

ISSN 1028-8554

НЕЗАВИСИМАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ АССОЦИАЦИЯ РОССИИ
INDEPENDENT PSYCHIATRIC ASSOCIATION OF RUSSIA

**НЕЗАВИСИМЫЙ
ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ**

**INDEPENDENT
PSYCHIATRIC
JOURNAL**

**ВЕСТНИК НПА
IPA HERALD**

III

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 1/8.
Бумага типографская офсет № 1. Гарнитура “Таймс”. Печать офсетная.
Заказ № 2020-3-ИРА.

Цена свободная

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

© НПА России, 2020

СОДЕРЖАНИЕ

100-летие концепции синдромальных регистров Эмиля Крепелина	5	
100-летие публикации философских оснований психиатрии	6	
80-летие выдающегося вклада Артура Кронфельда в синдромологию	7	
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ		
К теории психиатрии. Идя вперед, нужно постоянно оглядываться назад. Часть 5 — Ю. С. Савенко	9	
Титулярный советник Голядкин и синдром субъективных двойников — С. В. Мотов, В. В. Мотов.	16	
КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ		
Можно ли квалифицировать бредаподобные фантазии без поведенческих проявлений как психоз? — А. А. Шмилович, Л. А. Чинова	22	
ПСИХИАТРИЯ И ПРАВО		
Право пациента на получение копий медицинских документов — Ю. Н. Аргунова	45	
ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА		
Шамана вылечили?	51	
Лингвистическая экспертиза заменила судебно-психиатрическую в деле Юрия Дмитриева	52	
ОТКЛИКИ, ОБСУЖДЕНИЯ, РЕЦЕНЗИИ		
Отклик на статью Б. В. Воронкова “Неомрачаемость при маниакальном синдроме...” — И. М. Беккер (Набережные Челны)	55	
Психиатрия гения места (часть 2) — Е. Б. Любов	56	
Второе издание “Истории отечественной психиатрии” Ю. А. Александровского — Ю. С. Савенко	65	
О сносе памятников и переименовании диагнозов в медицине и психиатрии — Н. А. Зорин	70	
ДОКУМЕНТЫ ВРЕМЕНИ		
30 лет назад: “С пирамидой власти покончено”	75	
ИСТОРИЯ, ВОСПОМИНАНИЯ		
Мой путь в психиатрии — Б. Н. Пивень (Барнаул)	77	
ИЗ ПРАКТИКИ		
Коронавирус в США: наблюдение психиатра — Юлий Фрадкин (Нью-Йорк, США)	85	
Клинический сюрреализм или сверхреализм? Пробный очерк психиатрии коронавируса — Марк Лейнгольд (Нью-Йорк, США)	87	
ХРОНИКА		
Открытое письмо Белорусской психиатрической ассоциации	89	
Отравление Алексея Навального — запретная версия	90	
Очередное разоблачение	90	
Основы работы ОНК по контролю психиатрических больниц и экспертных учреждений	91	
Профессиональное сообщество против дискриминации ЛГБТ	93	
ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ТВОРЧЕСТВО		
Бертольд Брехт. 3 стихотворения: Германия. Из хрестоматии горожанина. Решение	95	
НЕКРОЛОГ		
Цезарь Петрович Короленко	97	
РЕКОМЕНДАЦИИ		99
АННОТАЦИИ		100

CONTENT

100th anniversary of Emil Kraepelin concept of syndrome registries	5
100th anniversary of the publication of the philosophical foundations of psychiatry	6
80th anniversary of Arthur Kronfeld’s outstanding contribution to syndromology	7
URGENT PROBLEMS OF PSYCHIATRY	
To the theory of psychiatry. Going forward, you need to constantly look back. Part 5	
— Yu. S. Savenko	9
Titular Councilor Goliadkin and Syndrome of Subjective Doubles	
— S. V. Motov, V. V. Motov	16
DISCUSSION OF A CLINICAL CASE	
Is it possible to qualify delusional fantasies without behavioral manifestations as psychosis?	
— A. A. Shmilovich, L. A. Chizhova	22
PSYCHIATRY AND LAW	
Patient’s right to receive copies of medical documents — Yu. N. Argunova	45
FROM THE EXPERT’S DOSIE	
Has the Shaman been cured?	51
Linguistic examination has replaced forensic psychiatric examination	
in the case of Yuri Dmitriev	52
COMMENTS, DISCUSSIONS, REVIEWS	
Response to the article by B. V. Voronkov “Inability to grieve at a maniacal syndrome...”	
— I. M. Bekker (Naberezhnye Chelny)	55
“Genius loci” psychiatry (part 2) — E. B. Lyubov	56
The second edition of the “History of Russian Psychiatry” by Yu. A. Aleksandrovsky	
— Yu. S. Savenko	65
Demolition of monuments and renaming of diagnoses in medicine and psychiatry — N. A. Zorin	70
DOCUMENTS OF EPOCH	
30 years ago: “The Pyramid of Power is Done”	75
HISTORY	
My path in psychiatry — B. N. Piven (Barnaul).	77
FROM PRACTICE	
Coronavirus in the USA: psychiatrist observation — Julius Fradkin (New York, USA)	85
Clinical surrealism or superrealism? Pilot essay on Coronavirus psychiatry	
— Mark Leingold (New York, USA).	87
CHRONICLE	
Open letter to the Belarusian Psychiatric Association	89
Poisoning of Alexei Navalny — forbidden version	90
Another exposure.	90
Fundamentals of PMC work on the control of psychiatric hospitals and expert institutions	91
Professional community against discrimination of LGBT people	93
PSYCHOPATOLOGY AND CREATIVINESS	
Berthold Brecht. Three poems: Germany. From the reader of the citizen. Decision	95
OBITUARY	
Caesar Petrovich Korolenko	97
RECOMMENDATIONS	99
ABSTRACTS	100

100-летие концепции синдромальных регистров Эмиля Крепелина¹



“В 1920 году в своей последней работе “Формы проявления помешательства” Крепелин писал: “Нельзя отказать в известной правомерности мысли о том, что клиническое направление в психиатрии достигло мертвой точки. [...] Существовавший до сих пор метод отграничения различных форм заболеваний на основании учета причин, проявлений, течения, исхода, патогенеза исчерпал себя и более нас не удовлетворяет. Должны быть проложены новые пути. [...] Дальнейшее расширение наших знаний о формах душевных заболеваний в настоящее время становится все более затруднительным. Чем глубже мы проникаем, тем больше встречаем затруднений. [...] При таких условиях совершенно законно поставить вопрос о новых целях и путях клинической работы, которые открыли бы нам более богатые перспективы”.

Крепелин в цитируемой работе ищет такую новую постановку вопросов. Обсуждая ряд различных точек зрения и возможностей, он выдвигает один принцип исследования как наиболее важный и могущий расширить и углубить наши клинические познания. Этому новому принципу и посвящено содержание его работы. Это учение о синдромах. Крепелин под-

черкивает, что “многочисленные формы проявления психозов раз и навсегда установлены преформированными данными человеческого организма. Они разыгрываются одинаковым образом всюду, где к этому даны предпосылки. [...] Эти “преформированные механизмы” имеются не только при одной какой-нибудь определенной форме болезни, но могут быть вызваны также и различными болезнетворными влияниями. [...] Во всяком случае та точка зрения, что психотические проявления в значительной степени определяются соучастием филогенетических и онтогенетических предрасположений, помогает нам уяснить то приводящее в смущение обстоятельство, что, с одной стороны, одинаковые расстройства наблюдаются при различных заболеваниях, а с другой стороны — клинические картины течения одного и того же заболевания являются совершенно разными. Мы можем сравнить психотические проявления с различными регистрами органа, которые приводятся в действие в зависимости от силы или распространенности патологических изменений, и независимо от того, какие именно влияния вызвали их игру, они придают картине болезни свою специфическую окраску”.

Не означает ли эта новая точка зрения Крепелина просто-напросто упразднения нозологического направления, созданного Кальбаумом и доведенного Крепелином же до наивысшей точки? Что остается от нозологического принципа клинического исследования, если организм на различные внутренние и внешние причины отвечает одинаковым образом, этими преформированными механизмами его церебральных функций?

Сам Крепелин придерживается той точки зрения, что такое синдромологическое понимание психозов совместно с нозологической точкой зрения и должно разрабатываться в рамках нозологии. Только таким образом оно может обогатить клинико-нозологический метод. Крепелин пишет: “Само собою понятно, что расстройства, в которых обнаруживаются такие преформированные синдромы, не могут быть специфичны для какого-нибудь определенного этиологического фактора. В крайнем случае они могут быть специфичны лишь постольку, поскольку данный этиологический фактор пользуется предпочтительно тем или иным регистром (синдромом) или даже ограничивается им”. Но понятие клинически-нозологических единиц остается в полной силе. И там, где выступают такие преформированные синдромы, решение вопроса о сущности болезни должно черпаться из

¹ Эта выдающаяся работа Эмиля Крепелина впервые опубликована в “Независимом психиатрическом журнале” в 2016 г. (3, 7 – 21) в переводе Петра Юрьевича Завитаева.

других признаков, из “общей картины”, из “причин”, “возможно также и из обмена веществ и других отклонений, лежащих в основе болезненных процессов”. Все же, полагает Крепелин, “если мы, несмотря на трудности, в ряде случаев можем распознать отдельные болезни по формам проявления”, то это говорит за то, “что установленные клинико-нозологические единицы соответствуют действительности”. “Во всяком случае, мы, как мне кажется, безусловно, должны будем придерживаться принципиального различия отдельных болезненных процессов как таковых”.

Заключая свою работу требованием клинически более углубленного изучения синдромов, Крепелин говорит: “Естественно, здесь взгляд направляется от чисто систематизирующей деятельности, в виде разграничения и группирования форм болезней, к безусловно, более высокой и более удовлетворяющей задаче — пониманию сущности и внутренней зависимости болезненных проявлений. Мы могли бы проникнуть до законов их возникновения понять их как результат определенных предпосылок”.

Артур Кронфельд

100-летие публикации философских оснований психиатрии



Эта 485-страничная книга — “Сущность психиатрического познания”, наряду с “Общей психопатологией” Карла Ясперса, была настольной у немецких психиатров донацистского периода.

Вслед за “Общей психопатологией” Ясперса (1913, 1919) и до критической онтологии Николая Гартмана (1935 – 1950), ставшей философской основой “Клинической психопатологии” Курта Шнайдера (1931, 8 изд. 1967), Артур Кронфельд заложил в 1920 г. первый, грандиозный по значимости, философский фундамент психиатрии. Он сделал это на основе неофризской школы неокантианства своего учителя и друга Леонарда Нельсона (1882 – 1927). Нельсон, как и Якоб Фриз (1773 – 1843), считается наиболее последовательным представителем критической философии Канта, продолжившим главное в ней — ее критическую направленность. Не случайно Карл Поппер считал себя во многом обязанным этой школе. Философская выучка Кронфельда дала

ему возможность написать в 1911 г. книгу, которая уже в 1912 г. была переведена на русский язык, — “Психологическая механика”, отметившую самую уязвимую особенность психоанализа — механистический детерминизм.

В качестве основной задачи Кронфельд выделяет необходимость единой мировоззренческой основы и видит ее в критической философии Канта — Фриза — Нельсона. Она задает 1) “норму образа мыслей”, с которым следовало бы приступать к пониманию психологических и психиатрических проблем; 2) единство многообразным разделам, направлениям и проблемам психиатрии, ее принципам и методам; 3) “стремление к наибольшей определенности и точности во всех выводах и обоснованиях, понятиях и терминах”, “принципах и критических оценках”.

Только после этой предварительной работы, еще не содержащей собственно психиатрической проблематики, что не должно вызывать разочарования, так как только это условие позволит говорить о психиатрии как научной дисциплине с ее “психофизической и внепсихической проблематикой”.

Для каждого конкретного решения необходимо обладать картиной целого. Цель своего трёхтомного труда Кронфельд видит в принципиально-методологическом внедрении в психиатрическое мышление и осуществление в отдельных предметных областях “понимания этого систематического единства”, “ориентированного на общую проблемную ситуацию”.

“Две главные области познавательной проблематики психиатрии — это теория науки психического и феноменология психического”. Между ними естественным образом формируется адекватная программа создания основ общей психиатрии, которая опирается на ее конкретную проблематику. “Двойная оппозиция” этой работы направлена против “догматического оцененения всех конструктивных теорем, которые, будучи нераспознанными, пронизывают нашу дисциплину и тем более опасны”, и против “аналитического

хаоса “чистой феноменологии“, ее бессистемности, ее мнимой глубины и напыщенности”.

Выход из этой двойной оппозиции — задача этой работы. Но этот выход — не современная клиническая нозология. “Ее конвенционалистский произвол, некритическое накопление и догматическая сортирующая классификация, лишённые всякой верховной теоретической точки зрения, — несомненно не наш путь. Мы не умалим этим выдающихся достижений Крепелина... Он привел психиатрическое исследование к опасности конвенционалистских релятивизмов; он все больше и больше устранял психиатрию как аутохтонную науку; в настоящий момент продолжается эра почти рабской зависимости психиатрического ис-

следования от его гетерологических смежных наук, от чьих специфических методов, которые произрастают на почве чуждых дисциплин, оно в бездеятельном, стерильном стеснении ожидает содействия собственному продвижению, не находя его. Мы хотим снова вспомнить аутологические основы психиатрического мышления, психиатрического познания и знания”.

В том же самом 1920 г. сам Крепелин в своей последней работе, с достойной подражания критической рефлексией, писал об исчерпанности нозологического направления (но не о его несостоятельности) и выдвинул идею синдромальных регистров.

20 лет спустя, в 1940 г., как мы видели из предыдущего текста, об том писал сам Кронфельд.

80-летие выдающегося вклада Артура Кронфельда в синдромологию

В 1974 г. в “Журнале невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова” Эрих Яковлевич Штернберг писал: “Прошло почти 35 лет с момента публикации непревзойденного до сих пор труда А. С. Кронфельда “Проблемы синдромологии и нозологии в современной психиатрии”, Вряд ли кому-либо из современных психиатров оказалось бы под силу новое освещение этой всегда актуальной проблемы научной психиатрии — освещение, по уровню теоретического обобщения и широте охвата мировой литературы равноценное сделанному Кронфельду” (вып. 11, 1723 – 1736). Эта работа, вслед за другими фундаментальными работами: “Современные проблемы учения шизофрении” (1936), “Развитие концепции шизофрении до Крепелина” (1939) и “Французская психиатрия: особенности и понимание шизофрении”, стала итоговой и проспективной: в широкой исторической развертке она указывала и обосновывала наиболее перспективный путь развития психиатрии.

Аналитически прослеживая клинический генез, структуру и динамику синдромов, их генетику и локализацию в контексте критического анализа формирования представления о синдромах, особенно подробно у Крепелина и его наиболее ярого критика Гохэ, в общей синдромологической концепции Джексона и концепции экзогенных синдромов Бонгеффера, дискуссии Бонгеффера и Шпехта, Кронфельд обсуждает структурные анализы Карла Бирнбаума и Эрнста Кречмера и выдвигает собственный на примере синдромологического анализа атипических психозов.

Синдромологическая концепция Кронфельда 1940 г. была выдающимся научным прорывом, открывающим новые горизонты исследований. Достойному резонансу на этот грандиозный для нашего предмета вклад помешала Вторая мировая война и то, что он был сделан в Советском Союзе, в котором после войны продолжалась в течение 8 лет погромная

внутренняя политика, начавшаяся с 1935 г. Ни активная антифашистская деятельность Кронфельда, в частности, радиовещания на гитлеровскую армию, ни трагическая смерть по вине чинуш, ни европейская слава, ни то, что он привез в 1935 г. в нашу страну только что разработанную технологию инсулино-коматозной терапии и наладил ее исследования и практическое применения, которая до 60-х гг. была наиболее эффективным и широко распространившимся методом лечения психозов, не уберегли Кронфельда.

Работа Кронфельда “Проблемы синдромологии и нозологии в современной психиатрии” оставалась сокровенным и вдохновляющим чтением узкого круга профессионалов. Но в открытой печати его имя и вклад оживил только Э. Я. Штернберг в 1974 г., а в Германии Вольфганг Кречмер в 1987 г. Честь публикации и широкого распространения этой выдающейся работы принадлежит проф. Игорю Ивановичу Кутько (Харьков, 1996). Подробную биографию Кронфельда опубликовал в Германии Инге-Вольф Киттель (Констанц, 1988), а в России проф. Николай Алексеевич Корнетов (Томск, 1991) в “Журнале им. С. С. Корсакова”. В 2006 г. к 120-летию Кронфельда НПА России при содействии посольства ФРГ в России издала эту и другие работы Кронфельда русского периода (1935 – 1940) на русском и впервые немецком языках со своими комментариями: *Артур Кронфельд. “Становление синдромологии и концепции шизофрении” (М., Независимая фирма “Класс”, 2006, 758 с.)*.

Поразительно, но А. В. Снежневский, который работал с 1935 г. с Кронфельдом в одном учреждении²,

² Московский НИИ психиатрии им. П. Б. Ганнушкина Мосгорздрава (1932 – 1940), который в 1940 г. вошел в Московский институт психиатрии им. В. В. Крамера Наркомздрава РСФСР.

вспоминал, как, приехав в охваченную паникой Москву для эвакуации семьи с вещами, обнаружил в соседней квартире еще не остывшие тела Кронфельда и его жены, принявшие смертельную дозу веронала, так как Кронфельду дали для эвакуации только одно место, не упоминая в своих публикациях ни этой, ни других работ Кронфельда, как и Н. П. Бруханского, и В. А. Внукова, и Л. М. Розенштейна, хотя все они внесли выдающийся вклад в исследование шизофрении. Исключение составляет только первая работа Кронфельда 1928 г. на немецком языке и одна работа Розенштейна 1933 г., посвященных выделению мягких форм шизофрении. Тщетно искать имя Кронфельда в двухтомных “Руководствах по психиатрии” под ред. А. В. Снежневского 1983 г., под ред. Г. В. Морозова 1998 г. Оно появляется только в двухтомном руково-

дстве под ред. А. С. Тиганова 1999 г. Эта поразительная история еще более постыдна, чем тексты Снежневского, сопровождающие републикацию монографии В. Х. Кандинского в 1952 г. и даже его огромный доклад на Павловской сессии 1951 г. Как объяснить вычеркивание им вклада Кронфельда? Немецкие коллеги дали выразительный урок в “сходной” ситуации: они не избегают ссылок на научные работы Карла Шнайдера, тесно сотрудничавшего с нацистским режимом.

Но в наше время мы сталкиваемся с отсутствием интереса к высокой классике, к историческому демифологизированному взгляду на собственный предмет, на понимание того, с каких гор мы съехали, воображая, что продвинулись вперед.

Ю. С. Савенко

РЕКОМЕНДУЕМ КОЛЛЕГАМ

**В области философии науки —
критический рационализм Карла Поппера и его продолжателей.
Прежде всего, его собственные труды в этой области:**

- 1) “Логика научного исследования” — М., 2004
- 2) “Предположения и опровержения” — М., 2004
- 3) “Неоконченный поиск. Интеллектуальная автобиография” — М., 2014
- 4) В. Н. Садовский. Карл Поппер и Россия. — М., 2002
- 5) Стив Фуллер. Кун против Поппера. Борьба за душу науки. — М., 2020

К теории психиатрии

Идя вперёд, нужно постоянно оглядываться назад

(часть 5)¹

Ю. С. Савенко

В историческом контексте показано, каким образом “Общая психопатология” Ясперса оказалась вне делящегося противостояния естественно-научного и гуманитарного знания. Хотя гуманитарные дисциплины не отказались от понятий качества и ценностей, современный математически аппарат уже и для них не такое прокрустово ложе как прежде. Обсуждается проблема единиц анализа психиатрии в сравнении с другими науками.

Ключевые слова: психиатрия и философия, научное знание, классификация наук, науки о Природе и Человеке, единицы анализа психиатрии.

Философия науки и научная теория в психиатрии

Если в древности Гален говорил, что каждый врач еще и философ, имея в виду необходимость осмысления эмпирических данных, их интерпретацию, то вторая половина XIX века ознаменовалась изгнанием философии как метафизики из науки позитивизмом. Но уже в начале 80-х годов Марбургская школа неокантианства начала рассматривать философию как метод достижения знания, а В. Дильтей разделяет науки по их предмету на науки о природе — естествознание, и гуманитарные — науки о духе [1]. Баденская школа неокантианства противопоставляет этому разделению наук по методу отбора и упорядочиванию эмпирических фактов: выбирающие только общее, повторяющееся (номотетические) или только отличительные индивидуальные особенности (идиографические) [2]. В XX веке решительно возобладал онтологический подход, общий как для феноменологической, так и аналитической философии — разделение по предмету. Главу Марбургской школы Пауля Наторпа с его панметодологией сменил Николай Гартман, перешедший на сторону Гуссерля и развивший критическую онтологию [3] — философскую основу “Клинической психопатологии” Курта Шнайдера (1931, 1967) и многих других европейских психиатров.

