созерцатель мёртвых, сам я
голубей ищу из детства,
голубей в зловонной Куче.

Это жребий мой подвешен
на луне подслеповатой:
свет неясный над пустыми
вспоротыми животами,
над предутренним затишьем.

А во мне местечко дремлет,
и мерцаet в сердце детство
с угловатыми плечами...
Вот и козочка белеет
на рассвете у порога...

О, мои слепые предки!
Сколько мне ещё скитаться
по неверным вашим тропам
и терзаться вечным страхом
под ногой увидеть бездну?!

Расступитесь шире, дали,
на пути к Днепру от Нила!
Ты, чьи выколоты очи,
боевым наполнись жаром
и ярмо сломай на шее!
Богатырь, Самсон незрячий,
отрасти же снова кудри!
Дрожь уйми в руках окрепших
и, как древние колонны,
руши опоры мирозданья!..

* * *
• • • • • • • • • • • • • • • • • • • • •

* * *

Кто сдаст мне, бездомному, угол внаём —
бродяге, тропою идущему зыбкой?
С тоской mestечковой, со сломанной скрипкой,
с котомкой проклятий входящему в дом.
О, вырвать бы Кучу из мёрзлой земли!
Одеть её в саван — и с богом! На плечи

³ Белый праздничный халат, одежда религиозных евреев в Йом Кипур — день искупления, покаяния и поста.

К 100-летию великой поэмы Переца Маркиша

взвалить и бежать вместе с нею далече,
бежать и бежать, спотыкаясь в пыли!
Бежать без оглядки, покинув Содом,
на землю излить свою горечь, как семя,
и выть по-шакальи, и клясть своё племя,
смеясь, как безумный, оскаленным ртом!
Глазами упавшего в мыле коня
водить во все стороны, брызгать слюною:
“Расправьтесь со мною, расправьтесь со мною!
Камнями, камнями побейте меня!..”
Ночами я вижу во сне звездопады,
и тысячи звёздочек в клювах у птиц.
Кто их украдёт, как бесценные клады,
кто спрячет на дне потаённых криниц?
Звезда, ты по небу летиши, пламенея,
на талом снегу свой печатаешь знак!
Гори на раскрытой груди, как камея,
пытай, словно кровью окрашенный флаг!

* * *

Ковш с молоком луна разбила невзначай.
Не бойся, чёрный кот, шаг услыхав могучий —
я возвестить пришёл указ царицы Кучи:
“Верните заповеди богу на Синай!..”
Ты хочешь закурить? — Зловонный пар вдыхай!
Не от вина пьяней — пьяней от чёрной крови!
Так Куча говорит в своём последнем слове:
“Верните заповеди богу на Синай!”
А с неба заклинает птичий крик,
как свиток огненный становится язык,
и звёздная блестит на голове корона...
На блюде неба — толстая ворона.
Молиться, Куча, в полночь начинай,
И сплюнь кровавой пеной на Синай!..

* * *

Над праздником, над пёстрой мишурой,
в кровавом нимбе образ Саваофа;

о, Кучा, ты, как новая Голгофа,
облезлой подымашься горой...

За много вёрст со всех сторон видна,
в mestечке, где убито всё живое,
где только тощий пёс остался, воя,
среди майдана ты пригвождена.

Подсвечников и кубков серебром
торгуют монастырские святые,
и побрякушки копят золотые,
и, как старьёвщики, всю рухлядь ташат в дом.

Бурдюк дырявый, грязный тюк белья,
подброшен ты к порогу богомольни!
За кровь твою уже вбиваю я
свой гвоздь железный в крышу колокольни!

Раскроет небо опалённый рот,
и Магдалина будет бледной тенью
над трупами молиться на восход
и каяться, взывая к Искуплению!..

* * *

Нет! Не касайся, туча, их бород!
Не слизывай с их губ смердящий чёрный дёготь!
А... Тесто хочешь ты кровавое потрогать?!

Блевотину?! Не тронь! Земля её возьмёт!

Прочь! Пахнет от меня! Откуда этот смрад?
Отцы и братья здесь, и дочери и внуки —
весь городок! Царапают их руки,
шевелятся... Скорее прочь! Назад!

Вся Куча доверху — мешок с гнилым тряпьём!
Хватило места всем, все уместились в нём,
все, чей оборван вопль на полуслове!..

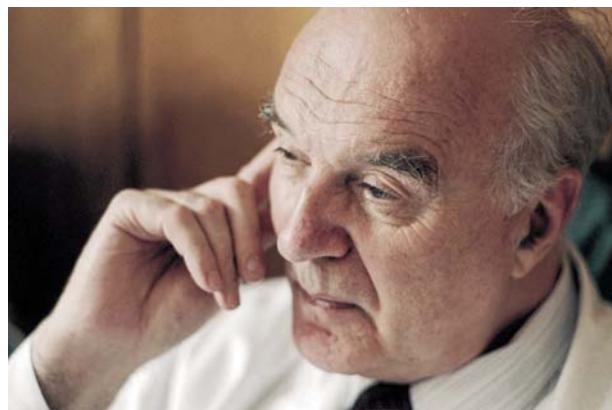
А монастырь сидит, как хорь, напившись крови,
и свод небесный млеет, сыт и тёмен...
Омен!

1920

НЕКРОЛОГИ

Андрей Иванович Воробьев

01.11.1928 – 15.06.2020



Ушел из жизни Великий Медик, ни в чем не уступающий самым выдающимся классикам прошлого. Можно удивляться и радоваться, что даже костоломные жернова преступных режимов не в состоянии перемолоть всех достойных. Его родители — революционеры-большевики с дореволюционным стажем — Иван Иванович и Мирра Самуиловна — попали в них. Расстрел отца, тоже врача, в 1936 г., и отрыв от матери, ученого-биолога, 20 лет проведшей в лагерях, детский дом в Пермском крае, где он провел школьные годы, не сломили его.

Он стал выдающим врачом и ученым, преемником с 1971 г. выдающегося терапевта И. А. Кассирского (по его завещанию), на кафедре которого работал с 1956 г., и сумел выдвинуть отечественную онкогематологию по ряду важнейших позиций на первое место в мире, добившись излечения 80 % некоторых опухолей лимфатической системы, разработав новый метод профилактики нейролейкемии и опередив американцев в изучении и лечении лучевой болезни, опираясь на свою работу в 1960-х годах в Институте биофизики, участие в семинаре И. М. Гельфанды и подобраный талантливый коллектив.

Академик РАМН (1987) и РАН (2000), главный редактор журнала “Гематология и трансфузиология”, 24 года директор и организатор Гематологического научного центра (1987 – 2011), создатель выдающейся школы отечественных гематологов, выдающийся преподаватель на кафедре гематологии и интенсивной терапии ЦИУ (с 1971 г.) и в собственном центре, куда приходила слушать его молодежь, более 30 лет

председатель Московского общества терапевтов, главный терапевт Главмедупра и т.д.

Он был выдающийся Гражданин и Гуманист. В 1986 г. инициатор создания и член правительенной комиссии по аварии на Чернобыльской АС, потом были Армения, Норд-Ост, Беслан, и везде он был высоко востребованным и вносившим достойную ноту в происходящее. В 1990 – 1991 гг. — народный депутат СССР. Он называл себя “насквозь советским человеком”, буквально понимая и принимая жизнеутверждающую советскую идеологию, зная и понимая, что прячется за этой маской.

Первый министр здравоохранения новой России (14.11.1991 — 23.10.1992, и.о. до 23.12.1992), впервые с 1917 г. воскресил “Обещание врача России”, одну из первоочередных задач он видел в устраниении пыток и переводе тюремной медицины (а наши тюрьмы — рассадник резистентных форм туберкулеза, которого боятся во всем мире) из системы МВД в Минздрав и ценой огромных усилий провел закон об этом через Совет Министров, но в конце декабря, на следующий день после получения последней визы, кабинет министров был распущен, и закон не был опубликован. Но никто из его преемников не озабочился этим. Некоторое время спустя тюремное здравоохранение из МВД передали в Минюст, что “позволяет прокурорам и следователям отстранять независимых от тюремной администрации врачей от наблюдения за здоровьем заключенных, ... это сделало возможным и “дело Магнитского””. Андрей Иванович добился Указа 26.09.1992 г., который спас высокотехнологическую