Хотя в период работы К. Ясперса в психиатрической клинике Гейдельбергского университета кафедру философии в нем занимал глава Баденской школы В. Виндельбанд (1903 – 1915), у которого он и защи-

тил в 1913 г. в качестве докторской диссертации “Общую психопатологию”, исключительное влияние [4] на него оказал Макс Вебер, возглавлявший в 1896 – 1919 гг. кафедру национальной экономики Гейдельбергского университета. Макс Вебер, создатель “понимающей социологии”, свободной от психологизма, не противопоставлял понимание и объяснение, как Дильтей и Виндельбанд с Риккертом, а предполагал понимание объяснению, исходя из примата индивидуального смысла и логики “социального действия” и объективности социального знания. М. Вебер был по ту сторону враждовавших естественно-научного и духовно-научного направлений в социологии (J. Weiss, 1975) [5]. Глубокое влияние грандиозной системы представлений М. Вебера [6, 27], а также “Логических исследований” Э. Гуссерля [8] и, конечно, выдающегося коллектива психиатрической кафедры Франца Ниссля, прежде всего, Карла Вильманса и Ганса Груле, и собственный клинический опыт коммуникации с психически больными отлились в “Общей психопатологии” трезвым взвешенным подходом, объединяющим естественно-научный и гуманитарный подходы. На протяжении всей последующей жизни К. Ясперс, внося выдающийся вклад в философию, положив начало в 1919 г. первой концепции экзистенциализма, называл “Общую психопатологию” наиболее ценной для себя работой и постоянно дополнял каждое ее издание, 4-ое в 1942 г. с участием Курта Шнайдера из Мюнхена. Кафедру психиатрии в Гейдельберге в этот период, после устранения К. Вильманса за его выпад против Гитлера, занимал крупный психиатр Carl Schneider, сотрудничавший с нацистами и покончивший самоубийством. Его сменил Kurt Schneider. “Об-

¹ Начало см. НПЖ 2019, вып. 3, 4; 2020, вып. 1, 2.

щая психопатология”, со времени последнего 7-ого издания которой прошло 60 лет (1959), остается лучшей пропедевтикой нашего предмета, несмотря на грандиозные успехи биологической психиатрии. Это отражает особое положение психиатрии как антропологии, в отличие от однослойных био- и нейронаук.

Взвешенная позиция Ясперса проявилась в его позиции, промежуточной между наукой и философией жизни. Так он подвергся острой критике в период работы в психиатрической клинике со стороны работавшего тогда там же Артура Кронфельда, сторонника и друга главы суперкритической неофризской школы неокантианства Леонарда Нельсона, близость к взглядам которого отмечал Карл Поппер. Наконец, сам Ясперс резко выступил против известной работы Гуссерля “Философия как строгая наука” [8], отстаивая противоположный взгляд на философию, как свободное философствование. Гуссерль, как математик и логик, ценил строгость мышления, указанная работа — гимн науке, который соответствовал устремлениям и Венского кружка, и аналитической философии Рассела и Уайтхеда. Но не менее резко Ясперс критиковал и Риккерта.

Ясперс писал: “Тот, кто считает, что философией можно пренебречь как чем-то сугубо ненаучным и потому бесполезным, обязательно попадает в неясную зависимость от нее”. “Философия создает пространство, внутри которого существует и развивается всякое знание. Именно здесь знание обретает **масштаб и границы**, а также **основу**” для развития. Необходимо “воздерживаться от попытки абсолютизации тех или иных методов исследования”, **сочетать** “биологические, механические и технические аспекты с психологическим (генетическим) пониманием”, “противиться изолирующему подходу, т.е. искусственному **разделению вместо отчетливого различия**”, и “не утрачивая связи с **жизнью отдельного человека**”. Но “фундаментальная ошибка познания — превращение философской мысли в мнимо предметное знание о чем-либо”.

Однако, разделение естествознания и гуманитарных наук было связано не только с различием их предмета и методов, различным был сам стиль мышления и его категориальный аппарат. Дело в том, что **гуманитарные дисциплины в отличие от естественных наук не пережили самую радикальную коренную научную революцию XVI – XVII вв.**, начатую Галилеем и Декартом, — отказ от более чем двухтысячелетнего аристотелевского стиля мышления. А это значит **отказ от понятий сущностей, субстанции, качества, ценностей, иерархии, причинности и цели, кроме единственного вопроса “как”, и переход к ставшей возможной, в силу принятого упрощения, математизации знания**. Это было возвращением к платонизму, согласно которому мир геометричен и гармоничен по своей природе. Аристотелевская школа доводила значение математики до

минимума: количество — лишь одна и не главная из 10 категорий. Этот подход делал понятным и рациональным мир повседневного опыта. Но сам человек был недоступен математическому изучению с его количественным подходом. На смену представлениям о человеке и природе как частям единого целого, где доминировал человек как микрокосмос, пришло представление о доминировании природы и наук о природе (20). Существо этой научной революции было полностью осмыслено в знаменитых работах Эрнста Кассирера (1910), Курта Коффки (1922), Курта Левина (1931) и Александра Койре (1939) [10 – 15]. Это было искоренением из науки антропоцентризма, антропоморфизма, антропизма в силу осознания бесконечности миров и необходимости объективного знания, чуждого любой тенденциозности, т.е. академической науки, науки в собственном смысле слова. Мощным импульсом в этом направлении было устранение метафизики позитивизмом с середины XIX века и устранение психологизации в логике и даже психологии в 1900 г. в первом томе “Логических исследований” Гуссерля. Не случайно в английском языке science обозначает (без прилагательного) не науку вообще и не любую науку, а только точное естествознание. Соответственно этому, антропология и гуманитарное знание самим своим именованием принадлежат к миру Человека, а не Космоса, как естествознание². Отказ от перечисленных понятий для многих гуманитарных наук был неприемлем, так как противоречил их индивидуальному подходу. Так, Шпет писал, что “психологически правильно и неизбежно, например, силу мыслить антропоморфически”. Если таблица Менделеева окончательно выявила физическую структуру понятия “качества” в отношении химических элементов, то соответствующая психологическая таблица, даже будь она успешно разработана, не соответствует интенции и таксономическому рангу современной психологии. Так или иначе, но современность характеризуется активными усилиями с обеих сторон: в строго научном ключе современного естествознания освоить психологию, с одной стороны, и гуманизировать естествознание, с другой. Понятно, что важным являются сами эти устремления, а не утопия их слияния.

Неоднократно изменялось и содержание многих фундаментальных понятий, особенно часто, объем и границы содержания понятия “психического” и “психология”. Оно отождествлялось с антропологией, а

² Эпизодически “антропный принцип” дает себя знать и в среде физиков и астрофизиков: его подпитывает изумление удивительными совпадениями (R. Dicke, 1961; P. C. W. Davies, 1985, 1989), которыми живет нумерология, хотя наша человеческая природа обнаруживает себя и в опечатках, которые иногда было бы легко счесть за провокационные, если бы не явная нелепость этого. Так построенные проективные тесты на параноидность.

потом распространялось и на животных, оно то суживалось до наличия сознания, то расширялось до включения содержаний сознания или сокращалось до только осуществляемых актов, то вообще отрицалось, то выступало как тотальная психологизация. Современная отечественная физиологическая психология, под влиянием бума нейронаук последних трех десятилетий в США, дошла до смешения понятий и очередной полной физиологизации психологии³, научную несостоятельность чего более 100 лет назад показал Густав Шпет (1907) [16], что обоснованно подтвердили В. П. Зинченко, Б. И. Пружинин и Т. Г. Щедрина (2010) [17]. На современном этапе хорошо видно, насколько “психологическая физиология” (как А. Р. Лурия назвал концепцию Н. А. Бернштейна) продуктивнее современной “физиологической психологии”. Если они представляют “границу” между биологическим и психическим слоями, то персонология синонимична антропологии либо представляет только духовный слой. Психология личности это либо психологический аспект личности, так как личность это предмет антропологии, либо психологическая антропология — термин, обозначающий раздел антропологии нормального здорового человека, который соответствует психиатрии как патологической антропологии.

Что касается представления о “слоях”, то это не ценностная иерархия, а гомологичные ряды последовательности, охвата и масштаба рассмотрения (или стадий развития) в разных предметных областях.

С 50-х годов XX века в рамках философии науки началась фундаментальная критика “догм эмпиризма” (У. Куайн, К. Гемпель, У. Селларс) — 1) жёсткого разделения синтетических (эмпирических) и аналитических утверждений вместо их тесного взаимодействия и 2) эквивалентности каждого утверждения непосредственному опыту вместо системы таких утверждений, т.е. теории и контекстуальности этого опыта. Одновременно осуществлялась восходящая к Ч. С. Пирсу критика концептуального обоснования науки неопозитивизмом за его логицизм, установку на логико-математическое обоснование науки, ее непогрешимые вечные основания. Доводы не только философов науки (У. Куайна и К. Поппера), но и физиков (Р. Фейнмана, П. Дирака и др.), которые высказались за **приоритет собственно физического в физической теории**, привели к пост-позитивистской эпохе с разнообразием конкурирующих подходов [18].

Таким образом, математическое обоснование даже в точных науках, монополизировавших само понятие науки — “science”, стало рассматриваться как

³ В частности, до отрицания психологической природы процесса внимания: Е. Н. Соколов “Нейроны сознания” (2004), Н. И. Чуприкова “Как вывести психологию внимания из теоретического тупика” (2008).

инструментарий продвижения вперед в поле возможностей. И та же физика показала яркие примеры того, как концептуальное обоснование теории опережало экспериментально-практическое обоснование. Решительное и необходимое на первом этапе изгнание К. Поппером индуктивизма было смягчено его последователями — Имре Лакатосом и др., но не воплощено в практику психиатрии, вопреки вдохновляющему единству устремлений феноменологии и фальсификационизма. Концепции науки Фреге, Гуссерля, Айдукевича и Поппера объединяет признание существования объективной истины и понимание существа науки как интенции к объективной истине с бесконечным приближением к ней. “Каждая, даже точнейшая наука, представляет собой лишь ограниченно развитую систему учений, обрамлённую бесконечным горизонтом неосуществленной еще науки” (Гуссерль, 1911). “Наши теории обнаруживают уровневую структуру, они расслаиваются на уровни, различающиеся глубиной, универсальностью и точностью” (Поппер, 1983) [19].

Следует вслед за Гуссерлем различать **науку** и **научность**: науку как историческое явление, подверженное меняющимся политико-идеологическим влияниям, “антропологическое единство” разнообразных представлений, и **научность** как вневременную надличностную ценность.

Итак, наука это не только “точные науки” (астрономия, физика, химия), не только однослойные науки (т.е. еще биология и психология), это и гуманитарные дисциплины (лингвистика, социология, история). Наконец, это и многослойные науки (геология, этология, экология, антропология).

Наиболее стройное и надежное, исторически выверенное основание классификации наук дала критическая онтология Николая Гартмана [20]. Это представление о четырех онтологических слоях, в соответствии с которыми выделяются науки о неживой и живой природе, науки о душе (психология) и духе (гуманитарные дисциплины) и 16 законов взаимодействия этих слоев, что дает ясное представление об однослойных, дву-, трех- и четырехслойных науках. Первоначальная недифференцированная целостность монистического представления, одушевлявшего природу по собственному подобию в донаучную эпоху, использовавшая организмические концепции в “метафизическую” эпоху, и физикалистские в позитивистскую, начав с “простого” — физики, стала проделывать обратный путь вооруженная более строгим концептуально-методологическим аппаратом. При этом выяснилась специфика наук каждого онтологического слоя при сохранении их гомологии. Так, физической энергии в других слоях соответствовали жизнестойкость организма, его физиологический адаптивно-компенсаторный потенциал на биологическом уровне, уровень побуждений и влечений (мотивационный потенциал) на психофизиологиче-

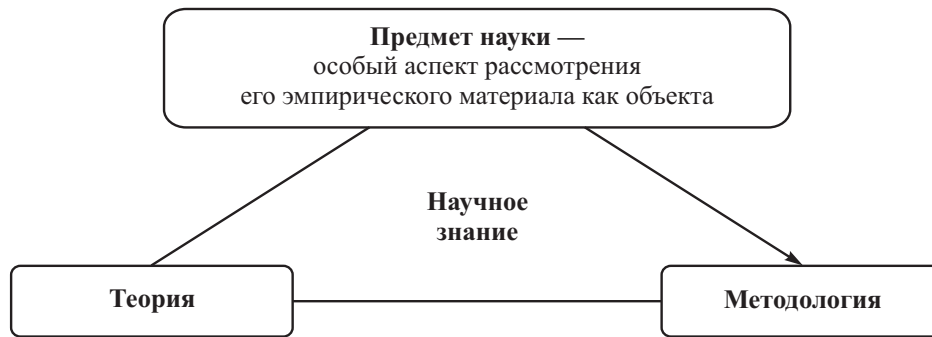


Рис. 1. Научное знание как теоретико-методологическое и теоретико-эмпирическое единство, тогда как предмет предопределяет методологию

ском уровне, система потребностей и самореализация (система мотивационных векторов) на психологическом и самоактуализация и система ценностей, “сила духа” на духовном. Но гомология энергетического потенциала в 4-х онтологических слоях не означает их полной автономии, независимости от других. Законы взаимоотношения слоев Н. Гартмана подразумевают, что это единство, что физический и биологический слои намного мощнее, но распределение и регуляция их энергии — значительное усложнение регуляции этой энергии, позволяющей направлять ее по усмотрению субъекта, подобно тому, как ставить паруса, позволяющие паруснику двигаться галсами против ветра. Таким образом, гомология в различных слоях это не автономная множественность, а разные уровни возможной регулируемости. “Для аналогичного допущения в объяснительной психологии особенно, независимой от биологической, душевной силе особенно “коллективной душе”, данных нет” [16].

Итак, при индивидуальном подходе (а это значит в полном смысле целом, включающем развитие душевной жизни в единстве с объективными условиями этого развития) делаются адекватными устраненные и редуцированные категории субстанции, качества, причины, цели, ценностей. Хотя индуктивное мышление и метод индукции полярны индивидуальному подходу, но по тому же принципу гомологии могут встраиваться в индивидуальную методологию в пределах кумулятивных, но не качественных перемен в жизни индивида. Но, несмотря на специфику наук, наряду с рангом в классификации наук, их объединяет приверженность общенаучной установке — критической рефлексии, общим принципам и общей внутренней структуре. За последние полстолетия возникла серия метатеорий, общих для всех наук. Это, вслед за кибернетикой, теоретическая лингвистика, общая теория систем, теория катастроф, синергетика и др.

Но наряду с этим всеобщим, имеются специфические особенности наук каждого онтологического слоя и каждой отдельной науки, связанные с предметом исследования, его эмпирическим материалом, кон-

ституирующим физическое для физики, биологическое для биологии, психологическое для психологии и т.д., которое изучается в разном охвате, масштабе, контексте и с разной целью... Вслед за **теоретико-методологическим единством** теперь предпочтительно говорить и о **теоретико-эмпирическом единстве**, так как теоретическое знание не может быть обосновано одними аналитическими утверждениями так же, как эмпирическое — “протоколами наблюдения” без их интерпретации в рамках принятой теории, необходимо их тесное взаимодействие. “Сами факты — уже теория”, как говорил Гете. Положение научного знания показано на рис. 1 в виде графа, только одна грань которого является однонаправленной: предмет конкретной науки, т.е. ее онтология, предопределяет ее методологию, подобно тому, как материал (мрамор, гранит, глина, дерево) предопределяет инструментальный скульптора (Макс Клиндер).

Итак, науки определяются принадлежностью к одному (или нескольким) из 4-ех онтологических слоев, в пределах которого — к одному из уровней (масштабов) рассмотрения, например, в биологии — к молекулярно-генетическому, онтогенетическому (т.е. в пределах особи), популяционному и биогеоценотическому (т.е. сообществу вместе со средой обитания и взаимодействием с другими сообществами) (Н. В. Тимофеев-Ресовский). Такое деление универсально. В антропологии этому соответствуют геномный, индивидуальный, социо-культуральный и экологический уровни рассмотрения. Клинической психиатрии соответствует индивидуальный уровень. Даже в социологии, науке по преимуществу о сообществах, важное место также занимает индивидуальный уровень. Более того, именно грандиозная социологическая концепция Макса Вебера исходила из примата индивидуального в противоположность тоже выдающейся, но позитивистской (т.е. строящейся по образцу естественных наук) социологической теории Эмиля Дюркгейма, в которой коллективное сознание является рациональным, тогда как у Вебера оно иррационально, а рациональность связана с индивидом. Лев Клейн называет это “индивидуализацией

в антропологии” [15], тогда как Густав Шпет подчеркивает, что “антропологическое всегда индивидуально” в противоположность этнологическому, которое “существенно коллективно” [16]. Примат индивидуального подхода в “понимающей социологии” Макса Вебера продлила “феноменологическая социология” Альфреда Шюца, который, подобно Ясперсу, объединил идеи Гуссерля и М. Вебера в своем основном труде “Феноменология социального мира” (1932).

Фундаментальность индивидуального принципа в психиатрии трудно переоценить. Конечно, популяционный подход также необходим, он обеспечивает выработку общих категорий и критериев (хотя адекватно обеспечивает при условии соблюдения валидности), но часто чреват превращением стандартов в шаблон, в конвейерную деятельность с одним знаменателем, с игнорированием асимметрии, которая проявляется на каждом шагу на всех уровнях: от указания Г. Шпета на выраженную асимметрию сторон фактически в любом взаимодействии и до современной псевдодемократической моды на уравнивание фашистов и антифашистов — пример синтаксического подхода, игнорирующего семантический. Пионерским семантическим поворотом мы обязаны Г. Шпету.

Еще в 1966 г. А. А. Ляпунов выделил три класса математических моделей: модели целого класса гомологичных по структуре процессов; модели, включающие способы обращения с самими объектами и приемы рассуждения; и модели индивидуальных явлений, например, работу сердца конкретного человека. Но вопреки уже имеющимся возможностям, отсутствует даже индивидуальный пошив обуви и одежды на основе соответствующих антропометрических обмеров и голограммы стоп. Большинство тех немногих математиков и статистиков, которые привлекаются в сферу психиатрии, обычно ограничиваются рутинными способами математической обработки данных.

Философскую основу психологической антропологии, четкую позицию в принципы взаимоотношения наук и мн. др., сформулировал и обосновал в 1916 и 1927 гг. на непревзойденном до сих пор уровне Густав Шпет [16, 26], расстрелянный в 1937 г., а до этого лишенный права на профессию, вынужденный быть переводчиком и комментатором в основном художественных произведений. Это не исключение, — наоборот — типичный пример истребления или устранения лучших представителей отечественной науки и культуры⁴, объясняющий подзаголовок нашей работы. Умберто Эко приводит знаменитую метафору Бернарда Шартрского: “мы — словно карлики, сидя-

щие на плечах великанов, чтобы видеть больше, чем они, и более отдаленное не по остроте зрения или высоте роста...” (“От древа к лабиринту. Историческое исследование знака и интерпретации”. М., 2016, 232 – 234).

Единицы наблюдения, описания и анализа

Единицы анализа зависят от их таксономического ранга (в биологии это может быть клетка — организм — вид), а также охвата и масштаба исследовательской или практической задачи. Даже такой сугубо аналитически ориентированный автор как Хайнц Хекхаузен писал, что зарождение и успехи многих конкретных наук обязаны классификационной системе единиц, которая должна постоянно пересматриваться, и что **“единицы наблюдения не могут быть “молекулярными”, они “молярны”**. Важна не детализованная фиксация момента, как бы объективно его не удалось зарегистрировать, а **значимая направленность протекания деятельности, а также ситуационных воздействий**. При этом очень важно максимально приблизиться к позиции субъекта...” [21]. В отечественной психологии за единицу анализа принимается **минимальное структурное или функциональное образование целостной психики, еще сохраняющее основные свойства этого целого** (Л. С. Выготский, 1934; В. П. Зинченко, 1982) [24, 25]. Это представление восходит, если ограничиваться концом XIX века, к знаменитому итальянскому астроному Джованни Скиапарелли (1835 – 1910), согласно которому любая органическая форма может быть уподоблена “чисто геометрической форме”, т.е. такому **наименьшему отрезку формы, по которому можно восстановить всю форму**. А то, что понять предмет, определить его существо, можно только через его форму, восходит к Платону.