медицинскую помощь в годы финансового бедствия, сохранив систему здравоохранения, научные кадры и приоритетные направления развития. Невозможно перечислить, сколько замечательных дел он сделал на посту министра в течение менее одного года, встречая тихий саботаж аппарата. Он помогал узникам ГУЛАГа и их семьям в годы перестройки и в 2019 г. в возрасте за 90 лет написал письмо Президенту, поддержанное десятками ученых РАН, в связи с подбрасыванием наркотиков журналисту Ивану Голунову, о необходимости пересмотра всех приговоров по делам о наркотиках для выявления подобных провокаций. Он боролся за отмену смертной казни, возрождения сталинизма, клерикализации общества и образования, лживых обвинений “Свидетелей Иеговы”, полицейских в больницах...

В Интернете есть голосовые интервью с ним, и мы можем всегда услышать его голос, его бесстрашное обозначение вещей своими именами без ставших при-

вычными лжи и фиглярничания. Мы не дублируем своих воспоминаний о нем к его 90-летию¹.

Есть нечто символическое в том, что первым министром здравоохранения России, стряхнувшей с себя очередное иго, был такой человек, как Андрей Иванович Воробьев. Это было настолько обнадеживающим и вдохновляющим, что эти чувства до сих пор свежи в памяти, контрастируя с последующим нарастающе деструктивным курсом его преемников, предавших свое дело и приведших к позорной деградации государственной службы здравоохранения под фальшиво звучащим именованием “оптимизации”.

Андрей Иванович навсегда останется примером для всех нас, каким должен и может быть врач и учений, вопреки, казалось бы, непреодолимым препятствиям. Мы всегда сможем увидеть его одухотворённое лицо, услышать его голос — голос человека, увлекающего примером Пирогова, Гааза и своим собственным.

¹ Свидетельства сына А.И. — проф. Павла Воробьева, его близкого сотрудника Никиты Шкловского, сокурсника — С. С. Гурвица, интервьюеров “Новой газеты” (2018, № 122, с. 20; 2020, № 62, с. 22), неоднократных личных бесед с 1991 г. (НПЖ, 2018, 4, с. 5)

Умер правозащитник и гражданский активист Сергей Мохнаткин



Сергей Евгеньевич Мохнаткин пришел в правозащитное движение, можно сказать, случайно, в связи с обостренным неприятием всякой несправедливости и готовностью помочь, не останавливаясь ни перед чем.

Родившись в семье музыкантов, он не захотел идти по стопам родителей и получил два высших образования: закончил Ижевский механический институт по специальности программист и одновременно с отличием Вечерний университет марксизма-ленинизма по специальности международные отношения. Третий ВУЗ — Тюменский индустриальный институт, в котором он обучался в связи с работой на нефтяном месторождении на Крайнем Севере, он не закончил, уйдя с пятого курса. Его трудовая деятельность была разнообразной: он работал корреспондентом региональных СМИ, участвовал во внешнеэкономической деятельности, создав несколько предприятий за рубежом, был соучредителем Удмуртской торгово-промышленной палаты. С 2002 года жил в Москве, участвовал в акциях протеста. В 2009 г. Сергей Мохнаткин шел в магазин и увидел, как на Триумфальной площади силовики грубо избивают женщину, участников в протестных акциях. Мохнаткин не мог пройти мимо, вступил за нее, был обвинен в сопротивлении представителям власти и оказался за решеткой. С этого времени начинается новый этап его жизни — активная правозащитная деятельность.

За решёткой он отстаивал права свои и других заключённых, выступал против тяжёлых условий содержания, отсутствия необходимого лечения, объявлял голодовку, протестуя против условий содержания и неоказания ему медицинской помощи.

С 2012 года Мохнаткин — руководитель Тверского регионального отделения движения “За права че-

ловека”, эксперт этого движения по вопросам защиты прав заключённых, автор статей в блоге радиостанции “Эхо Москвы” и ряда интернет-изданий. В 2013 году в качестве общественного защитника участвовал в процессах по “Болотному делу” и некоторых других. Лауреат международной премии Московской Хельсинкской группы “За мужество, проявленное в защите прав человека”.