Единица анализа в лингвистике это “лексема”, т.е. слово, но “простой набор слов не есть “слово”..., обыкновенно это — совокупность внутренне, “по смыслу”, связанных между собой “отдельных слов..., любой по смыслу законченный отрывок речи..., совокупность “выражений”, “фраз”, “высказываний”, “предложений” и т.п., критерием остается само “значение” слова... Общим является то, что слово служит всегда средством “выражения” и “сообщения”. Это такой **последний элемент речи, который осмыслен**” (Г. Шпет, 1927) [26].

В социологии единица анализа, согласно М. Веберу и Т. Парсонсу, это всегда, в отличие от поведения, **социальное действие, т.е. осмысленное рациональное действие, ориентированное на других и исходящее из целей и ценностей индивида** (целерациональное и/или ценностнорациональное). Без осмысленности не приходится говорить о социальности как таковой, без осмысленности мы имеем дело с толпой, ордой, механическим агрегатом, ведущим себя

⁴ И. М. Бехтерев и Н. П. Бруханский, Д. Д. Плетнев и С. С. Юдин, Л. С. Выготский и Н. А. Бернштейн, Н. И. Вавилов и В. П. Эфроимсон, М. П. Бронштейн и Н. Н. Лузин, А. В. Чайнов и Н. Д. Кондратьев. Но это не довод в правоту экстерналистов.

не социальным, а психологическим или психопатологическим образом [27, 28].

В **психологической антропологии** “наиболее валидной единицей анализа является черта личности” (Гордон Олпорт) [29], Л. С. Выготский единицей анализа личности называл “переживание”.

В **нейрофизиологии** после атомистических представлений о рефлексах (как ответных реакциях) с 60-х годов восторжествовало представление о рефлекторном кольце (Н. А. Бернштейн, 1934: “Это объединило эффекторные и рецепторные процессы и объяснило неизменно активный характер всех рецепций”), чем совершился переход к “*двигательным актам, движениям*”, как целостно организованным структурам с определённой активной физиологической установкой, обеспечивающей двигательную задачу организма [30]. Этому соответствуют “*действия*” (из трех типов психологических единиц анализа: деятельность — действие — операция), в частности, когнитивные действия (перцептивные, мнемические, умственные) (А. Н. Леонтьев, 1977) [31].

Основоположник **экспериментальной феноменологии** Карл Штумпф, в соответствии с Ф. Brentano (1874), предметными единицами психологии считал *функции (т.е. акты, действия)*, интеллектуальные (воспринимание, воспоминание, понимание) и эмоциональные (переживания, хотения, стремления), отличая их от феноменов, т.е. содержаний сознания, — сенсорных, понятийных, ценностных, как предмета феноменологии, относимой к философии, а не психологии [32].

Основоположник целостной концепции **психоневрологии** Курт Гольдштейн в своей знаменитой монографии “Организм” (1934, англ. 1963) *не выделял никаких единиц анализа, а считал необходимым любой феномен соотносить со всем целым организма* и сформулировал три фундаментальных методологических постулата: 1) при описании нельзя отдавать предпочтение ни одному из феноменов; 2) необходимо описание процесса решения задачи, а не ограниченное конечным результатом; 3) ни один феномен анализа нельзя рассматривать вне связи с организмом, к которому он относится, и с ситуацией, в которой он оказывается [33].

Единицей описания, наблюдения и анализа в **медицине** является синдром, а в **клинической практике психиатрии** — **психопатологический синдром**, т.е. типовой отрезок течения целостной картины психопатологического состояния, который, в отличие от колоссальной многозначности симптомов, содержит особенности, указывающие на характер и тенденцию

дальнейшего развития болезни или состояния. Налицо общая метатеоретическая закономерность выделения единиц анализа: осколок голограммы должен содержать различимый контур (эскиз) искомого целого, т.е. быть осмысленным⁵.

В **судебной психиатрии** мы говорим о возможности или невозможности *рационального (логического) выведения* криминального поступка из целей и ценностей подэкспертного, либо *психологического выведения* из его психологических особенностей в актуальной ситуации.

Психопатологические синдромы нельзя подменять психологическими (часто омонимичными с ними), биохимическими, нейромедиаторными и т.п. Проблема коморбидности открывает дорогу введению более объемлющих “**комбинированных синдромов**”, представляющих определенные психопатологические синдромы, сцепленные с различными соматоневрологическими синдромами, и оттеняющие клинические формы с отсутствием такой связи.

Указанное нами [35] принципиальное различие симптомов и симптомокомплексов или индуктивных синдромов, с одной стороны, и феноменов и феноменологических синдромов — с другой, позволяет внести значительную чёткость и ясность в эти различные пути исследования, более того, самого научного мышления — естественнонаучно-объяснительного или феноменолого-герменевтического. Хорошо известно, как отдельный симптом при более тщательном анализе обнаруживает сложную внутреннюю структуру и получает статус “малого синдрома”, например, синдром диссомнии (агрипния, инсомния, недержание, гиперсомния, сдвиг фазы, инверсия), синдромы головной, сердечной, абдоминальной боли и т.д. Между тем, это и есть движение от симптома к феномену.

Подобно тому, как феноменологический метод содержит на этапе варьирования в воображении в свернутом виде “*мозговой шторм*” коллективной дискуссии, так и на герменевтическом и объяснительном этапе полученные данные важно проинтерпретировать в русле различных концептуальных представлений. В частности, диагностическое заключение по конкретному больному — по разным версиям МКБ (по таблицам такого транспонирования) и ряду других, разработанных различными научными школами и исследователями. Это открывает дорогу более полного и разностороннего диагноза и конкуренции исследовательских программ. Традиционной опасностью на этом пути является некорректность исходных описаний и толкований. Теорией, которая бы не ог-

⁵ Структурно-функциональными единицами анализа, гомологичными синдромальным, в генетике являются хромосомы, как самовоспроизводящиеся ядерные структуры — носители генов. После первой попытки в 1932 г. пересмотреть генетические установки в свете диалектического материализма, в 1939 г. Н. Вавилову пришлось отстаивать истины, ставшие азбучными на Западе за 40 лет до этого: “отрицать роль хромосом, сводить все к организму в целом, к клетке — значит отодвинуть биологическую науку ко временам Шванна” [34].

раничивалась упорядочиванием и систематизацией постфактум, а пролагала новые перспективные пути, ставила острые вопросы и предсказывала их решение, может быть общая установка, общее направление исследовательских усилий. При этом требуются и чисто вероятностные и даже псевдонаучные системы, которые обеспечивают понимание меры условности полученных результатов. Тезис, что теория должна опережать факты, Имре Лакатос назвал “требованием Лейбница – Уэвелла-Поппера: хорошо спланированное строительство классификации должно проходить гораздо быстрее, чем запись в нее фактов” [36].

ЛИТЕРАТУРА

1. Дильтей В. Введение в науки о духе. — М., 2000, с. 650 – 686.
2. Риккерт Г. Границы естественно-научного образования понятий — СПб., 1904.
3. Горенштейн Т. Н. Философия Николая Гартмана — Ленинград, 1969.
4. Ясперс К. Философская автобиография. — Изд. НПА, М., 1995.
5. Давыдов Ю. Н. Веберовский ренессанс и наша перестройка // История социологии, т. 4 — СПб., 2000, с. 494 – 538.
6. Вебер М. Избранные произведения — М., 1990.
7. Гуссерль Э. Философия как строгая наука — Новочеркасск, 1994, с. 127 – 174.
8. Гуссерль Э. Логические исследования, т. 1 — Ibid, 175 – 353.
9. Ясперс К. Общая психопатология — М., 1997.
10. Кассирер Э. Познание и действительность. Понятие субстанции и понятие функции — М., 1912.
11. Коффка К. Основы психического развития — М. 1934.
12. Левин К. Динамическая психология. Избр. труды — М., 2001.
13. Кофре А. В. Очерки истории философской мысли — М., 1985.
14. Маркова Л. А. Наука. История и историография XIX – XX вв. — М., 1987.
15. Клейн Л. История антропологических учений — М., 2014.
16. Шпет Г. Philosophia Natalis. Избр. психолого-педагогические труды — М., 2006, с. 141 – 246.
17. Зинченко В. П., Пружинин Б. И., Щедрина Т. Г. Истоки культурно-исторической психологии — М., 2010.
18. Огурцов А. П. Философия науки: двадцатый век (в трех томах) — СПб., 2011.
19. Поппер К. Логика научного исследования — М., 2004.
20. Гартман Н. К основам онтологии — СПб., 2020.
21. Хекхаузен Х. Мотивация и деятельность (в двух томах) — М., 1986.
22. Бруханский Н. П. Очерки социальной психопатологии — М., 1924.
23. Шюц А. Смысловая структура повседневного мира — М., 2003.
24. Выготский Л. Мышление и речь — М.-Л., 1934.
25. Гордеева Н. Д., Зинченко В. П. Функциональная структура действия — М., 1982.
26. Шпет Г. Мысль и слово. Избр. труды — М., 2005, с. 470 – 657.
27. Вебер М. Хозяйство и общество, т. 4 — М., 2019.
28. Парсонс Т. Роль идей в социальном действии // Парсонс Т. О социальных системах — М., 2002, с. 523 – 542.
29. Олпорт Г. Становление личности. Избранные труды (словарь понятий М. Вебера) — М., 2002.
30. Бернштейн Н. А. Физиология движений и активность — М., 1990.
31. Леонтьев А. Н. Избранные психологические произведения — М., 1983.
32. Ярошевский М. Г. // Л. А. Карпенко. Психология в лицах — М., 2005.
33. Goldstein K. The Organism — Beacon Press, Boston, 1963.
34. Вавилов Н. И. Избр. труды, т. 5 — М., 1965, с. 393.
35. Савенко Ю. С. Введение в психиатрию — М., 2014.
36. Лакатос И. Фальсификация и методология научных исследовательских программ — М., 1995.
37. Шюц А. Формирование понятия и теории в общественных науках // Американская социологическая мысль — М., 1994, с. 481 – 496.

Титулярный советник Голядкин и синдром субъективных двойников

С. В. Мотов¹, В. В. Мотов²

Кульминация повести Достоевского “Двойник” — столкновение протагониста, титулярного советника Голядкина, с собственным двойником. В статье рассматриваются оценки “Двойника” как литературоведскими, анализирующими произведение с точки зрения его художественных достоинств и недостатков, так и психиатрами, концентрирующимися на психопатологической характеристике переживаний и поведения главного героя. Дается краткая характеристика бредовых синдромов ложного узнавания. Более подробно рассматривается синдром субъективных двойников.

Ключевые слова: Достоевский, “Двойник”, бредовое восприятие, бредовые синдромы ложного узнавания, синдром субъективных двойников.

Идея “двойников” волновала людей с незапамятных времен. Античная египетская теология, греческая мифология, поэмы Гомера, латинская, французская, португальская литература, ирландские мифы, равно как и мифы многих примитивных племен изобилуют двойниками, метаморфозами и другими подобными феноменами [1]. В зарубежной литературе начала XIX века тема “двойников” с мотивами психического расстройства и потрясенного сознания получила блестящую и разнообразную трактовку в произведениях Э. Т. А. Гофмана: романы “Эликсиры сатаны”, “Житейские воззрения кота Мурра”, новеллы “Выбор невесты”, “Крошка Цахес”, “Двойники” и др. [2].

В свою очередь, до Достоевского в русской литературе психологический мотив встречи и общения героя с собственным двойником был разработан увлеченным Гофманом Антонием Погорельским (псевдоним А. А. Перовского). В его вышедшем в 1828 г. сборнике из четырех новелл “Двойник, или Мои вечера в Малороссии” двойник главного персонажа, кроме прочего, читает ему великолепную психолого-философскую лекцию (небезынтересную и для современного психиатра) о свойствах и разновидностях человеческого ума и взаимоотношениях ума и человеческого пороков [3]. В известной мере, двойником главного персонажа повести Н. В. Гоголя “Нос”, опубликованной в 1836 году в журнале “Современник”, становится его собственный нос. Тема раздвоения нравственного сознания главной героини представлена и в романе А. Ф. Вельтмана “Сердце и думка” (М., 1838). Эти отечественные произведения, как и упомянутые романы и новеллы Гофмана, были известны Достоевскому и, хотя не имеют прямых сюжетных совпадений с его повестью о Голядкине, воз-

можно, повлияли на рождение замысла “Двойника” [5].

Достоевский начал работу над “Двойником” летом 1845 г. [6]. Незадолго до этого он закончил рукопись “Бедных людей”. Некрасов и Белинский оценили ее очень высоко, и психологическое состояние и самоощущение Достоевского в то время легко видеть из письма от 16 ноября 1845 г. к брату, М. М. Достоевскому: “Всюду почтение неимоверное, любопытство насчет меня страшное... Все меня принимают как чудо. Я не могу даже раскрыть рта, чтобы во всех углах не повторяли, что Достоев(ский) то-то сказал, Достоев(ский) то-то хочет делать” [7]. Первые главы еще не законченного “Двойника”, прочитанные Достоевским в кружке Белинского, были встречены с восторгом: “Голядкин в 10 раз выше Бедных людей. Наши говорят, что после Мертвых душ на Руси не было ничего подобного, что произведение гениальное и чего-чего не говорят они!.. Во мне находят новую оригинальную струю (Белинский и прочие), состоящую в том, что я действую Анализом, а не Синтезом, т.е. иду в глубину, а разбирая по атомам, отыскиваю целое, Гоголь же берет прямо целое и оттого не так глубок, как я” [8].

Однако, после появления на страницах “Отечественных записок”, “Двойник” вызвал разочарование читающей публики. Это заставило автора пересмотреть свое отношение к повести. В письме от 1 апреля 1846 г. Достоевский жалуется старшему брату, что особенно мучительным для него является то, что “свои, наши” (кружок Белинского) недовольны им “за Голядкина”, называют “Двойник” скучным, вялым, до невозможности растянутым. Его убивает мысль, что он обманул ожидания и испортил “вещь, которая могла бы быть великим делом... Вот это-то создало мне на время ад и я заболел от горя” [9].

Наиболее резко высказался по поводу “Двойника” литературный критик, поэт, лингвист и славянофил К. С. Аксаков: “Достоевский в этой своей повести длинной и до невероятности утомительной... посто-

¹ Аспирант департамента германских и славянских языков и литератур, университет Колорадо в Боулдере, США.

² Врач-психиатр, зав. отделением ГБУ ПНИ № 13 ДТЭСЗН г. Москвы.

янно передразнивает Гоголя, подражает часто до такой степени, что это выходит уже не подражание, а заимствование... Неужели это талант? Это жалкая пародия; неужели что-нибудь может возбудить она, кроме скуки и отвращения? Для примера, и чтобы не искать постороннего предмета, будем продолжать нашу критику языком г. Достоевского:

Приемы эти схватить не трудно; приемы-то эти вовсе не трудно схватить; оно вовсе не трудно и не затруднительно схватить приемы-то эти. Но дело не так делается, господа; дело-то это, господа, не так производится; оно не так совершается, судари вы мои, дело-то это. А оно надобно тут знаете и тово; оно, видите ли, здесь другое, требуется, требуется здесь тово, этово, как его — другова. А этово-то, другово-то и не имеется; именно этово-то и не имеется; таланта-то, господа, поэтического-то, господа, таланта, этак художественного-то и не имеется. Да вот оно, оно самое дело-то, то есть, настоящее вот оно как; оно именно так”.

По мнению Аксакова, о повести г. Достоевского “Двойник”, можно повторить слова, которые часто повторяет у него г. Голядкин: “Эх плохо, плохо! Эх плохо, плохо! Эх дельце-то наше как плоховато! Эх дельце-то наше чего прихватило. Да точно не хорошо и нехорошего прихватило” [10].

Через 100 с лишним лет В. В. Набоков, в своих “Лекциях по русской литературе” писавший, что ему “страстно хочется Достоевского развенчать”, характеризуя Достоевского как писателя “довольно посредственного”, а язык его произведений как “торопливое и лихорадочное нагромождение слов”, называет “Двойник” лучшей и значительно более совершенной повестью, чем “Бедные люди”. “Лучшим, что он написал, мне кажется “Двойник”. Эта история, изложенная очень искусно, по мнению критика Мирского, — со множеством почти джойсовских подробностей, густо насыщенная фонетической и ритмической выразительностью, — повествует о чиновнике, который сошел с ума, вообразив, что его сослуживец присвоил себе его личность. Повесть эта — совершенный шедевр, но поклонники Достоевского-пророка вряд ли согласятся со мной, поскольку она написана в 1840 г., задолго до так называемых великих романов, к тому же подражание Гоголю подчас так разительно, что временами книга кажется почти пародией” [11].

Психопатология “Двойника”

Владимир Федорович Чиж, петербургский психиатр, в последующем профессор, сменивший в 1891 г. Крепелина на кафедре психиатрии в Дерптском (Тартусском) университете, издал в 1885 г. 123-страничную монографию “Достоевский как психопатолог” [12].

“Прежде всего, обращает внимание, — пишет д-р Чиж, — что Достоевский описал большее количество

душевнобольных, чем какой-либо другой художник в мире; ни у кого другого так часто не фигурируют в произведениях душевнобольные как абсолютно, так и относительно. Во всей русской художественной литературе конечно нельзя насчитать их столько как у одного Достоевского” [13]. Далее он приводит список из более, чем 30 персонажей, открывающийся Голядкиным.

Анализируя психическое состояние главного героя “Двойника”, д-р Чиж начинает с эмоционального фона. Он акцентирует внимание на том, что к моменту начала повести Голядкин уже находится в мрачном, подавленном “настроении духа”, в чем и кроется, согласно сюжету, причина обращения его к доктору.

Вскоре после посещения врача настроение Голядкина меняется: появляется неестественная оживленность, довольство самим собой; вместо того, чтобы идти на службу, требует карету, едет в Гостиный двор, заказывает множество ненужных ему дорогих вещей, не заботясь об оплате. До того малозаметный, осторожный, с гордостью и аффектацией начинает он говорить о своих достоинствах, превосходстве над людьми, с которыми прежде никогда бы не посмел себя сравнивать. Он дерзит и высказывает ревность к жениху девушки, которая и по возрасту, и по общественному положению не могла быть ему парой: почти как в известном стихотворении П. И. Вейнберга: “Он был титулярный советник, Она — генеральская дочь³...”.

Несколько слов о чине титулярного советника. Персонажи, носящие этот ранг, встречаются в таком количестве в произведениях Н. В. Гоголя и Ф. М. Достоевского⁴, что это сложно списать лишь на простое совпадение. Ключевая особенность этого чина, значащегося под номером IX в Имперской Табеле о рангах заключалась в том, что он постоянно находился в пограничном положении между разными социальными статусами. До 1845 года ранг титулярного советника, гарантировавший личное дворянство, был последней ступенью перед дворянством наследственным, считавшимся “истинным” дворянством, приобретаемым с достижением VIII гражданского чина коллежского ассессора. Не случайно многие амбициозные личности и в реальной жизни, и в художественной литературе старались всеми силами получить

³ Поэты 1860-х годов. Вступительная статья, подготовка текста и примечания И. Г. Ямпольского (Библиотека поэта. Малая серия). Ленинград: Советский писатель, 1968. С. 182 – 183.

⁴ Ф. М. Достоевский, уволившись с военно-инженерной службы в 1844 г., был в период написания “Двойника” “поручиком в отставке” (т.е. обладателем чина IX класса), что соответствовало рангу титулярного советника на гражданской службе. Летопись жизни и творчества Ф. М. Достоевского: 1821 – 1881 / Сост. Якубович И. Д., Орнатская Т. И.. — Ин-т русской литературы (Пушкинский Дом) РАН. — СПб.: Академический проект, 1993. — Т. 1 (1821 – 1864). — 540 с.

следующий за титулярным советником чин [14, 15]. К несчастью для них, очень многим этого так и не удалось сделать и они оставались по меткому замечанию Гоголя “вечными титулярными советниками” [16].

С выходом манифеста Николая I от 11 (23) июня 1845 года достижение потомственного дворянства еще более усложнилось. Отныне претендовать на него могли лишь те, кто достиг чина статского советника V класса в Табели о рангах [17]. Интересно, что Достоевский начал писать “Двойника” примерно в то же время, о чем свидетельствует первое упоминание главного персонажа повести в письме брату, М. М. Достоевскому от начала сентября 1845 года [18]. Для более полного понимания душевного состояния главного героя “Двойника” не следует упускать из вида данный контекст.