31 декабря 2013 года, ровно через 4 года после первого ареста, Мохнаткин был вновь задержан на Триумфальной площади в Москве, где находился в качестве специального корреспондента газеты “За права человека”. Был осужден на 4 года 6 месяцев лишения свободы в колонии строгого режима по обвинению в насильственных действиях по отношению к представителю власти. Будучи в заключении, он не раз жаловался на пытки, рассказал, что в колонии сотрудники ФСИН весной 16-го года сломали ему позвоночник после отказа от принудительного перевода в СИЗО. В тюремном ведомстве это отрицали. На свободу Мохнаткин вышел только полтора года назад.

Все время, которое он провел на свободе, он отважно сражался с системой, которая сама порождает протест неравнодушных к произволу: выступал общественным защитником в судах, публиковал свои заметки в региональной и федеральной прессе, участвовал в акциях протesta и правозащитных конференциях. Он понимал, что это неравная борьба, но не мог остановиться.

В последние несколько месяцев, уже тяжело больной, с палочкой, он неоднократно появлялся в нашем офисе: всегда аккуратно одетый, подтянутый, несмотря на проблемы со здоровьем, с неизменным маленьким подарком, и всегда с просьбой о помощи другим людям. Он не мог терпеть малейшую несправедливость и отважно бросался на защиту людей, права которых, по его мнению, были нарушены, даже если сами они были не готовы бороться. Его называли Дон Кихотом правозащитного движения.

Ему было 66 лет, он мечтал получить юридическое образование, чтобы профессионально защищать людей в суде. Он умер от тяжелой болезни, возникшей после перелома позвоночника, полученного им в учреждении ФСИН. Никто не был наказан, но государство несет за это прямую ответственность. Можно сказать, что его убили...

Светлая ему память. Такие люди вселяют надежду на лучшее будущее.

Л. Н. Виноградова, Ю. С. Савенко

РЕКОМЕНДАЦИИ

Фуллер Стив. Кун против Поппера. Борьба за душу науки. — М., 2020

Пастухов Владимир. Понятийная Конституция. Альтернативный конституционный проект — М., 2020

Икеда Дайсаку. Буддизм как философия жизни. — СПб., 2020

Миллер Джейффири. Соблазняющий разум. — М., 2020

* * *

Детство в европейских автобиографиях (антология) — СПб., 2019

Харрингтон Джузэл. Праведный палач. Жизнь, смерть, честь и позор в XVI веке. — М., 2020

Кереньи Карл. Исследование лабиринта. — СПб., 2020

* * *

Ференци Шандор. Клинический дневник. — М., 2020

Уоллес Дэвид Фостер. Короткие интервью с подонками. — М., 2020

Джонсон Стивен. Карта призраков. — М., 2020

Шайден Вальтер. Великий уравнитель. — М., 2019

Шестова О., Иноземцев Л. 30 нобелевских премий. Открытия, изменившие медицину. — М., 2020

* * *

Политическая полиция Российской империи между реформами от В. К. Плеве до В. Ф. Джунковского (документы). — М.-СПб., 2020

Глава Правитељства в сатирической графике 1905 – 1906 гг. — М., 2020

Чудакова М. С. В борьбе за правое дело. На страже российской государственности. — Ярославль, 2019

Макутчев А. В. Приговор окончательный, обжалованию не подлежит. Революционные трибуналы в СССР в годы гражданской войны. — М., 2020

Быстрова И. В. Ленд-лиз для СССР 1941 – 1945 гг. — М., 2019

Архипова А., Кирзюк А. Опасные советские вещи. — М., 2020

* * *

Кандинский Василий. О духовности в искусстве. В 2-х томах. — М., 2020

Карец П. Густав Климт. — М., 2020

Эпштейн А. Д. Сюрреализм после Холокоста. Искусство выразить невыразимое. — М., 2020

Художники восточно-европейской diáspory. — М.-Иерусалим, 2019

Гейзер Матвей. Михоэлс. — М., 2018

Мир искусства Юрия Роста. — М., 2019

* * *

Седакова Ольга. Перевести Данте. — СПб., 2020

Домбровский Юрий. Смуглая леди. — М., 2019

Фаллада Ханс. Кошмар в Берлине. — М., 2019

Этвуд Margaret. Рассказ служанки. — М., 2019

Ереи и жиды в русской классике. — М., 2020

Коржавин Наум. Жизнь моя, Россия... — М., 2019

Лимонов Эдуард. Палач. — Питер, 2019

ABSTRACTS

Inability to grieve at a maniacal syndrome as a diagnostic criterion of phase mania

B. V. Voronkov (St. Petersburg)

It is proposed and justified as pathognomonic, and not an ordinary sign of psychotic mania, inability to grieve.