Возвратимся, однако, к психопатологическому анализу протагониста “Двойника” д-ром Чижом. Так, оценивая влияние “возбужденного состояния” Голядкина на процесс его мышления и волевые побуждения, д-р Чиж отмечает ускорение темпа мышления, облегченное воспроизведение представлений, легковесность суждений с неадекватной оценкой желаемого как безусловно достижимого, снижение способности контролировать свои побуждения, выражающиеся в легкомысленных поступках [19].

Д-р Чиж ставит в заслугу Достоевскому точность описания переживаний Голядкина, когда тот встречается с человеком, в котором узнает собственного двойника: “...Едва ли во всей психиатрической литературе найдется лучшее описание, и если оно может-быть в художественности и уступает подобным картинам у Шекспира, Тургенева, то в чисто медицинском смысле оно глубоко правдиво. Вот как Достоевский рисует эти впечатления: “А между тем какое-то новое ощущение оставалось во всем существе господина Голядкина; тоска не тоска, страх не страх... лихорадочный трепет пробежал по ногам его. Минута была невыносимо неприятная... Но не одно это чудо поражало господина Голядкина, а поражён Голядкин был так, что остановился, вскрикнул, хотел было что-то сказать... Что же касается господина Голядкина, то у него задрожали все жилки, колени его подогнулись, ослабли, и он со стоном присел на тротуарную тумбочку” [20].

Между тем, по мнению литературоведа и исследователя творчества Достоевского К. В. Мочульского, Достоевский здесь “не выходит из магического круга образов и слов Гоголя”, а “мотив раздвоения сознания внушен... рассказом Гоголя “Нос”. Коллежский ассесор Ковалев⁵ тоже раздваивается: часть его приобретает самостоятельное существование, носит мундир, ездит в карете. Нос, отделившийся от своего владель-

ца, становится как бы его двойником. ... Достоевский устранил анекдотический элемент (нос) и создал жуткое явление двойника. Но генетическая связь Голядкина с Ковалевым сохранилась. Вот как описывает Гоголь первое появление двойника: Вдруг он (Ковалев) стал, как вкопанный у дверей одного дома; в глазах его произошло явление **неизъяснимое**: выпрыгнул, согнувшись, господин и побежал вверх по лестнице. Каков же был **ужас и вместе изумление** Ковалева, когда он узнал, что это был его собственный нос”. А в “Двойнике” мы читаем: “с **неизъяснимым** беспокойством начал он озираться кругом. **Остановился, как вкопанный**, вздрогнул, разглядел и вскрикнул от **изумления и ужаса**. Ноги его подкосились. Это был тот самый знакомый ему пешеход”... К. С. Аксаков писал: “Мы даже просто не понимаем, как могла явиться эта повесть. Вся Россия знает Гоголя, знает чуть не наизусть — и тут перед лицом всех Достоевский переиначивает и целиком повторяет фразы Гоголя” [21]. В этом смысле “Двойник” Достоевского, выражаясь фигурально, становится двойником Гоголевского “Носа”.

Синдром субъективных двойников и бредовые синдромы ложного узнавания

Для д-ра Чижа двойник Голядкина — галлюцинация: “галлюцинация Голядкина в виде двойника принадлежит к крайне редким... психиатрия ничего не знает о причинах и значении такого обмана чувств” [22]. Напомним, д-р Чиж писал это в 1885 г. Как бы мы сегодня выразили в психиатрических терминах то, что он обозначил как “галлюцинация” Голядкина? Галлюцинация ли это? Галлюцинация определяется как “сенсорное восприятие любой модальности, возникающее в отсутствие соответствующего (внешнего) раздражителя” [23]. Между тем, исходя из текста “Двойника”, тот, кого Голядкин-старший считает своим двойником, — реально существует. Будь Голядкин-младший⁶ галлюцинаторным образом, как объяснить, например, сцену, где Голядкин-старший разговаривает со столоначальником Антоном Антоновичем Сеточкиным о Голядкине-младшем:

“Я хочу сказать, Антон Антонович, что здесь есть новопоступивший чиновник. — Да-с, есть-с; однофамилец ваш. — Как? — вскрикнул господин Голядкин. — Я говорю: ваш однофамилец; тоже Голядкин. Не братец ли ваш? — Нет-с, Антон Антонович, я... — Гм! скажите, пожалуйста, а мне показалось, что, должно быть, близкий ваш родственник. Знаете ли, есть такое, фамильное в некотором роде, сходство... Знаете ли, этак иногда близнецы бывают, то есть совершенно как две капли воды, так что и отличить нельзя?... И

⁶ Под именем Голядкин-младший в повести Достоевского фигурирует двойник главного персонажа, Голядкина-старшего.

⁵ Ковалев — главный герой повести Гоголя “Нос”.

знаете ли, Яков Петрович, это даже чудесное сходство, фантастическое, как иногда говорится, то есть совершенно, как вы... Чудо, действительно, чудо” [24]. Помимо столоначальника Сеточкина, в разные моменты о физическом существовании Голядкина-младшего свидетельствовали и слуга Петрушка, и непосредственный начальник Голядкина статский советник Олсуфий Иванович Берендеев, и ряд других персонажей.

Классик психиатрии Курт Шнайдер, рассматривая в своей “Клинической психопатологии” начальный период формирования бреда, говорит о бредовом восприятии. Он характеризует бредовое восприятие как такое, когда действительному восприятию без объяснимой рационально или эмоционально причины придается аномальное значение, большей частью в плане связи с собственной личностью. Поскольку речь идет не о заметном изменении воспринимаемого, а об аномальном толковании, бредовое восприятие относится не к нарушениям восприятия, а к нарушениям мышления [25].

По-видимому, мы могли бы называть испытываемое Голядкиным расстройство синдромом субъективных двойников или синдромом собственных двойников. Термин *syndrome of subjective doubles* (синдром субъективных двойников) был введен в употребление греческим психиатром G. Christodoulou, опубликовавшим в 1978 г. основополагающую статью по теме [26]. В ней описывается случай Ms. A. — 18-летней пациентки с наследственной отягощенностью шизофренией, родившейся с цианозом в тяжело протекавших родах, у которой до 8-летнего возраста отмечались эпилептиформные приступы и частые эпизоды ложных узнаваний. После перенесенной в 17-летнем возрасте соматической болезни с повышением температуры у нее на фоне аффективных колебаний, амбивалентного отношения к родным, деперсонализационно-дереализационных расстройств, нарушения чувства знакомости по типу “уже виденного” возникло выраженное бредовое убеждение, что ее соседке удалось с помощью изощренной трансформации сформировать физические характеристики, свойственные Ms. A. (“такое же лицо”, “такое же строение тела”, “такая же одежда”, “все такое же”). Пациентка была убеждена, что соседка использовала специальную декоративную косметику, парик, маску, и характеризовала ее трансформацию как “метаморфозу”. Как пишет автор, “неизбежная “преступная группа” также была включена в ее бред — она [пациентка] была убеждена, что ее двойник подчинялась приказам неких “руководителей”. Больная была доставлена в психиатрическую больницу, и “после назначения больших транквилизаторов ее состояние улучшилось”. Однако через полтора года после выписки отмечалась экзацербация симптоматики, и она вновь поступила в ПБ.

Как и при первом поступлении в клинической картине доминировало бредовое убеждение о наличии у пациентки двойников. Она настаивала на том, что видела, по меньшей мере, двух женщин-пациенток, трансформировавшихся в ее саму. При этом Ms. A. набросилась на одну из них и вцепилась ей в волосы. Когда последней удалось вырваться и убежать, Ms. A. стала умолять доктора сорвать маску с лица другой пациентки, чтобы та показала свое истинное лицо. В период пребывания в ПБ для лечения ее расстройства применялись различные препараты. Нейролептики, антидепрессанты, ЭСТ не давали положительного эффекта. Карбамазепин и фенобарбитал оказались более успешны: после их назначения, поведение пациентки в значительной степени нормализовалось, уменьшилась выраженность бредовых расстройств. Пациентка была выписана, но через несколько месяцев вновь поступила в психиатрический стационар, при этом синдром собственных двойников вновь был преобладающим в клинической картине психического расстройства.

Обсуждая описанный им случай Ms. A., автор подчёркивает, что все три классических варианта синдрома двойников: (а) Капгра (бредовое отрицание идентичности знакомого человека и его замещение двойником, идентичным физически, но не психологически)⁷, (б) Фреголи (ложное узнавание в незнакомом человеке знакомого, обычно преследователя, который отличается от незнакомого физически, но не психологически)⁸, (в) интерметаморфозы (вариант Фреголи, когда пациент убежден, что знакомый и незнакомый подобны и психологически и физически, и заменяют друг друга)⁹ главным образом относятся к другим людям, не к самому себе, хотя некоторые пациенты (например Madame De Rio Branco, описанная Capgras и Reboul-Lachaut) могли утверждать, что в дополнение к двойникам других людей существуют также двойники и их самих.

Между тем, по словам автора, описанный им случай необычен тем, что бредовые идеи Ms. A. относятся исключительно к ней самой [27]. Автор обращает внимание, что, хотя синдром субъективных двойников имеет очевидное сходство с аутоскопическими галлюцинациями¹⁰, эти два феномена далеко не идентичны. Однако, по его мнению, между ними возмож-

⁷ Christodoulou GN, Margariti M, Kontaxakis VP, Christodoulou NG. The delusional misidentification syndromes: strange, fascinating and instructive. *Curr Psychiatry Rep* 2009, 11: 185 – 189, PMID: 19470279.

⁸ Ibid.

⁹ Ibid.

¹⁰ При аутоскопических галлюцинациях пациент “видит” собственного двойника во внешнем пространстве, при этом ощущает свое “я” внутри своего физического тела и отчетливо понимает, что видимый им двойник — галлюцинаторный образ. Olaf Blanke, Christine Mohr // *Brain Research Reviews*. — 2005. — Vol. 50, no. 1. — P. 184 – 199.

на патогенетическая связь и последние могут составлять основу, на которой формируются первые. Ряд клиницистов указывали на частое появление феноменов деперсонализации-дереализации и нарушения чувства знакомости (“уже виденное”, “никогда не виденное”) у пациентов с вариантом Капгра синдрома двойников, а также на схожесть их переживаний с теми, что испытывают пациенты с эпилепсией в момент ауры. Как указывает Christodoulou, синдром субъективных двойников может рассматриваться как результат бредовой переработки первичных аутоскопических, деперсонализационно-дереализационных переживаний и нарушения чувства знакомости [28].

Синдром субъективных двойников в современной психиатрии рассматривается как один из бредовых синдромов ложного узнавания (delusional misidentification syndromes¹¹) [29].

Бредовые синдромы ложного узнавания (БСЛУ) — редкие психопатологические феномены, которые могут встречаться в контексте шизофрении, аффективных расстройств, органической мозговой патологии. Они включают в себя синдромы Капгра, Фреголи, интерметаморфозы, зеркального “я”¹², бредовых товарищей или компаньонов (delusional companions)¹³, а также субъективных двойников и клональной плюрализации¹⁴ [30].

БСЛУ в значительной степени перекрывают друг друга и не являются в полном смысле слова определёнными синдромами, они также не могут рассматриваться как выражение определенного расстройства. Имеются доказательства, что один может перетекать в другой [31].

Посмотрим теперь на различия в понимании причин психического расстройства Голядкина литературоведами и психиатрами.

Так, литературовед И. Рейфман в своей монографии, посвященной влиянию Табели о рангах на русскую литературу высказывает мнение, что причина

психического расстройства Голядкина кроется в его конфронтации с персонажами, носящими более высокие чины и вызванной этим фрустрацией [32]. Исследователь творчества Достоевского Е. Н. Дрыжакова в статье, посвященной анализу природы “помешательства” главного героя “Двойника” и ее связи с “самозащитой личности”, отмечает, что, находясь под впечатлением творчества Гофмана, Достоевский активно интересовался темой душевного расстройства еще в 1838 году, задолго до написания “Двойника”. Его особенно занимала идея баланса между нормальностью и ненормальностью, реальным и мнимым, а кроме того — вызова существующей общественной норме. Ненормальность Голядкина, по мнению Дрыжаковой, — не что иное как самозащита от глубокой фрустрации, возникшей в результате невозможности реализовать свои амбиции [33]. Схожего мнения относительно природы болезни Голядкина придерживается и литературовед Дж. Портер. Для нее причина психического расстройства протагониста “Двойника” — внутренний конфликт, выражающийся в принятии и одновременно непринятии собственной амбициозности, что, в конечном счете выражается в виде “амбиции, сводящей с ума” [34].

Психоаналитически ориентированные психиатры рассматривают феномены ложного узнавания как защитные структуры, при которых негативные аспекты самого себя отщепляются от собственного “я” и проецируются на других людей. Эти примитивные по своей природе психологические защитные механизмы отщепления и проекции могут быть объяснены также теорией регресса: когда высшие церебральные функции нарушаются, реактивируются примитивные модели мышления, характеризующиеся темой двойников, дуализмом, что находит отражение в мифах, примитивных религиях, литературе [35].

Биологически ориентированные коллеги для объяснения причин и механизмов формирования БСЛУ ссылаются на нейробиологические исследования последних лет, показывавшие, что БСЛУ четко коррелируют с церебральными структурными нарушениями, в частности, с нарушением связи между лобными долями и правыми височно-лимбическими регионами (гиппокамп). В результате нарушается процесс упорядочивания информации, лежащей в основе самоидентичности, отношения к себе как именно к себе, а не кому-то другому и связанные с этим эмоции [36].

Заключение

Психиатру, читающему произведение художественной литературы и пытающемуся дать профессиональную оценку психической патологии, которой автор наделяет того или иного персонажа, безусловно, нельзя отказать в праве делать это. Однако, что если психиатр идет дальше? Что если он начинает оценивать литературные достоинства художественного

¹¹ Темин был введен в употребление в 1981 г. и подчеркивает бредовую природу синдромов. Christodoulou GN, Malliara-Loulakaki S: Delusional misidentification syndromes and cerebral ‘dysrhythmia.’ *Psychiatr Clin (Basel)* 1981, 14: 245 – 251.

¹² Пациент не узнает себя в собственном отражении в зеркале. Klein CA, Hirachan S. The masks of identities: who’s who? *Delusional misidentification syndromes. J Am Acad Psychiatry Law.* 2014; 42(3): 369 – 378.

¹³ Пациент верит, что неживые объекты обладают сознанием, способны независимо мыслить и испытывать эмоции. Klein CA, Hirachan S. The masks of identities: who’s who? *Delusional misidentification syndromes. J Am Acad Psychiatry Law.* 2014; 42(3): 369 – 378.

¹⁴ Пациент уверен, что имеется множество его копий, которые и физически, и психологически идентичны ему. Klein CA, Hirachan S. The masks of identities: who’s who? *Delusional misidentification syndromes. J Am Acad Psychiatry Law.* 2014; 42(3): 369 – 378.

произведения на основании того, удалось ли автору так описать психопатологию персонажа, чтобы психиатр мог “втиснуть” ее в одну из признающихся психиатрическим сообществом нозологических единиц? Не трансформируется ли психиатр в такой ситуации в некачественного “двойника” литературоведа?

В. С. Ефремов — автор монографии “Достоевский: психиатрия и литература” и профессиональный психиатр пишет: “При профессиональном [психиатрическом] прочтении художественного произведения никак нельзя забывать о существенном различии как задач литературы и психиатрии, так и их значения в жизни. Фантастическая болезнь фантастического титулярного советника, описанная полторы сотни лет назад, заставляет все новых читателей знакомиться с ней, сопереживать герою, пытаться понять его мысли, вызывает споры литературоведов прошлого и настоящего, возмущение или восхищение критиков. В то время как написанные точно и грамотно (а в отдельных случаях и с определенным “литературным” мастерством) тысячи историй болезни настоящих психически больных интересуют только узких специалистов... Там, где начинается психоз, кончается литературная судьба героев писателя. Голядкин, князь Мышкин, Иван Карамазов — для всех начавшаяся психическая болезнь является завершением их существования на страницах романов. Кончается свобода выбора своего поведения, свободная воля человека (вопрос, занимавший Достоевского на протяжении всего его творчества) — кончается литература, художнику, мыслителю здесь делать нечего, дальнейшее находится в компетенции врача” [37].

ЛИТЕРАТУРА

1. *Christodoulou G. N., Margariti M., Kontaxakis V. P., et al:* The delusional misidentification syndromes: strange, fascinating, and instructive. *Curr Psychiatry Rep* 11: 185–9, 2009.
2. *Достоевский Ф. М.* Полное собрание сочинений в 30 томах. Том 1. Бедные люди; Повести и рассказы. 1846 – 1847. Ленинград: Наука, 1972. Приложение, с. 488.
3. *Погорельский А.* Двойник или мой вечера в Малороссии. Монастырка. Москва: Государственное издательство художественной литературы, 1960. 351 с.
4. *Достоевский Ф. М.* Полное собрание сочинений в 30 томах. Том 1. с. 488.
5. *Ibid*, с. 483.
6. *Достоевский Ф. М.* Полное собрание сочинений: В 30 т. Т. 28, кн. 1. Письма, 1832 – 1859. Л.: Наука, 1985, с. 115.
7. *Ibid*.
8. *Ibid*, с. 118.
9. *Ibid*, с. 119 – 120.
10. *Аксаков К. С.* Три критические статьи г-на Имрек. в *Аксаков К. С., Аксаков И. С.* Литературная критика. Москва: “Современник”, 1981, с. 190.
11. *Набоков В. В.* Лекции по русской литературе. СПб: “АЗБУКА-КЛАССИКА”, 2010, с. 174.
12. *Чижев В.* Достоевский как психопатолог. Москва: В университетской типографии (М. Катков), 1885 г.
13. *Ibid*, с. 2
14. *Федосюк Ю. А.* Что непонятно у классиков, или Энциклопедия русского быта XIX века. М.: Флинта, 2012, с. 96 – 97.
15. *Шелелев Л. Е.* Титулы, мундиры, ордена в Российской Империи. Л.: Наука, 1991, с. 120 – 123.
16. *Гоголь Н. В.* Полное собрание сочинений в 14 томах. Т. 3. Повести. М.: Изд-во АН СССР, 1938, с. 141.
17. *Миронов Б. Н.* Социальная история России периода империи (XVIII-начало XX в.): Генезис личности, демократической семьи, гражданского общества и правового государства. Изд. 3-е испр. В 2-х тт. СПб.: Дмитрий Буланин, 2003, сс. 97, 138.
18. *Достоевский Ф. М.* Полное собрание сочинений в 30 томах. Том 28, кн. 1. Письма, 1832 – 1859. Л.: Наука, 1985, с. 112.
19. *Чижев В.* Достоевский как психопатолог... с. 30.
20. *Ibid*, с. 15.
21. *Мочульский К. В.* Достоевский. Жизнь и творчество. Париж: YMCA-PRESS, 1980, сс. 41 – 42.
22. *Чижев В.* Достоевский как психопатолог... с. 20.
23. МКБ-10. Глоссарий симптомов для психических расстройств. Подготовлено докторами M. Isaac, A. Janga, N. Sartorius. СПб: Оверлайн, 1994, с. 33.
24. *Достоевский Ф. М.* Полное собрание сочинений в 30 томах. Том 1. Бедные люди. Повести и рассказы. 1846 – 1847. Л.: Наука, 1972, стр. 363.
25. *Schneider, Kurt.* Klinische Psychopathologie. Mit einem aktualisierten und erweiterten Kommentar von Gerd Huber und Gisela Gross. 15. Auflage. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag, 2007, ss. 51 – 54.
26. *Christodoulou G. N.* Syndromes of subjective doubles. *Am J Psychiatry* 1978, 135: 249 – 251.
27. *Ibid*.
28. *Ibid*.
29. *Klein C. A., Hirachan S.* The masks of identities: who’s who? Delusional misidentification syndromes. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2014; 42(3): 369 – 378.
30. *Ibid*.
31. *Silva J. A., Leong G. B., Wine D. B., et al:* Evolving misidentification syndromes and facial recognition deficits. *Can J Psychiatry* 37: 574–6, 1992.
32. *Reyffman, Irina.* How Russia Learned to Write: Literature and the Imperial Table of Ranks. Madison, Wisconsin: The University of Wisconsin Press, 2016, pp. 150 – 151.
33. *Dryzhakova, Elena.* “Madness as an Act of Defence of Personality in Dostoevsky’s The Double” in Angela Brintlinger and Ilya Vinitzky, ed. *Madness and the Mad in Russian Culture*. Toronto: University of Toronto Press, 2007.
34. *Porter, Jillian.* Economies of Feeling. Russian Literature under Nicholas I. Evanston, Illinois: Northwestern University Press, 2015, pp. 48 – 51.
35. *Klein C. A., Hirachan S.* The masks of identities: ... 369 – 378.
36. *Ibid*.
37. *Ефремов В. С.* Достоевский: Психиатрия и литература. СПб: Издательство “Диалект”, 2006, с. 103 – 104.

Комментарий редактора. Интересующимся проблемой двойников рекомендуем одну из наиболее полных клинично-психопатологических работ на эту тему Артура Кронфельда “К вопросу о синдроме раздвоения”, републикация которой дана в издании: Артур Кронфельд. Становление синдромологии и концепции шизофрении. Работы 1935 – 1940 гг. — М., Независимая фирма “Класс”, 2006, 231 – 270.

Можно ли квалифицировать бредоподобные фантазии без поведенческих проявлений как психоз?

Разбор ведет А. А. Шмилович¹, врач-докладчик Л. А. Чижова²
(Психиатрическая клиническая больница № 4 им. П. Б. Ганнушкина,
28.11.2019 г.)

Пациентка: Анна Петровна (*имя изменено*), 14.06.2001 г.р., 18 лет, жительница Москвы

Цели клинического разбора:

1. Дифференциальная диагностика между шизо-типическим личностным расстройством (F 21.8), параноидной шизофренией (F20.0) и истерическим расстройством личности, состояние декомпенсации (F60.42).

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

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

Анамнез. Наследственность психопатологически не отягощена. Мать — активная, общительная, волевая, требовательная к себе и окружающим. По специальности психолог, ранее работала в школе, писала диссертацию, хотела стать завучем. В настоящее время работает в фирме мужа. Отец — спокойный, уравновешенный, добрый, является соучредителем строительной фирмы. Сестра (старше на 6 лет) — активная, требовательная к себе и окружающим, целеустремленная, “закрытая”, никого не впускает в свою личную жизнь. По специальности экономист, работает в фирме, с 15 лет проживает отдельно. Бабушка по отцовской линии с 40 лет не работала, была домохозяйкой, по характеру капризная, придирчивая, но добрая, общительная. Дедушка был активным, доброжелательным, “сердечным”, “мягким”, баловал внушек. Пациентка родилась в Москве вторым по счету ребенком от нормально протекавшей беременности, роды в срок физиологические. Росла и развивалась соответственно возрасту, пошла в 9 месяцев, первые слова в 10 месяцев. ДДУ посещала, в коллективе адаптировалась, замечаний со стороны воспитателей не было.

Росла спокойным, послушным, “беспроблемным” ребенком, со слов родителей, “была отстранена от других игр”, т.к. предпочитала заниматься поиском различных насекомых, изучением узоров листьев, облаков, деревьев. Практически не гуляла, любила находиться дома с бабушкой и дедушкой, которые “ни в чем ей не отказывали”. В школу пошла своевременно, в 7 лет, в коллективе адаптировалась, однако близких подруг не имела. После школы дома закрывалась в своей комнате, занималась на компьютере, рисовала. Запрещала входить к ней в комнату, повесила табличку на дверь с указанием, когда можно входить родителям. По настоянию родителей стала посещать театральную студию, однако быстро потеряла к этому интерес. Затем внезапно захотела научиться играть на фортепиано, однако после покупки электропианино быстро “охладела”. Посещала начальную школу “English first” с изучения английского языка. Параллельно с этим ходила на занятия в художественную школу, однако после нескольких уроков была исключена. Со слов матери, ее пригласили на занятие посмотреть “как ведет себя дочь”. В течение занятия девочка внезапно залезла под стул, пряталась, начинала мяукать, своего поведения не объясняла. Сама пациентка уход из художественной школы трактует как “отсутствие таланта”, якобы со слов руководителя. После школы проводила время дома, стала бесцельно бегать по квартире, гримасничала, подражала различным животным (кошке, собаке, обезьяне), старалась залезать на стены, висеть головой вниз, выкрикивая звуки, свойственные этим животным. Училась преимущественно на “хорошо”, в начальной школе периодически с выполнением домашнего задания помогала мать. Делала задания неохотно, матери приходилось неоднократно настаивать на этом. С 10 лет, со слов родителей, охотно ездила на каникулы в лагерь, однако по возвращении связь в дальнейшем ни с кем не поддерживала. На вопросы родителей “как прошло лето?” отвечала: “Скучно, лучше бы сидела дома, только ела и спала”. Из школьных предметов предпочитала естественные науки, особенно био-

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

² Зав. отд. № 23 КПБ № 4 им. П. Б. Ганнушкина.

Можно ли квалифицировать бредоподобные фантазии без поведенческих проявлений как психоз?

логию. Охотно по этому предмету выполняла домашние уроки, ходила на факультативные занятия. С интересом изучала окружающую среду: выращивала растение в условиях вакуума. Настойчиво требовала, чтобы отец купил ей несколько 5-ти литровых банок с запаянной крышкой. Было интересно, как растение, получая только свет, “может жить”. Стала выращивать червей в банке на окне, поливая их молоком для ускоренного роста. Мечтала стать ветеринаром, писала свои исследования (как можно прожить животным на космическом корабле в условиях вакуума), выращивала на окне бобовые культуры. В течение трех лет занималась конным спортом, однократно падала с лошади, однако без травматических повреждений, затем резко прекратила без объяснения причины. Со слов родителей, “всегда пасовала перед трудностями”, после требования тренера повторить тот или иной маневр категорически отказывалась, заявляла, что она “никчемная, ничего не может”. С 11 лет стала отмечать сниженное настроение, стала понимать, что она “никому не нужна”, что сама не стремится к общению, что “ей лучше одной”. Стала раздражаться на собаку, заявляла, что “она специально ее кусает”, срывалась на нее, кричала, не пускала в комнату. На разубеждения родителей не реагировала. По выходу из дома стала перед соседями “закатывать истерики”, кричала со слезами на глазах, что ее “избивают стулом по голове”, что “не дают поесть, морят голодом”. Стала задумчивой, не всегда сразу откликнулась на свое имя, приходилось по несколько раз повторять. Когда мать окликала девочку, та резко с испугом на нее оглядывалась, заявляла матери “боюсь тебя... вдруг ты меня ударишь...”. Стала постоянно ощущать страх и тревогу перед школой. Боялась, что неправильно выполнила дома уроки, перепроверяла себя, хотелось “обязательно быть лучшей... я ведь и так как дылда, высокая... на меня все смотрят...”. При подходе к школе нередко разворачивалась обратно домой. Если не получалось какое-либо задание, называла себя тупой, казалось, что на нее “косо смотрят одноклассники, считают душой”. После школы увлекалась шитьем кукол Вуду, нелепых “зверюшек” (на лапах должны были находиться глаза в виде пуговиц, а лапы игрушек вместе сшиты, чтобы “никогда не расставаться”). Постоянно ходила к школьному психологу, предъявляла множество соматических жалоб, однако мать на этот факт не реагировала.

Цитата из дневника:

17 мая 2015 г., воскресенье

“... мне очень плохо. Болит голова, она кружится, я не могу сконцентрироваться на чем-нибудь. Все тело очень легкое, а голова как свинец. Мне не хватает воздуха, приходится быстро и часто дышать. Мне кажется, что предметы в комнате двигаются, у меня галлюцинации? До конца учебного года осталось 2 недели. Периодические приступы необъяснимого страха...”

Появилось чувство подавленности. А вместе с тем злости и раздражения, как по отношению к себе, так и к окружающим. Стала размышлять о смысле жизни, ее предназначении, о “месте человека и животного в этом мире”, о “нетленных оболочках”, “загробной жизни”.

24 мая 2015 г.

“...я оторвала птенцу голову...просто свернула и отделила от тела. Уверена, ему было больно, но он не научился летать. Его нельзя было спасти. Я ужасна, и я признаю это. Мне доставляет удовольствие чувствовать чужую боль. Как будто я становлюсь другим человеком. Зажимает сердце. А по пальцам проходит приятное покалывание. Приятная дрожь в каждом мускуле...”

Стала холодной, замкнутой, формальной по отношению к родителям, своими переживаниями с ними не делилась. В свою очередь очень злилась на родителей, что те “не интересуются ее успехами”, считала, что им “плевать на нее, занимаются только работой”. С сестрой практически не общалась, считала ее “чужим человеком”. Стала видеть сны фантастического содержания, в которых видела “страшных существ, сущностей”, которые “тянули в лес”, пытались ее убить. Нередко появлялось ощущение “овладения” ею, не могла сопротивляться их приказам. Наряду с этим появились нечеловеческие фантастические сущности, которые “защищали от врагов, выводили на свет”, общались на своем особом языке.

17 мая 2015 г., воскресенье

“G-Ray...я нашла олицетворение жертвенного Агница. Серо-белые длинные волосы, две пряди спереди обвязаны красной нитью (или лентой). На голове 2 закрученных бараньих рога. Несмотря на то, что его животное — пепельный баран, кудряшек у него нет. Розово-красные глаза, зрачок вертикальный. Острые зубы. Слегка пошловатый характер. Верный, преданный, одевается в основном в кимоно. Оружие — штык-ножик с бубенцом...грей ходит теперь со мной везде. Он говорит, что тоже застрял в этом мире. Только его тело-медальон у меня на шее. Он рядом, приятно знать, что я не одна. Он говорит, что у меня паранойя, похоже на правду”

“Зефир и Закарио...Если честно, я не знаю. Кто это...они братья...Зефир — заносчивый мазохист с врожденной способностью влюблять всех в себя и стремлением захватить мир (на меня обворажение не действует)...Закарио очень тихий, я даже его голоса не слышала...первый сообщил мне, что став королем, сделает Закарио своим премьер-министром. Старший явно враг, насчет младшего сомневаюсь...”

“Хару...он мой старший брат, точнее двоюродный. Все его формы делятся на призрачную, обычную, животную”

Называла их и себя “переходниками”. Себя олицетворяла как “Фуккаджуми Сайсо”, которая может ходить между мирами “Пустоты — непонятного про-

странства с огромным количеством дверей; за каждой дверью что-то вроде параллельной реальности, свои переходники и люди... или существа второго плана — безликие, похожие на людей, слабее нас и не имеющие лиц. Есть лишь рот, волосы и гладкая поверхность лица.

Стала отмечать “провалы” в памяти, не могла понять, как она очутилась в том, или ином месте. Появились “странные ощущения в теле”.

12 ноября 2016 г.

“Сегодня я проснулась от того, что стояла посреди комнаты полуголая и одевала школьную форму... О чем я думала, ШКОЛЬНУЮ ФОРМУ! Постоянно преследует чувство, что внутри меня что-то бьется... это не сердце... Что-то сильно давит мне на органы, оно грызет мою душу, а если я его выпускаю, то начинаю плакать... оно передвигается...”

Появилось ощущение нереальности этого мира, не могла понять, проснулась ли она или дальше спит, отмечала нарушения чувствительности.

24 мая 2015 г., воскресенье

“У меня очень странное ощущение от того, что происходит вокруг. Вид из окна кажется мне настоящим, я думала, что это картинка, открывала окно и вытягивала руку. Стараясь дотянуться до нее, но G-Ray меня остановил. Когда я касаюсь некоторых предметов, то ощущаю что-то странное, словно они сделаны из другого материала. Я могу себя легко коснуться и почувствовать адскую боль, могу укусить и ничего не почувствовать (а еще я вкусная)...”

С 13 лет стала вести дневник, где записывала свои переживания, сны, рисовала “переходников”, общалась посредством диалога с “безликими” (например, безликой подругой Машей, которая “выбросила все рисунки”). С этого времени начались менструации, в предменструальный и менструальный период по характеру не менялась. Постепенно стала увлекаться женским полом. Стала общаться с девушкой, однако через неделю рассталась с ней. Со слов пациентки причиной разрыва была “ее навязчивость” по отношению к той. В 16 лет была увлечена своим одноклассником, однако тот не обращал на нее внимания. Родителям же говорила, что “не хочет разрушать пару”, т.к. тот был в отношениях с другой девушкой. В 2017 г. впервые со слов пациентки нанесла себе самопорезы в область предплечья с целью самонаказания за “плохую подготовку к контрольной”. По отношению к бабушке и родителям стала негативистичной, гримасничала, передразнивала их, обвиняла в том, что “они хотят казаться лучше, чем есть на самом деле”.

25 мая 2017 года.

“Какой это прекрасный был сон...я прирезала своих родителей и бабу, размозжив им их головы...затем летала по комнате...”

Постепенно стала увлекаться мыслью, что “можно посмотреть на себя со стороны”, т.к. чувствовала в окружающей обстановке “непонятную игру”. Казалось, что люди “носят маски, постоянно притворяются”, хотелось “сдернуть кожу, чтобы посмотреть на свою сущность в мире, где все люди от рождения ненавидят друг друга, где от одного взгляда демона человек теряет душу, там маски стали единственной и последней надеждой на жизнь. Они сами выбирают себе хозяина. Они дают видеть только что-то нужное, скрывают врагов и страдания. Люди не видят жизни. Они слепы. Люди живут во лжи, и, объятые ею, умирают. Маска исчезает, и миру предстает истинный лик человека: искаженный ужасной гримасой или покрытый блаженным умиротворением. Да здравствуют маски!”

24.08.2019 г.

“Я думала. Оно остановится, оно должно было остановиться. Я разбилась, меня больше нет в пустоте. Я, конечно, была готова, может, поэтому я и не записала свою смерть. Я исчезала постепенно... Левая рука, левое плечо, правая нога, левая нога, часть лица, затем одномоментно разбилось все остальное. Теперь меня нет в пустоте, есть только осколки того, что от меня осталось. Я вырубилась прямо на руках Вайлета. Бедный, бедный кролик, я поступила с ним слишком жестоко. Я, правда, пыталась остаться до этого в одиночестве. Он меня не бросил, был со мной до конца. Безутешный кролик. Надеюсь, он сможет найти себе кого-нибудь еще, ведь кролики умирают от одиночества. Даже после смерти я могу призывать манекенов с типажом Вайлета, чтобы получить резонанцию и одиночество скрасить. Что-то еще сломалось. Я не резонирую, даже Самоэль не может заставить мое сердце биться, я заламываю руки, тряусь, монстры появляются тут и там...”

27.10.2019 “Последний день человека на земле...”

“где-то с августа я стала терять свои эмоции. Мне все безразлично...от моего существования ничего не зависит. Я перестала видеть сны, это самая ужасная пытка...Я чувствую присутствие Самоэля. Я ничего не успеваю...Я никому ничего не должна”

28.10.2019 совершила суицидальную попытку, нанесла самопорезы в область левого предплечья и в области обоих бедер. 30.10.2019 в сопровождении матери обратилась в ПНД по месту жительства, однако в связи с самопорезами после осмотра врачом-психиатром была госпитализирована в ГКБ им. Ворохобова, где провела с 30.10.2019 по 01.11.2019 с диагнозом “Множественные открытые раны предплечья. Депрессивное состояние, суицидальная попытка от 28.10.19 Резаные раны левого предплечья, правого бедра”. В отделении была напряжена, депрессивна, крайне негативистична, дисфорична. В контакт с врачом отказывалась вступать, отворачивалась, неохот-

Можно ли квалифицировать бредаподобные фантазии без поведенческих проявлений как психоз?

но сообщала, что не хочет жить. 01.11.2019 по психическому состоянию была переведена в филиал ПКБ № 4 им. Гиляровского в недобровольном порядке в соответствии со ст. 29, пункты “А, В” закона о “Психиатрической помощи и гарантиях прав граждан...”

План обследования и лечения

Назначено лечение и план обследования: в приемном отделении.

Назначено строгое психиатрическое наблюдение, определена в палату № 2.

Обследования

- клинический анализ крови
- общий анализ мочи
- биохимический анализ крови (общий белок, креатинин, билирубин, АлАТ, АсАТ, глюкоза).

Лечение

- кровь на иммунный статус, ВН
 - кровь на RW, HBS-Ag, a-HCV
 - ЭКГ
 - ФОГК
 - консультации терапевта, невролога, гинеколога
 - контроль АД, t № 5
- Sol. Amitriptylini 1%-2.0 pro injec. на ночь № 5
• Sol. Phenazepamii 0.1%-1.0 in amp. в/м 2 раза в день (утром и вечером)

Психический статус при поступлении: В кабинет заходит замедленной походкой, опустив голову. В сознании. Всесторонне ориентирована верно, продуктивному контакту доступна, однако в беседу с врачом вступает неохотно. Психопродуктивной симптоматики не отмечается. Свой поступок объясняет нежеланием жить, в связи с тем, что “родители достали... поступила не туда, куда хотела, бабка замотала... постоянно плачет... парня нет, и никого не люблю...”. При этом передразнивает родителей, бабушку, кривляется, гримасничает, бранится в их адрес. Называет отца “тупым, безынициативным”, а мать “холериком... только о себе и думает... как же ты (пациентка) нас опозорила...”. Признается, что в институте не имеет друзей, практически никуда не ходит гулять, ребята называют ее “жирной”. Суждения носят поверхностный, примитивный характер. Заявляет, что хотела бы жить одна, при этом, чтобы у нее была “отдельная выплаченная квартира, за которую не надо было платить”, реальных планов на будущее не строит. Голос тихий, периодически на глазах появляются слезы, надувает губы от обиды, всхлипывает. На фоне высоты переживаний периодически пропадает голос. О своем поступке не сожалеет, говорит, что это было обдуманно, “пока родители были на работе”. Причину своего поступка объясняет так: “поступила не в тот ВУЗ, который хотела... никого не люблю... нет парня...”. Об этом говорит спокойным, монотонным голосом. При упоминании о родителях злобно смотрит, взгляд “тяжелый”, заявляет, что они “всегда все за меня решают”, начинает гримасничать, передразни-

вает родителей, бабушку. Говорит, что все они носят “маски”. Мышление без грубых формально-логических нарушений. Когнитивно и интеллектуально сохранна. Агрессивных тенденций нет. Расстраивается, когда узнает, что после выписки вновь “окажется на квартире с родоками”.

Медикаментозная терапия в настоящее время:

Диета ОВД (осн. вар. станд. диеты по Приказу 330 МЗ РФ)	
Режим — Наблюдение	
Haloperidoli 0.005 in tab. По 1 таб. 2 раза в день	Утро, вечер
Clozapini 0.025 in tab. По 1 таб.	Вечер
Trihexyphenidylu 0.002 in tab. По 1 таб. 2 раза в день	Утро, вечер

Лабораторные исследования

Анализы крови и мочи в пределах нормы

Инструментальные исследования

01.11.2019 Флюорография органов гр. клетки.

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

01.11.2019 ЭКГ.

RR-0,64с

PQ-0,15с

QRS-0,04с

QT-0,32с

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

MPT головного мозга от 11.11.2019 г.

Заключение: МР-признаки единичных очагов глиоза в белом веществе лобных и правой теменной долей полушарий мозга. Признаки умеренных диспластических изменений кранио-вертебрального перехода. Гиперплазия носоглоточной миндалины 2 ст.

Электроэнцефалография от 18.11.2019 г.

Заключение: Нарушение биоэлектрической активности мозга (ближе к умеренным) с невыраженным основным ритмом, преобладанием диффузной и периодической вспышкообразной медленной активности — признаки дисфункции срединных структур мозга, предположительно-стволового уровня. Достоверной эпи-активности не выявлено

01.11.2019 Невропатолог

Заключение: менингеальной, очаговой неврологической симптоматики не выявлено.

01.11.2019 Терапевт

Диагнозы: Патологии со стороны внутренних органов не обнаружено.

Экспериментально-психологическое исследование (08.11.2019 г. Психолог С. А. Анохина).

Пациентка правильно ориентирована в месте и собственной личности, во времени — примерно (не может назвать дату, продолжительность пребывания в нашем стационаре указывает крайне примерно). Ис-

пытывает трудности с датированием событий собственной жизни. Не может назвать возраст, по достижении которого пошла учиться в первый класс школы, ответить на вопрос, как давно появились депрессивные мысли и желание наносить самопорезы. Самоповреждения объясняет приступами “самобичевания”, охотно демонстрирует следы от порезов на руках. Мимика обеднена, выражение лица грустное. Жалуется на сонливость, собственное настроение характеризует, как “грустное”. В процессе беседы эмоциональный фон не претерпевает изменений, пациентка сонлива, зевает, сообщает, что плохо спала ночью, так как “приснился кошмар”. В беседе мало заинтересована, по существу собственных переживаний доступна не в полной мере. Мотивация к исследованию достаточная, инструкции пациентка усваивает, обнаруживает знакомство с процедурой экспериментально-психологического исследования (уже проходила данную процедуру в период госпитализации в ПСО). Задания выполняет в замедленном темпе, в процессе работы обнаруживает признаки утомления, которое сама пациентка характеризует, как умеренное. Результаты обследования не интересуются.