Keywords: manic syndrome, phase mania, psychotic mania, pathognomonic symptom.

To the theory of psychiatry. Going forward, you need to constantly look back. Part 4

Yu. S. Savenko

In this fourth part of the work, the author points out the absence of a sharp distinction between theory and method in psychiatry and, therefore, the need to talk about a theoretical and methodological scientific approach at different levels of consideration in the indicated boundary conditions. Typical errors that devalue the results of scientific research in psychiatry are emphasized.

Keywords: subject of psychiatry, method of psychiatry, relationships between subject and method, types of isomorphism and psychiatry, metaphorical language in psychiatry, basic errors in psychiatry, scientific nature in psychiatry.

The ratio of the use of high technology in the treatment of strokes and dementia. Observe case

I. M. Becker (Naberezhnye Chelny)

The article analyzes the correlation and growth dynamics of surgical, highly functional treatment of strokes and the increase in morbidity, initial detection and hospitalization of patients with vascular dementia in a psychiatric hospital. It has been revealed that with the expansion of the provision of highly functional care for strokes, along with a decrease in mortality and an increase in the survival rate of patients with severe brain damage, the number of patients with developing dementia and attempts to hospitalize them in a psychiatric hospital is quite natural. To date, social assistance either does not exist or is in its infancy, and they fill psychiatric departments, which leads to destabilization of the service because of the lack of a sufficient number of beds, prior optimization and centralization of service, the abolition of inter-district psychiatric departments.

Keywords: highly functional care, vascular dementia, bed optimization, hospitalization, social assistance.

A modern view of transgender and the diagnosis of gender dysphoria

A. Yu. German, I. V. Kirillov (Barnaul)

This review describes the features of epidemiology and the structure of transgender as well as a new theory of

the development of gender dysphoria based on changes in processes in neural networks as a result of atypical sexual differentiation of the brain. The differences in diagnostic approaches of the American Classification of Mental Disorders (DSM-5) and ICD-11 considering gender identity violations in different categories are examined.

Keywords: gender dysphoria, transgender, sexual health, transgender.

Does the lawyer always have the right to appeal recognition of his client as legally incompetent?

Yu. N. Argunova

The Decision of the Constitutional Court of the Russian Federation of January 21, 2020 No. 3-P is considered, in which the constitutional legal meaning of the provision of Article 54 of the Code of Civil Procedure of the Russian Federation is revealed in conjunction with the provision of part 3 of article 284 of the Code of Civil Procedure of the Russian Federation. It is recognized that the court cannot refuse to consider the merits of the lawyer's complaints aimed at challenging the court's decision to declare the citizen legally incompetent, on the grounds of the lawyer's absence of a power of attorney issued by that citizen stipulating his authority to appeal the court decision, if it follows from specific circumstances that the lawyer acts in the interests and at the behest of this citizen.

Keywords: appeal of a court decision recognizing a citizen as legally incompetent.

“Genius loci” psychiatry

E. B. Lyubov

A number of scientific and practical issues were shown and discussed in this review, namely, the diversity (continuum) of travelers mental illness (from depression to psychoses) on the example of so-called Jerusalem, Paris syndromes, and Florentine fever et cetera, ambiguous relationship with altered states of self-consciousness within the framework of religious-mystical states and in the framework of the model “stress-diathesis”, general and special in the clinical picture and clinical and social consequences including aggressive and suicidal behavior, as well as the place in ICD-10, importance and effectiveness of integrated treatment (i.e., biopsychosocial, spiritual) treatment in historical and cultural perspectives, using scientific and documentary, fictional and non-fictional (self-reports) data.

Keywords: traveler's mental illness, altered states of self-consciousness, religious-mystical states, “stress-diathesis” model, integrated treatment.