Экспериментально-психологическое исследование было проведено с использованием следующих методик: заучивание 10 слов по Эббингаузу, исследование сферы внимания при помощи таблиц Шульте, исследование ассоциативных процессов, опосредованно-произвольного запоминания при помощи методики “Пиктограммы”, исследование сферы мышления при помощи методики “Сравнение понятий”, “Толкование пословиц”; исследование эмоционально-личностной сферы при помощи проективной методики “Рисунок несуществующего животного”, теста цветовых выборов М. Люшера, Многофакторного личностного опросника “Адаптивность”.

По объективным данным: Объем произвольного внимания в норме, процессы переключения, распределения внимания замедленные, присутствуют явления истощения. Динамика выполнения таблиц Шульте составляет 76, 60 и 60 секунд.

Показатель непосредственного запоминания в норме (8, 9, 9, 10), ретенция несколько ниже нормы — 6 слов из 10. Введение опосредования повышает эффективность мнестической деятельности до 100%. Ассоциативный процесс протекает в замедленном темпе, на фоне нерезко выраженных трудностей опосредования понятий высокой степени абстрактности, без отказов. Ассоциативные образы адекватные, наряду со стандартными ассоциациями присутствуют образы с налетом инфантилизма — например, для запоминания понятия “смелый поступок” пациентка изображает “мальчика, который спасает барашка от волка”. Графика пациентки в проективном отношении свидетельствует о тревоге, выраженной эмоциональной лабильности, наличии депрессивных тенденций. Уровень интеллектуального развития пациентки

соответствует возрастной норме и полученному образованию. Решения с опорой на признаки и связи категориального плана являются преобладающими, при возрастании уровня сложности отмечаются соскальзывания на субъективно значимые (умеренно выражено) либо отдаленные (слабо выражено) признаки и связи. Темп интеллектуальной деятельности существенно снижен, временами пациентке требуются значительные произвольные усилия для продолжения работы над заданиями, что свидетельствует об эмоциональном (депрессивного характера) торможении интеллекта. Присутствуют отдельные ответы с опорой на аффективную (депрессивного содержания) логику — так, например, при выполнении задания на сравнение понятий пациентка при сравнении пары “обман-ошибка” дает ответ следующего содержания: “И то, и другое является проступком... когда ты ошибся, то сам виноват, а когда обманули — то виноват другой человек”. Критичность по отношению к результатам собственной деятельности в рамках исследования не нарушена, пациентка способна принимать помощь психолога. Эмоционально-личностная сфера характеризуется наличием депрессии клинической степени выраженности. Проективная диагностика выявляет неустойчивость эмоционально-вегетативного фона, легкость возникновения реакций протестной направленности, повышенный уровень латентной агрессии, напряженность в близких межличностных контактах, стремление скрыть неуверенность, тревогу, переживание чувства одиночества за фасадом демонстративного поведения. Не удовлетворена потребность в получении признания, одобрения, фрустрирована потребность в сохранении собственной индивидуальности, состояние характеризуется крайней разочарованностью, переживанием бессилия.

По результатам тестирования пациентки Многофакторным личностным опросником “Адаптивность” выявляется выраженная потребность в получении помощи, высокие показатели по шкале “F” (агривация) могут расцениваться, как “крик о помощи”. В рамках индивидуального личностного профиля выражены “пики” по шкалам “Депрессия”, “Тревога, психастенические черты”, “Импульсивность поведения”, а также “Аутизация, шизоидная направленность личности”. Оценка состояния пациентки при помощи дополнительных шкал теста выявляет высокий уровень ситуационной тревожности, могут присутствовать расстройства сна, ипохондрическая фиксация, повышенная утомляемость, истощаемость, слабость, утрата способности к продолжительному физическому или умственному напряжению, низкая толерантность к неблагоприятным факторам деятельности, особенно при чрезвычайных нагрузках, аффективная лабильность с преобладанием пониженного настроения, слезливость, гнетущая безысходность, тоска, хандра, восприятие настоящего окружения и своего будущего только в мрачном свете, наличие суици-

дальних мыслей, отсутствие мотивации к профессиональной и учебной деятельности. Коммуникативный потенциал характеризуется недостаточным уровнем развития коммуникативных способностей, затруднениями в построении контактов с окружающими; возможны проявления агрессивности, повышенная конфликтность. При оценке адаптивного потенциала пациентки выявляется низкая нервно-психическая устойчивость, выраженные признаки дезадаптивных нарушений (4 группа дезадаптации по шкале “Дезадаптивные нарушения”). Лица этой группы обладают признаками явных акцентуаций характера и некоторыми признаками психопатий, а психическое состояние можно охарактеризовать, как пограничное.

Таким образом, по результатам психологического исследования на первый план выступает нозологически значимый уровень депрессивных нарушений, высокий уровень тревоги, выраженная дезадаптация, высокий уровень латентной агрессии с тенденцией к отреагированию в форме протестных и аутоагрессивных поведенческих реакций у дисгармоничной личности с сочетанием в структуре характера эмоционально неустойчивых, шизоидных и психастенических черт.

Экспериментально-психологическое исследование (19.11.2019 г. психолог А. И. Белоусова).

Пациентка контакту доступна. В месте и собственной личности ориентирована правильно, во времени приблизительно (текущую дату называет с ошибкой в 3 дня (21 ноября вместо 19), день недели называет правильно). На вопросы отвечает по существу, раскрывает свои внутренние переживания только после наводящих вопросов со стороны психологов, отвечает в несколько замедленном темпе, ответы после непродолжительной паузы, в беседе часто противоречива, искажает данные анамнеза. Во время исследования напряжена, подозрительна (при появлении посторонних лиц становится настороженной, озирается по сторонам, замолкает, продолжает разговор только в их отсутствии). В разговоре эмоционально отстранена, обособлена, однообразна. Эмоциональные реакции и мимика испытуемой обеднены, порой нелепы, не всегда адекватно соответствуют обсуждаемой теме (вспоминает неприятный эпизод из своего детства, когда “родители ругали ее за то, что недосмотрела за собакой и та повредила лапу”, о чем говорит с нелепой улыбкой). Эпизод с нанесением самоповреждений, явившийся причиной госпитализации, объясняет следующим образом: “наносила порезы разными ножками, хотела выпустить кровь, чтобы умереть. Испытывала желание выйти из физической субстанции, освободиться от физического тела, чтобы стать наблюдателем, шире видеть окружающий мир, так будет больше возможностей”, отмечает, что в этот момент выпила около литра ликера (по данным объективного анамнеза бутылка была практически полная, выпила пару глотков). Постоянное употребление

ПАВ отрицает. Пациентка сообщает, что “ощущала воздействие, управление своим телом, что тело кто-то перенес из ванной на пол”. Свои актуальные переживания описывает следующим образом: “мы все принимаем участие в некоей игре, в матрице, и я могу не участвовать в этом, а хочу быть наблюдателем, выйти за пределы физической субстанции”. Суицидальные мысли отрицает, но при этом отмечает, что “и сейчас хотелось бы почувствовать себя свободной, с особенными возможностями”. Отношения со своими родителями определяет как отстраненные, неблизкие, со своей старшей сестрой совсем не общается. Со слов испытуемой, у нее есть один друг, с которым она поддерживает общение по телефону. Пациентка говорит, что “ей нравится рисовать, больше увлечений нет”. Испытуемая отмечает у себя в течение нескольких дней некоторое улучшение настроения, аппетита, концентрации внимания.

Мотивация исследования формальная, результатами не интересуется. Инструкции к заданиям усваивает в полном объеме и в единичных случаях не удерживает. К допустимым ошибкам не критична, к помощи мало восприимчива. Задания выполняет в умеренном темпе.

При исследовании внимания отмечаются достаточные показатели концентрации произвольного внимания, трудностей распределения и переключения внимания не обнаруживается. Отмечаются умеренно выраженные нарушения устойчивости внимания. Динамика отыскивания чисел по таблицам методики Шульце составляет: 31 сек., 36 сек., 48 сек.

Мнестические процессы в норме. Введение опосредования положительно сказывается на мнестической деятельности, улучшает эффективность запоминания до 100%. Ассоциативный процесс протекает в умеренном темпе. Трудностей подбора опосредующих образов, отказов не отмечается. Ассоциативные образы часто оригинальны, инфантильны, субъективно заряжены, с единичными элементами выхолащивания, настороженности, напряженности (например, при запоминании понятия “обман” испытуемая рисует две поверхности монеты, отраженные в зеркале и следующим образом поясняет свою ассоциацию: “неправильное отражение в зеркале — это обман, фальшь”; на понятие “надежда” пациентка рисует звезду, при этом не может пояснить, как это поможет ей запомнить стимульное понятие. Уровень интеллектуального развития пациентки соответствует возрастной норме и полученному образованию. При доступности категориального способа решения мыслительных задач обнаруживаются признаки искажения процесса обобщения в виде актуализации латентных, малозначимых, формальных признаков предметов и явлений (например, в методике “4-ый лишний” пациентка из предметов “секундомер, весы, очки и термометр” исключает “весы”, так как “у остальных есть стеклянные элементы”, из предметов

“яблоко, роза, шуба и книга” исключает “яблоко”: “оно заканчивается на “о”, а остальные заканчиваются на “а”; среди предметов “зонт, фуражка, барабан и пистолет” исключает “зонт” и объясняет, что “другие предметы ассоциируются с советскими черно-белыми фильмами, фуражка и пистолет у милиционера в фильме, барабан у пионера в пионерском лагере”). Признаки искажения процесса обобщения, элементы параноидной логики также отмечаются при сравнении понятий (при сравнении понятий “яблоко” и “кошка” говорит, что “сходство между ними в том, что “у яблока есть кожура, и у кошки есть кожа”; при сравнении понятий “поэма” и “статуя” испытываемая следующим образом объясняет сходство и различия между ними: “их считают нерушимыми как некие изваяния человека, только статуя можно разрушить, а поэму нет”). При исследовании мыслительных процессов обнаруживаются нарушения целенаправленности, разноплановость мышления (например, в методике “Классификация предметов” испытываемая к группе “рабочие инструменты” складывает кастрюлю и ковш и поясняет, что “они кухонные рабочие инструменты и это пересекающиеся группы”, на втором этапе задания складывает вместе все предметы, кроме предметов мебели, и поясняет: “это то, чем человек может пользоваться, а мебель тяжелая, ее нельзя легко перенести”). Критичность испытываемой по отношению к результатам собственной мыслительной деятельности нарушена, пациентка мало восприимчива к помощи психолога.

При исследовании эмоционально-личностной сферы по данным проективной диагностики выявляются нарушения в виде эмоциональной обособленности, наличия эмоционального напряжения, настороженности, легкости возникновения агрессивных реакций, инфантильности, демонстративности, отгороженности в сфере межличностных контактов, тревожности, депрессивной окрашенности актуальных переживаний, чувства одиночества, легкости возникновения реакций протестной направленности. Отмечается низкий уровень поведенческой регуляции, отсутствие адекватности самооценки и реального восприятия действительности. По данным клинической шкалы депрессии CES-D отмечается наличие депрессии легкой степени тяжести (22 балла), по данным шкалы безнадежности Бека выявляется состояние безнадежности умеренной степени выраженности (14 баллов).

Таким образом, на первый план выступают нарушения в эмоционально-личностной сфере в виде эмоциональной обособленности, отгороженности, выраженной настороженности, подозрительности, легкости возникновения агрессивных реакций, инфантильности, демонстративности, депрессивной окрашенности актуальных переживаний наряду с настояраживающими процессуальными нарушениями мышления (тенденция к искажению процесса обоб-

щения, элементы параноидной логики, потеря целенаправленности, разноплановость, некритичность). В актуальном состоянии испытываемой обнаруживается охваченность психотическими переживаниями.

Рассказ по рисунку о семье.

Настина семья.

Все мы дома находимся, просто стоим.

Настин папа флегматичный, спокойный, заторможенный, немногословен, на вопросы отвечает слишком медленно. Папа работает, материально обеспечивает семью. Нередко задает “тупые” (глупые) вопросы, типа, “а ты задание, заданное в университете, сделала?”, при этом он даже не смотрит на меня, не замечает. И тут же Настя говорит, что папа пытается проявлять заботу о нас (амбивалентность, противоречивость). Иногда он интересуется “как я себя чувствую?”. Отвечать ему не хочется, так как он снова начнет “тормозить”, удивится или ужаснется и очень кратко, формально что-то скажет. Таким же был дедушка, его отец.

Мама холерик, взрывная. Одновременно работает в школе и занимается домашней работой. Приготовлением еды, уборкой квартиры, стиркой, глажкой занимается мама. Если ты задаешь ей какой-нибудь вопрос или объясняешь ситуацию, то она поможет решить проблему и, вместе с тем, будет сильно ругать тебя. Когда Настя в ходе нанесения самоповреждений сказала маме, что “ей необходима психологическая помощь”, то мама грубо ответила “как же ты задолбала меня со своими болячками и проблемами”. При этом она сразу обдумывает и начинает что-то делать, разбирается в ситуации.

Сестру зовут Юля. Сестра как человек, которого нет в нашей семье. Мы живем не вместе, и я о ней практически ничего не знаю. У нас с ней нет никаких отношений.

Себя характеризует как меланхолика в большей степени. Чем-то похожа на папу. “Занимаюсь уборкой в доме, могу вымыть пол, погулять с собакой, когда бабушка не может, занимаюсь уроками”. Самая удобная в семье мама. Кто самый счастливый, затрудняется назвать. Самая грустная Настя. Больше всех нравится папа. Он нравится своей мягкостью и тем, что ни в чем не обвиняет Настю. У мамы всегда виновата Настя, регулярно ругает и наказывает. Если куда-то идут всей семьей, то скорее возьмут с собой сестру, ее позовут первой, сестра более социальная, активная.

Психотерапевт от 25.11.2019 г. С пациенткой проведена консультативная беседа.

Сидит в однообразной, напряженной позе, которую не меняет практически на всём протяжении беседы. Выглядит соответственно возрасту. Одето опрятно, в больничную одежду. На предплечьях обеих рук виднеются множественные шрамы, которые пациентка охотно демонстрирует. Мимика невыразительная, маскообразная, выражение лица печальное. Взгляд

Можно ли квалифицировать бредаподобные фантазии без поведенческих проявлений как психоз?

опущен в пол, изредка смотрит на собеседника. Голос тихий, маломодулированный. Отвечает в плане заданного, кратко, приходится задавать дополнительные вопросы, после которых, больная, делает паузы, обдумывая содержание ответа. В своих переживаниях раскрывается не полностью, искажает данные анамнеза, даёт противоречивые сведения. Жалуетесь на слабость, сонливость в течение дня, что связывает с приёмом препаратов. Сообщает, что накануне госпитализации в течение двух вечеров пыталась свести счёты с жизнью, закрывшись в ванной и “выпустив кровь”, нанося самопорезы на предплечья обеих рук. При этом испытывала чувство тошноты, дурноты, ощущение нереальности окружающего, стремилась “выйти из физического тела” и стать “наблюдателем”. Однако суицидальные попытки остались незавершёнными, в связи с тем что “приходилось слишком долго ждать, пока кровь вся вытечет”. “Думала, будет быстрее”. После чего, больная самостоятельно обратилась в ПНД и была госпитализирована в психиатрический стационар. Больной себя считает в течение последних 4-х лет, когда на фоне сложностей с усвоением школьной программы, начала испытывать сниженное настроение, апатию, нежелание ничего делать. В этот период становилась замкнутой, малообщительной. Близкие упрекали в холодности, отстранённости. Подобное состояние продолжалось в течение 2-х месяцев (сентябрь, октябрь) и проходило самостоятельно. Такие эпизоды в дальнейшем, приобрели сезонный характер, возобновляясь каждый осенний период.

Также, после более продолжительной беседы, пациентка поделилась, что начиная с 5-го класса школы (11 лет), отмечала у себя эпизоды беспричинной тревоги, в связи с чем, обращалась к школьному психологу. В своих переживаниях отмечает, что в тот период, из-за очередного внезапного нарастания беспокойства, в сочетании с внутренним напряжением, не могла зайти в класс, либо с трудом досиживала до конца урока.

Взаимоотношение с родителями описывает как формальные, натянутые, отмечает излишнюю холодность, безучастность со стороны матери и отца. По характеру себя описывает как замкнутую, малообщительную. Сама к общению не стремится. Свободное время предпочитает проводить, закрывшись в своей комнате за рисованием, либо просмотром фильмов. Близких друзей не имеет, взаимоотношения со сверстниками носят формальный характер. Фон настроения описывает как ровный, комфортный. На момент беседы суицидальные мысли отрицает. Наличие продуктивной симптоматики отрицает. Сон достаточный. Аппетит в норме.

Работа с пациенткой проводилась в рамках психотерапевтического сопровождения лекарственной терапии, с целью установления контакта с ней, оказания эмоциональной поддержки, формирования настроев

на положительный результат лечения. Применялись методы: психообразовательный, эмпатическое слушание, рациональная психотерапевтическая беседа.

Выводы.

Учитывая вышеизложенное, целесообразно остановиться на клиническом диагнозе: Параноидная шизофрения, период наблюдения менее года, отсутствие ремиссии. F 20.096.

Врач-докладчик: Я хотела бы добавить, по динамике состояния и лечению. Пациентка поступила 1-го ноября вечером, 2 ноября я впервые ее увидела, это была суббота, и впереди были праздники. Поскольку пациентка высказывала суицидальные мысли, я ее немедленно подзагрузила: феназепам два раза в день, и амитриптилин был два раза в день, все внутривенно. При первичном осмотре она очень охотно демонстрировала свои самопорезы, совершенно не стеснялась и не сожалела о случившемся. В течение выходных дней она была тиха, спокойна, замечаний к ней никаких не было, большую часть времени проводила в палате. В понедельник мы пришли все в отделение, смотрели ее с замлаврачом, Майей Юрьевной, она зашла в кабинет шатающейся походкой, такая несчастная, вялая, сонливая, понурилась. На вопросы о своей госпитализации отвечала достаточно формально, что не в тот вуз она поступила, что нет парня, она никого не любит. Причем все это было сказано очень монотонным голосом, без какой-то эмоциональной подпитки. Когда мы спросили ее о планах, почему она хотела быть ветеринаром и так далее, она сказала, что она хотела быть ветеринаром, потому что хотела усыплять животных. Почему усыплять, ведь надо же помогать? “Усыплять — это тоже помогать”, — так она сказала. Потом мы начали говорить про родителей, про их отношения, и тут она посмотрела таким жестким взором, начала смеяться, нелепо хохотать, гримасничать, передразнивать родителей, бабушку, показывать, как бабушка ходит, как отец своим флегматичным тоном с ней разговаривает. И стала заявлять, что слышит в отделении окрики ее имени, что ей стало страшно, что ночью она видела головы из коридора, которые ее звали. Когда она выглянула в коридор из палаты, она видела каменные огромные головы, три, которые говорят: “Ну, ты не волнуйся, мы просто снимаем кино, ты иди, ложись, не переживай”. Причем головы были, с ее слов, устрашающие. Поэтому мы отменили ей амитриптилин, назначили галоперидол, три раза в сутки, и азалептин на ночь, поскольку у пациентки была очень выражена тревога, она рассказывала обо всем с выраженным психоэмоциональным аффектом, плакала, срывалась на крик. Вечером у пациентки поднялась температура. У них был банный день и, возможно, она простыла. Галоперидол она еще не успела получить и азалептин тоже. Ее смотрит дежурный врач по обходу и видит выраженную галлюцинаторную симптоматику. Пациентка говорит, что она видит ужасных монстров в отделении, опять эти головы

встают перед ней, со слезами, криком души она описывает деревья, которые страшно выглядывают из окна в темноте, которые ее душат, которые похожи на смерть, которые мало того, что похожи на смерть, они еще похожи на какого-то мужчину, который над ней нависает и хочет ее убить. Поворачивается на другую сторону, говорит: “А вот это дерево похоже на муравейник или муравья”, — и начинает хохотать при этом. Поскольку у пациентки повышенная температура, ей отменяют нейролептики и назначают антипиретическую терапию. То есть фактически сутки она без какого-либо нейролептика.

Я смотрю ее днем следующего дня. Она начинает рассказывать, что ночью к ней приходили родители, которых она якобы слышала из коридора. Якобы родители шептались о ней, говорили, что хотят сдать ее в интернат. Появились мысли о том, что она слышала, как медсестры в отделении шепчутся, хотят подсыпать ей яд в еду, и не только ей, чтобы отравить всех пациентов в округе, что украдут ее вещи, и также сделают все, чтобы сдать ее в интернат. И в этот момент, то есть на пятый день госпитализации, ко мне приходят ее родители, чтобы спросить о ее состоянии, и приносят мне ее предсмертное письмо, как оказалось. Она сама об этом ничего не говорила и не говорит до сих пор. Она вообще достаточно формальна в общении, все из нее приходится вытягивать клещами. Это письмо она напечатала у себя на компьютере, хотела отправить матери на почту, но так и не отправила, то есть у нее оно осталось в черновиках. Если можно, я зачитаю его.

“Ничего я не потяну. Ваши долбанные желания не определяют мое будущее. Только я могу решать, что будет со мной, как распределять свое время, что носить и с кем общаться. Я могла терпеть это пренебрежение к моей личности, пока мне не было еще 18, но ничего так и не изменилось. Раз в своей долбаной жизни я буду эгоисткой и поступлю по-своему, ведь Вы даже не рассматриваете меня как человека, лицемерное быдло! У Вас ведь столько всего хорошего в жизни, что же Вы ведете себя как семья жадных гопников?” Дальше там нецензурная лексика. *“Украсть чай, украсть пирожки, украсть еще что-то, мне за Вас стыдно! Своим существованием Вы портите столько прекрасных моментов. Мне вообще не нужно было рождаться. Это ненормально, если ребенок мечтает сдохнуть с 8 лет! Это ненормально. Вы никак не отреагировали даже после того, как учителя поставил Вас в известность. Я для Вас — лишь неудавшаяся шутка. Я ходила к психологу в средней школе, потому что была близка к суициду, это мне почти не помогло. Мне пришлось смириться с этой вечной депрессией. Мне пришлось смириться, что эмоционально нестабильная старуха каждый раз забирала меня из школы и делала со мной уроки своим долбанным голосом, от которого у меня болит голова. Вы поставили меня меж двух фронтов: днем мне про-*

мывает мозги бабушка о том, какая она святая и как много сделала для меня, и как не права была моя мама, а потом, вечером, то же самое делает мама. И все это сопровождается постоянным представлением будущего, искривлением его, как Вам вздумается. Вы же продумали абсолютно все, от моего мужа до имени моих детей, и какое образование мне нужно получить. Столько возможностей вскружило Вам голову, а я рыдала в одиночестве от безысходности. А потом поняла, мне не нужно оправдывать ничьи надежды. Мне даже не нужно жить, потому что моя жизнь — бессмысленный кусок растерзанной реальности. Ведь я ничего не добыю, я не буду счастлива, я не могу быть счастлива, потому что в этом мире нет того, что принесет мне счастья. Но я знаю, как его найти. Мое счастье теперь уже — это одиночество и тишина, это туман моих мыслей, который каждый раз, как я выхожу на улицу, относит меня к местам, где я никогда не была. Это странное дежавю каждый раз. Это тот самый момент, когда я, наконец, растворюсь и засну, и перестану существовать. Возможно, я права, и все это — затянувшийся дурной сон, и я проснусь под сенью старого дуба среди бескрайних полей в окружении своих друзей в мире, где я способна на большее, и где бескрайний небосвод и бесчисленные миры переплелись. Мне даже не жалко, если не существует жизни после смерти, и после меня ничего не останется, лишь бы подальше от Вас. Я не хотела вообще писать эту долбаную записку, я хотела уйти тихо, никого не ранив. Но Вы меня выбесили, живите с этим”. Ну, и дальше постскриптум: “Приятного Вам дня!”

Родители, конечно, пришли в шок, потому что мать нашла эту записку, нашла дневник. К слову сказать, в конце этого дневника, на последней странице написано: *“Если ты все-таки нашла этот дневник, обязательно открой флешку в верхнем ящике стола, там, на этой флешке, есть все мои переживания, записки, рисунки”*. Какие-то записи она сфотографировала на свой телефон, в том числе, и эту записку. И подробно описала, где у нее что лежит. Сказала, что: *“Ты можешь взять мои игрушки, какие-то рисунки, вот эти все цветы можешь раздать кому-то”*. И в конце тоже: *“Приятного дня!”* И смайлик.

Потом она стала выдавать всю эту психопродукцию, и мы потихонечку начинаем наращивать ей галоперидол. Сначала по 5 миллиграмм, потом 10, потом 15. На галоперидоле достаточно быстро, в течение 3 – 4 дней купируется психопродукция, она становится мягче по отношению к родителям. Если в первые дни на свидании она говорила: *“Что Вы сюда приперлись?”*, — ничего не хотела с ними обсуждать, то потом она стала общаться с ними уважительно, даже выходила с ними на прогулку. Поела, они принесли ей какое-то питание. Они очень удивились, говорят: *“Она дома так не ест, а здесь поела”*. Была с ними достаточно формальна, но для нее это нормаль-

Можно ли квалифицировать бредаподобные фантазии без поведенческих проявлений как психоз?

но. Но мягче, чем до этого. У нее улучшился сон, она стала спать. Однако в последние дни опять она стала гвоорить о сильной тревоге. Неизвестно, с чем это связано, она не может объяснить, и поэтому ей добавили на ночь клозапин. Она хорошо это переносит. Общается с пациентками своей возрастной категории, ходит на разные мероприятия.

Однократно был такой момент. Приехала кардиологическая бригада к нашей возрастной пациентке, и эта девочка, для которой, в общем, несвойственно кокетство, жеманство, стала достаточно вульгарно кокетничать с врачами кардиологической бригады, подмигивала им, шутила на достаточно скабрзные темы.

В эти выходные она была отпущена в лечебный отпуск на два дня. Ей были выданы лекарства, и они уехали на дачу. Родителей к ней довольно не критичны, у них вообще все хорошо, отец мне сказал: “Спасибо, что Вы вернули нам девочку нашу”. То есть сейчас, я так понимаю, это ее обычное нормальное состояние для них для всех. Я спрашиваю: “А что она там делала?” — “Ой, она так хорошо пообщалась там!” Они ходили к кому-то на день рождения. “Она так хорошо с ними общалась, веселилась, сделала домашние задания ...”. Она студентка первого курса лингвистического института. Сама поступила, учится на бюджетном отделении очно. Хотела поступать в ветеринарный, но набрала по биологии всего лишь 60 баллов по ЕГЭ, а языки ей всегда хорошо давались. Она пришла домой, сделала какие-то задания по иностранному языку, отправила старосте, питалась достаточно, спала хорошо. Когда я ее спросила, как прошли выходные в отпуске, она сказала: “Все было достаточно скучно. Зачем я туда вообще ушла? Ни с кем я не общалась, мне вообще никто не нужен”.

Ведущий: Прошу, вопросы, коллеги.

— Я хотела по успеваемости задать вопрос, но, судя по всему, если поступила на бюджет, она хорошо успевала в школе, да? — *Да, у нее были периодически репетиторы по каким-то предметам, но родители говорят, что она училась хорошо. Особенно ей нравилась биология, она мечтала стать ветеринаром, делала задания дополнительные.*

— Скажите, она среди детского коллектива, школьного не выделялась? Волосы покрасить, побриться на лысо, что-то такое? — *Нет, нет, она как раз достаточно категорична к этому, как в плане улучшения своей внешности, так и наоборот.*

— Шрамов у нее нет на теле, кроме самопорезов? — *Нет, нет. Она только комплексовала из-за своего веса. Она достаточно высокая. У нее 1,75, и в ней при этом 68 килограмм. И последнее время перед госпитализацией ей стало казаться, что сокурсники ее осуждают и говорят, что она жирная. Хотя, повторюсь, она говорит это без какой-то эмоциональной подоплеки.*

— И алкоголь, наркотики? — *Нет, нет. Ни то, ни другое вообще.*

Ведущий: Скажите, что это за попытка суицидальная? Какого рода порезы у нее на бедре? Ей их ушивали? — *У нее достаточно глубокие порезы, прямо до мышцы, это не поверхностные царапки, как у истеричек. Мышца тоже рассечена, но ушивание не делали. Ее смотрел наш хирург, и потом мы делали ей перевязки с левомеколем. А дома они никого не вызывали после того, как она нанесла эти порезы, она просто показала их маме, и они вместе пошли в диспансер. Через два дня. 28-го была попытка, а 30-го они пошли. И еще они поехали в 67-ю больницу. Может быть, там уже не было смысла шить, да, и решили, что на вторичном натяжении зарастет.*

— Вы знаете, я просто заслушался заключением психолога, такое замечательное, и ассоциации очень хорошие, без иронии говорю. Единственное, там в конце говорится про актуальную психотическую симптоматику. Я ее вообще не вижу, а Вы о чем? — *Да, я объясню эту фразу. Когда она с нами была в процессе обследования, заходили люди, она оглядывалась, и в процессе исследования, когда кто-то проходил, она постоянно оглядывалась... Было подозрение, что она еще находится не в стабильном состоянии. Она подхихикивала неадекватно беседе.— А параноидная логика, это о чем? — Может быть, я просто выразилась не совсем корректно. Это были какие-то параноидные преследования. Скорее это какая-то настороженность, подозрительность.*

Ведущий: Спасибо. У меня тоже несколько вопросов. Что было с терапией до галоперидола с клозапином, был амитриптилин с феназепамом? Но там вроде бы еще был сероквель? — *Нет, был кветиапин назначен в приемном покое, но он был отменен, вернее, ей не успели его дать. — Все понятно. То есть назначения врача приемного отделения отличаются от ваших назначений? — Понимаете, впереди были праздники, и я решила, что лучше загрузить депрессивного пациента, чтобы лучше спал, чем он что-то сделал. — Загрузить амитриптилином? — Да.*

Ведущий: Хорошо. И следующий вопрос у меня. Как она себя ведет в отделении сейчас? — *Она тихая, спокойная, тише воды, ниже травы. — А вначале? — Она бегала даже в ажитации с этими галлюциаторными переживаниями, бредовыми, что родители хотят ее в интернат, что медсестры подсыпают яд, вот эти головы... — Что значит, бегала? И кому она это говорила? Она пряталась от медсестер? Преследовала? Нападала на кого-то? — Она пряталась под одеяло с дрожью в теле, с плачем, с криками, что: “Я вижу, я вижу, там вот головы эти!” — Нет, про отравление медсестер, например, было такое, что она нападала на них? — Нет, нет. — Выливалась компот в унитаз? — Нет, такого не было. — То есть такого бредового поведения Вы не видели? — Нет, это именно с ее высказываний.*

Ведущий: Хорошо. Теперь следующий вопрос: она знает, что ее дневники расскреплены? — *Нет. — Почему? — Мать очень просила об этом, потому что пациентка практически все время очень холодна к ней и раздражительна, она категорически не разрешает трогать ее вещи. — Как Вы будете из этой ситуации выкручиваться? — Я не думала об этом. — Это очень тонкая ситуация, мягко говоря, вопросы этики. — Я пыталась ее вывести на эти сущности. Я говорила, что человек, который ни с кем не общается, должен вести дневник, чтоб хоть какой-то был выплеск эмоций и переживаний своих. Но она очень формальна. Я думаю, что если у нее спросить в лоб, есть ли у нее какая-то подруга мнимая, может быть, она об этом расскажет. Психолог с ней пытался говорить, психотерапевт, Мария Александровна с ней тоже пыталась общаться... — Но Вы теперь ставите и нас в сложное положение, потому что вся информация, которую Вы нам дали, из дневников. — Ну, фактически да. — И мы сейчас будем с ней общаться, она недоступна, судя по всему, но у нас-то масса информации есть о том, что было написано в дневниках. И она, естественно, может задать вопрос, а откуда Вы знаете про это. Что отвечать мне? — Она же матери сказала: “Если ты найдешь”. И указала даже, где искать. — Давайте договоримся тогда сейчас все вместе, как этически лучше поступить в этой ситуации. Давайте скажем ей, что все-таки мама принесла дневник врачу. Она же в записке указала, что есть дневник, и даже написала, где его искать. Помому, она в предсмертной записке указала. — Да, но записку она не отправила, она оставила ее в компьютере, в черновиках. Просто мать знает пароль, она зашла в ее почту.*

Ведущий: Ну, так что? Как договоримся, коллеги? — *Девушке станет ясно, что мама зашла в ее почту, и это поставит под удар отношения с матерью. Там вообще отношения плохие с родителями. Но сейчас родители говорят, что она стала мягче, добрее по отношению к ним. С отцом она общается прям-таки хорошо-хорошо, а с матерью все равно как-то настороженно. Сестра не приходит на свидания. — Ну, допустим, но Вы про ее бред вообще ничего не говорите, с ней не разговариваете, не обсуждаете. — Она не открывается, понимаете? Я пробовала про голоса поговорить, может быть, действительно, какие-то сущности, это именно голоса у нее, она: “Нет, ничего нет. Ничего не было этого. Собачка? Ну, собачка, да, там”. Понимаете, она не раскрывается, она очень формальна. — Я это понимаю. Об этом я и говорю. И как ответить на ее вопрос, откуда Вы знаете? В этом же весь вопрос? — Может быть, сказать, что случайно нашли в комнате ее дневник, а я попросила его принести, то есть я настояла на том, чтобы получить эту вещь. — А он бумажный? — Да, да. — Хорошо, тогда мы ей скажем, что мать нашла бумажный дневник и принесла... — Там даже*

есть фотография ее обложки, дневника. — Да, да, тут еще и фотки.

Ведущий: Ясно. У меня еще один вопрос есть к психологам, к психологу. Чем Вы сами объясняете такое контрастное различие заключений с шагом в 10 дней всего лишь? Первое заключение, напомним вкратце, да? Плохо датирует, растеряна, много аффекта депрессивного, лабильного, агрессия, шизоидная направленность личности, с эмоционально неустойчивой, психостенической. И в Вашем заключении: насторожена, подозрительна, воздействие, с когницией все прекрасно, все великолепно, выхолощенность, напряженность, и вот это самое параноидное... — *Когниции, они так и сохранялись, они одинаковы, в принципе, даже улучшилось внимание. На первый план в первом заключении выходило ее психоэмоциональное состояние. На самом деле, различия очень яркой нет, потому что особенности мышления присутствовали и в первом заключении, просто они не были подчеркнуты настолько ярко. Психолог интерпретировал это все в рамках личностных особенностей, в рамках акцентуации больше. В нашем случае, особенно после эпизода, который произошел, на первый план выходили именно операционально-процессуальные нарушения мышления. Я так понимаю, что, возможно, в первом случае была недостаточно исследована сфера мышления, потому что не были даны все методики, которые позволяют это вскрыть, и был смещен акцент обследования больше на эмоционально-личностную сферу.*

Ведущий: Ну, ладно. Давайте пригласим пациентку, потому что мы уже затянули.

БЕСЕДА С БОЛЬНОЙ

— Проходите сюда. Садитесь, Анна. Меня зовут Андрей Аркадьевич. Все присутствующие здесь люди — это врачи, психологи, сотрудники этой больницы. Есть еще, наверное, из других учреждений, но все медики. Так что никого постороннего нет, не волнуйтесь. — *Хорошо. — Сегодня у нас 28-ое число, да? Вы находитесь здесь около месяца. — Да, ровно месяц почти. — Да. Как прошел этот месяц, что изменилось в состоянии? Есть ли какая-то положительная динамика, вообще? Выздоровливаете ли Вы? — Ну, у меня перестали быть перепады настроения. — Погромче немножечко, если можно. — Перестали быть перепады настроения. — Так, очень хорошо. — Пожалуй, само настроение улучшилось. — Хорошо. — Положительная динамика. Не знаю. — Это все? — Я не могу так сходу четко ответить. — Смотрите, все-таки человек лежит месяц в больнице. Не просто лежит, а лечится. Наверное, все-таки можно говорить о какой-то... ну, о каком-то изменении в состоянии, когда он лечится, правда? Вот Вы говорите только про настроение, только ли это Вас беспокоило вначале? — Я не помню. — Вы же совершили самопорезы,*

Вы говорили о суициде. Довольно тяжелое состояние было, судя по всему. — *Ну, вот, оно прошло.* — Какое это состояние? И что прошло? — *Перестала хотеть убить себя.* — Вы об этом можете говорить? — *Ну, да.* — Тогда, если можно, поподробнее, почему Вы решили убить себя? — *Я считала, что вся жизнь — игра, и если я умру, то мое физическое тело умрет, и останется только некая сущность, психическое тело, ну, как душа.* — Ну, да. И что? — *У меня не получилось убить себя?* — То есть Вы хотели себя убить, чтобы жила ваша сущность? — *Ну, да. Потому что мне так более удобно.* — Жить без тела? — *Да.* — Да? — *Да.* — Тело мешало жить сущности? — *Да.* — Я правильно понимаю? — *Да.* — Как орех расколоть? — *По сути, да.* — Хорошо, я только из этого понимаю, что сущность с телом находится в каком-то конфликте? — *Ну, небольшой такой, да, конфликт, можно сказать.* — Ну, по крайней мере, как-то у них негармонично все складывается. — *Просто общество задает такую планку, в которой нужно именно сильно выкручиваться телу. А если ты просто как психическое тело, то никаких преград у тебя нет.* — То есть невидимое? — *Ну, да, неосязаемое.* — Правильно я понимаю, да, это душа, дух? — *Независимое.* — Понятно, понятно. Ну, да, здесь есть еще, я так понимаю, какие-то такие религиозные суждения, может быть, Вы верующий человек, нет? — *Нет, нет. Неверующий человек.* — Жизнь после смерти, вот эти все вещи, как Вы к этому относитесь? — *Ну, вот так и отношусь. Человек умирает как физическая оболочка, остается только его психическая.* — А потом что происходит? Вот есть мир каких-то психических сущностей? Или что? — *Нет, мне кажется, мира нет. Мне кажется, есть у каждой души свое... своя подреальность.* — Подреальность? — *Да.* — Ну, и кто там еще в этой подреальности-то? — *Никто.* — Эти души как-то пересекаются друг с другом? У них есть взаимодействие или нет? — *Мне кажется, что нет.* — У каждого своя реальность? — *Да.* — А дальше что? — *И все. Ты остаешься, ты как наблюдатель, смотришь за тем, что происходит вокруг тебя.* — Зачем? — *Кому-то так нравится.* — А? — *Кому-то так нравится.* — Кому-то? Кто-то этим ведает? — *Ну, нет. Как, например, я бы хотела бы остаться как психическая реальность... ой, психическое тело и смотреть за тем, что происходит вокруг меня.* — Понятно. Можете ли Вы сказать, что в Вашем теле кроме вашей души, есть еще чья-то или какая-то? — *Нет.* — Вы что-то подобное говорили, во всяком случае, я вот... мы сейчас слушали доклад врача Вашего, как Вы жаловались на свои проблемы, говорили про проблемы с сердцем, что там что-то стучится, но это вроде бы как и не сердце. — *Нет, у меня проблемы с сердцем. Я считаю, это из-за того, что у меня малокровие.* — Да? — *Да.* — У Вас анемия? — *У меня анемия.* — С детства? — *Нет, началась после... как это называется? Переходный возраст?* — Вы что-то

принимаете, какие-то лекарства? — *Да.* — Железо? И как она проявляется, эта анемия? — *Головокружение, слабость, тошнота иногда, головные боли.* — Понятно. Вы решили совершить самоубийство только сейчас. Насколько я понимаю, все эти вопросы стали Вас волновать значительно раньше? — *Ну, да.* — Когда? — *Ну, года... несколько лет назад. У меня просто каждый... — Сейчас Вам 18, да? Как будто бы с 11, вот у Вас что-то такое.* — *Что-то такое, да.* — Уже было, да? — *Да.* — Как это все, вообще, начиналось? Вот все это представление о себе, о происходящем там, о мире? — *Ну, я не знаю, меня мать била. Ну, и у меня из-за этого депрессивное состояние было сильное, серьезно. Ну, я считаю. Но при этом это как бы никто не замечал и...* — А за что она Вас била? — *Да там какие-то... уроки не так сделала, ошибку там какую-то совершила. (Плачет). Извините.* — Ошибку какую? В смысле, когда готовилась? Когда делала домашние задания? А! И как она Вас била? — *Головой об стол.* — Так, а потом? — *(Шепчет). Била еще (неразборчиво).* Как Вы реагировали-то на это сами? — *Плакала.* — А не думали отреагировать на это адекватно? То есть, ну, она дерется, и Вы тоже в ответ. Или защититься как-то, физически крепкая девочка. — *Но она же мама моя.* — А? — *Она же...* — Ну, а Вы ее дочь. Ну, защититься Вы могли как-то физически от этого? Спротивляться, спрятаться, убежать, закрыться? Нет? Почему? — *Потому что не было куда бежать.* — Почему не было куда бежать? — *А куда ты побежишь?* — Ну, не знаю, во двор. А? Нет. Ну, может быть, тогда обратиться к кому-то за помощью? Там, наверное, папа тоже присутствовал? — *Я пыталась. (Берет воду). Спасибо большое.* — Пыталась, и что? — *Он не реагировал никак.* — Не реагировал? Но все-таки Вы что, как Вы это делали, как Вы пытались? — *Звала папу. Он не реагировал. (Плачет).* — Ну, ясно. Мама всегда такой была или периодически? Там волнами, что называется, на нее накатывало, она становилась злобной, а потом опять доброй, теплой, хорошей? — *Ну, вот так, наверное.* — Так было, да? — *Да.* — Ну, да. Ну, наверное, это свойство характера вашей мамы, у нее меняется настроение? — *Наверное.* — Что поделать. Так что же, Вы считаете, что с этим связана ваша болезнь, ваша проблема? — *Да.* — Да? Только с этим? — *Нет, не только.* — А с чем еще? — *У нас в семье очень сильный разлад. Бабушка, мама папы, у нее с моей мамой очень сильный конфликт, вот. И они поставили меня посередине этого конфликта, и я не знала, что мне делать.* — Каким образом? — *У них на одну историю родилось два разных мнения. И оба мнения мне пытались внушить. А я не знаю.... (Плачет). Сложно.* — Понятно. Но это же их взаимоотношения-то? — *Но это в конфликте меня.* — Нет, подождите. Конфликт был между ними? — *Он и есть.* — Вы занимали стороннюю позицию в этом конфликте. То есть он Вас вообще никак не касался. Просто когда Вы оставались наедине с мамой

или с бабушкой, я понимаю так, да, каждый из них Вам рассказывал о содержании этого конфликта по-разному, по-своему? — Да. — Но это же не вовлечение Вас в конфликт. — Нет, они именно говорили, что “Вот, а твоя мама, она такая-то, такая-то, такая-то! Потому что сделала вот то-то, то-то, то-то”. А потом со стороны мамы идет “Вот, а твоя бабушка, она такая-то, такая-то, потому что вот тогда-то, тогда-то она сделала вот это, вот это. А я вообще ангел во плоти и все такое”. — Нет, вовлечение Вас в конфликт было бы в том случае, если бы каждый из них говорил Вам, что делать в связи с этим. Перестань общаться с бабушкой, например, да, там или... — Ну, было такое. — Или там... а? — Было такое. — Было такое? Ну, хорошо. Но Вы же могли просто выйти из этого самостоятельно, это же не обязательно было в этом участвовать. — Ну, как из этого выйти самостоятельно? — Ну, сказать “Я не хочу об этом говорить”. Не знаю, еще что-то. — Так можно было? — Ну, конечно. Почему нет? — Ну, блин... — Ну, ладно. Значит, это было где-то, когда Вам было около 11? — Нет, это до сих пор. — Ну, начиналось тогда? — Да. — Начиналось тогда. Учились Вы хорошо? — Да. — Я так понимаю, что Вы... особенно Вам хорошо даются языки? Вы учитесь в МГУ, да? — Да. — Там тоже успешно? На первом курсе? — Да, на первом. — Как к сессии-то подходите, нормально? — Ну, месяц пропустила. — Из-за болезни? — Да. — Ну, это понятно. — Придется хвосты закрывать. — А так-то все хорошо? Если вот не этот месяц... — Математику трудно. — Вам нравится учеба там? — Вроде да. — Как у Вас группа? — Нормальная. — Много человек? Около 30? — Нет, нет. — Поменьше? — 15... 12, у нас... — 12? — Да. — Ой, маленькая! А факультет какой? — Информационная безопасность. — В МГУ такой факультет есть? — Да. — Я не знал. — Представляет? — Странно. Вроде бы гуманитарный вуз, а... Ага, ну, хорошо. И что, и кем же Вы будете? — Кем-то вроде системного администратора. — Вот так? Ну, а к языкам-то это имеет какое-то отношение? — Нас учат языкам. Просто дополнительно. — Наверное, это недавно открывшийся факультет? — Да, там не очень много... — Были ли у Вас конфликты с преподавателями, может быть? — Нет. — Понятно. Сейчас-то, я надеюсь, не нужно проверять, как Вы домашнее задание делаете? — Да нет! Конечно, нет. — И бить Вас головой об стол. — Конечно, нет. — Вы сами все делаете, да? У Вас, может быть, завязались какие-то тесные отношения с кем-то из институтских однокурсников? — Нет. — Подруга какая-нибудь появилась, может быть, близкая там? — Да у нас просто дружный коллективчик. — Бывает, что Вы всей группой куда-то идете? — Ну, без меня обычно. — Почему? — Ну, я не люблю, когда большими группами куда-то ходят. — Что Вы не любите? — Когда большими группами куда-то ходят. — Ну, чего тут большого, 12 человек?

— Для меня это большая группа. — Много? И что же, Вы отказываетесь? Все собираются, а Вы говорите “Нет”? — Я говорю “Нет”. — Почему? — Потому что не хочу. — Значит, не совсем уж и дружный коллективчик, раз Вы не хотите. Что-то у Вас не так с этим коллективчиком. — Наверное. — Вам сложно общаться? — Да нет. — Или Вы опасаетесь чего-то? — Нет. — Ну, хорошо, бывают, наверное, проблемы у каждого человека с общением, да, с окружающими. У Вас-то тоже так бывало? — Проблемы?.. — Ну, допустим, проблемы с доверием, с тем, чтобы открыться человеку, как-то с ним начать откровенничать. — А это разве не у всех так? — Ну, я и говорю, что почти у каждого, да. — Ну, вот. — Вот я хотел просто спросить, как это у Вас? — Я не стану открываться прямо сильно. — Ну, ясно. Тогда получается, что Вы довольно такой замкнутый человек, нелюдимый. Вот у Вас есть сейчас вуз и дом, и все? — Ну, да. И будет еще дневной стационар, я надеюсь. — Вам бы хотелось? — Да. — Ну, я тоже надеюсь. Если это так, то это должно Вам помочь. — Должно. — Но Вам комфортно вот в таком уединенном состоянии?.. — Да. — Жизненном пространстве, да? — Да. — Но это Вы еще с детства, насколько я знаю? — Ага. — Вы там табличку вешали на дверь с расписанием приема населения. Ну, вроде так Вы говорили маме, а мама говорила доктору. — Я... нет, я просто повесила табличку, чтоб меня не будили с утра рано, потому что у меня пары начинались с 11. — А я-то понял не так, что Вы повесили табличку, и там часы, когда можно Вас беспокоить. — Ну, да. Не будить. — Ну, так и есть. — Не будить с утра просто пораньше. — Ну, хорошо. Ясно. Что было еще? Может быть, какие-то можете еще назвать стрессовые ситуации из вашей жизни, кроме этого конфликта с мамой, какие-то еще проблемы? — Ежедневные или просто сильные? — И так, и так. — У меня бабушка умер. — Так. Любили бабушку? Ну, что поделать, жизнь конечна. Какие-то, может быть, с Вами еще происходили ситуации, коллизии? — Нет, я не помню. — Не было? Каких-то необычных вещей, явлений? Что Вы любите? Любите читать, рисовать, слушать музыку? — Читать, рисовать, музыке, в компьютере заниматься. — А в компьютерах что, игры какие-нибудь? — Ну, да. Разные. — Много играете? — Достаточно. — Какие у Вас игры? — “Песочницы”. — Это что за игра такая? — Это не игра, это жанр игры. — Ну, в двух словах можете описать? — Да, открытый мир, и ты в этом открытом мире делаешь, что хочешь. — Строишь дома какие-то, аэропорты? — Да, да, да, вот такие все. — Города. И долго можете играть в эту игру? — Очень. — Она же скучная! Чего там?.. — Нет, не скучная. — А в стрелялки всякие, бродилки, нет? — Нет. Нет. — Не играете? Хорошо. А соцсети? Вы зарегистрированы там? — Да, в “ВКонтакте”. — “ВКонтакте”, Instagram у Вас есть? — “Инстаграма” нет. — Facebook, может быть? Нет? — Нет. — Только

“ВКонтакте”? — “ВКонтакте”. — Там Вы насколько активны? Что у Вас?.. — *Я использую его как мессенджер.* — Только? — *Только. Ну, и музыку слушаю иногда.* — А выложить какие-то свои фотографии, может быть свои истории? — *Я выкладываю только свои рисунки.* — Рисунки? — *Да.* — У Вас есть, значит, свой зритель? — *Ну, это мои друзья просто.* — Подписчики? — *Только друзья мои.* — Так у Вас есть друзья? — *Ну, те...* — А я-то думал, Вы такая прямо одиночка. — *Да.* — Много их? — *Нет, не очень.* — Откуда? — *Школа.* — Можете о них что-то сказать, что это за люди? Что за компания? — *Просто мои бывшие одноклассники некоторые.* — Вы встречаетесь? — *Нет.* — Куда-то ходите? — *Нет.* — Только в “ВКонтакте”? — *Да.* — Контактуете и все. Все-таки Вы нелюдимый человек, значит. — *Наверное.* — Ну, хорошо. А фантазировать Вы любите? Мечтать, фантазировать. — *Да.* — Многие дети это любят. — *Я тоже люблю.* — Ну, и кто герой ваших фантазий? — *Я.* — А еще там есть какие-то персонажи? — *Ну... да.* — Может быть, из фильмов, из комиксов?.. — *Нет, нет. Просто мои придуманные.* — Вы сами придумываете их? — *Да.* — Расскажите немного об этом? — *Я не хочу. Можно я не буду?* — Вы не хотите, чтобы знали об этом? — *Ну, да.* — Это большая тайна? — *Нет, просто мне некомфортно об этом распространяться.* — Ну, понятно. Никому? — *Никому.* — Никто о них не знает? — *Никто не знает.* — Тут же, понимаете, какая вещь, психиатрам нужно об этом знать не из любопытства, мы же хотим понять, больны Вы или нет. — *И какую болезнь Вы у меня ищете?* — Знаете, я, вообще-то, ищу у Вас здоровье. Для меня важнее, чтоб Вы были здоровы. Но так как Вы здесь месяц уже, значит, я понимаю, что есть болезнь. И здоровый человек все-таки не будет себя убивать. — *Вы считаете так?* — Думаю, да. Во всяком случае, каких-то веских причин я пока не услышал для того, чтобы уйти из жизни. Поэтому я и хочу понять, что это за болезнь, и как ее лечить, как помочь. Но доктора, кстати говоря, видят улучшения Вашего состояния. Вы принимаете лекарства, и Вам стало лучше, Вы стали поспокойнее, Вы стали менее раздражительны. Да? — *Ну, да.* — А Вы сами чувствуете это? — *Не особо.* — Нет? Ну, я тогда не буду просить Вас о том, чтобы Вы их описывали, этих персонажей, сущностей этих, но, может быть, Вы просто расскажете о том, насколько Вы с ними близко и тесно общаетесь? И о чем это? — *Ну, просто путешествия.* — Какие путешествия? — *Бесконечные.* — Бесконечные? — *Да.* — Да, бесконечные. — *Ну, мы просто идем куда-то компанией. Что-то происходит, мы с этим справляемся. Потом продолжаем идти.* — То есть, в принципе, получается, что вся ваша жизнь у Вас внутри? — *Получается, да.* — Внешне Вы обычная молодая девушка, которая иногда себе режет вены, а так, в принципе, ничего особенного? — *Ну, да.* — А внутри творятся вообще невероятные события, красочные,

яркие? — *Да.* — И никого не пускаете туда вообще? — *Вообще.* — Ну хоть одним глазком-то глянуть можно? — *Нет.* — Категорически? — *Категорически.* — Но там ярко, там все хорошо, там тепло? — *Да, да.* — Красиво? — *Да.* — Там нету злых? — *Злые есть, но я с ними борюсь.* — Как? — *Ну, как?* — Ну, как со злыми бороться? — *Уничтожаю.* — Уничтожаете их? — *Да.* — Каким образом? — *Убиваю.* — Прямо вот так кровожадно, с кровью, с криками? — *Нет. Нет.* — С автоматами? Или как? — *Нет.* — А как? — *Ну, просто они были, а потом их нет.* — Вы просто их выключаете? — *Tuna того.* — Вы же сами можете управлять своей головой? — *Да, да.* — Или не всегда? — *Нет, я управляю своей головой.* — Я знаю людей, которые говорят, что иногда у них теряется контроль. Как будто бы мысли перестают течь, как надо человеку. Они сами по себе начинают мыслить. Вам не знакомо такое состояние? — *Нет.* — Кто-то управляет вроде бы, направляет, что-то говорит Вам? — *Нет. Нет.* — У нас в психиатрии это еще называется “голоса”. Вам миллион раз задавали вопрос про голоса... — *Да, да.* — Кстати, Вы отвечали положительно. Вы говорите, что Вы слышите оклики. Вас кто-то как будто окликает ночью. И даже видели три здоровых головы в коридоре. — *Две.* — Нашего отделения. — *Две.* — Ну, хорошо, две. — *Это была галлюцинация.* — Какая? Что за галлюцинация? — *Ну, я ночью проснулась на полу. Пыталась подняться, услышала голоса.* — Так. — *Это были две головы каменные в окне.* — То есть каменные головы говорили? — *Да.* — Вы видели, как шевелятся их губы? — *Да. И слышала голос.* — Они говорили Вам что-то? — *Да.* — Так это все-таки в окне, это не в коридоре, на улице? — *На улице, за окном.* — А я понял, что это внутри отделения, в коридоре. — *Нет, за окном.* — Все, теперь понятно. А почему Вы решили, что они Вам говорили? Мало ли кому, там же много людей? — *Потому что это было ночью, и только я была одна, проснулась.* — В соседней палате тоже могли видеть их. — *Они на меня смотрели.* — И Вам говорили? — *Да.* — Они обращались к Вам по имени? — *Нет, они говорили “Пусть эта девочка уйдет”. Чего-то такое.* — Куда? — *Я мешала тут. Я мешала, они... они снимали какой-то фильм, я мешала тем, что я проснулась.* — Ах, вот как? — *Да.* — А сам сюжет фильма Вы не видели?.. — *Нет. Но я знала, что происходит.* — Съёмочную группу, площадку? — *Нет, но я знала, что происходит.* — Там был какой-то свет особый, может быть, яркий за окном? — *Нет.* — Нет? Как это бывает. — *Нет, там был человек с камерой. Ну, камера, это было само окно.* — Камера была окно? — *Да.* — Вы говорите “Я знала, что там происходит”. — *Да.* — Откуда это знание? — *Я не знаю.* — Но это вдруг в голове было такое знание? — *Я просто знала, что там происходит. Да.* — Появилось такое знание? — *Да.* — И сколько же длился этот эпизод галлюцинации или как Вы это называете?.. — *Минуты три.* — А

потом? — *Потом я встала, вышла в коридор, и там ничего это не оказалось. Потому что...* — Так в коридор или куда?.. Это же на улице. — *Нет.* — Вы пошли их разглядеть получше? — *Я пошла в коридор, чтобы прекратить вот это все происходящее.* — Понятно. — *А там ничего не оказалось, там были только санитарки. Получилось, что как будто мне приснился кошмар.* — И что? — *И я испугалась.* — Вы себя сами потом так вели, что всем было видно, что Вы продолжаете видеть и слышать это все, кричали, прятались под одеяло “Там вон эти рожи!” — *Ну, я испугалась их.* — Так Вы их видели и дальше? — *Нет.* — Слышали? — *Нет. Как только я вышла в коридор, они пропали. И все.* — Понятно. Такой еще вопрос у меня к Вам. Вы планировали стать ветеринаром? — *Да.* — А потом вдруг резко изменили свою профессиональную ориентировку, и решили стать системным администратором? — *Да.* — Почему? — *Потому что на ветеринара мне не хватило баллов ЕГЭ поступить на бюджет.* — Там же разные экзамены совсем. — *Так я все и сдавала.* — Там биологию надо сдавать, а здесь языки. — *Так я и биологию, и языки сдавала.* — То есть Вы сдавали больше ЕГЭ, чем другие дети? — *Да, получается, да.* — А если бы хватило, Вы бы пошли ветеринаром? — *Да.* — Разные совсем специальности. — *Ну, и что?* — Вы не жалеете об этом? — *Не особо.* — Хорошо, ладно. Я понял. Никак Вы не хотите нам рассказывать. Может, Вы где-то описывали это, кому-то говорили, рассказывали? — *Что?* — Ну, что с Вами происходит внутри. — *У меня дневник есть.* — Об этом знает мама? — *Наверное.* — Вы его пишете от руки? — *Да.* — Я Вам открою секрет, мама этот дневник нашла. И сообщила об этом врачу. — *И отдала его?* — Ну, конечно. — *Кошмар!* — Мы не можем об этом Вам не сказать. Мы считаем честным об этом сказать, потому что... — *Спасибо.* — Потому что мы ведь теперь знаем что-то из этого Вашего внутреннего пространства, о котором Вы сейчас говорите. Но я надеюсь, Вы понимаете, что врачи в этом смысле очень четко блюдают принцип конфиденциальности информации. Поэтому дальше, чем этот зал, это никуда не уйдет. Я что хочу сказать, что эти существа, которых Вы описываете там, они все очень похожи на персонажей различных комиксов, каких-то аниме, например, да? Это то, что очень популярно сейчас, я знаю Ваше поколение, многие этим занимаются, увлекаются, интересуются, обмениваются этими комиксами, да? — *Угу.* — Вы тоже так, фанатка этого? — *Ну, скажем так.* — И имена, которые Вы им дали, это больше похоже на японские имена. — *Ну, не совсем.* — Или что-то в этом роде? — *Да.* — Это все-таки выдумки Ваши, или Вы узнали про это? — *Про что?* — Ну, где-то слышали про то, что есть такой персонаж, которого так зовут. Или Вы сами его создали и сами его назвали? — *Сама создала, сама назвала.* — Да-да-да, и там есть злые и добрые, между ними какое-то идет состязание... — *Да.* — И этот внутренний

мир, бывает, что он как-то все-таки пересекается с внешним, растворяется? Ну, вот... — *Нет.* — А то, что есть во внешнем мире, оказывается в том, внутреннем и наоборот. — *Да нет.* — Все-таки есть четкая разница? — *Да.* — Между этим и тем? И теперь самый главный вопрос, Вы можете сказать, что этот мир выдуманный полностью? — *Который из?* — Внутренний. — *Ну, да, полностью выдуман.* — Полностью выдуман? — *Да.* — Полностью? От начала до конца? — *Ну, да.* — Невыдуманные только эти две головы? — *Ну, я их видела! (Слабо смеется).* — Я понимаю. А все остальное выдуманное? — *Да.* — Все, что Вы там пишете, в дневнике? — *Ну, да.* — Понятно. А теперь, Аня, несколько вопросов доктора Вам еще зададут, хорошо? — *Хорошо.*

Ведущий: Прошу Вас, коллеги. Какие вопросы?

— Скажите, пожалуйста, Вы в дневнике описывали эпизод, когда Вы проснулись ночью и вроде как одевали школьную форму. — *Да.* — Это тоже сон был? — *Нет...* — Или Вы действительно очнулись, одеваясь? — *Нет, я очнулась у себя в комнате, надевая школьную форму.* — А с Вами бывало такое еще раз? — *Нет.* — Это единственный раз такой случай был? — *Да.* — Скажите, обмороки были у Вас когда-нибудь, солнечные удары, что-нибудь в этом духе? — *Были. От малокровия.* — То есть сознание теряли? — *Да.* — Как часто? — *Ну, очень редко.* — Но это было несколько раз? — *Да.* — В машине Вас укачивает? — *Да.* — В баню когда-нибудь ходили? — *В баню?* — В русскую, финскую? — *Нет.* — Почему? — *Не помню. Не знаю. Там жарко, неприятно.* — Неприятно, жарко. А вот в вашей истории проскочило слово “дежавю”. Это что, было с Вами подобное когда-то? — *Постоянно.* — Что Вы имеете в виду? — *Когда начинаю что-то делать и понимаю, что уже это делала много раз. Или накладываются картинки.* — А можете подробнее чуть-чуть? Просто пример, как это было. — *Ну, я иду и вижу, что девушка сейчас упадет, и она падает. И я понимаю, что я не могла никак до этого знать, но картинка, она есть, что девушка упала.* — То есть это уже виденное? — *Да.* — А так, чтобы обстановка, в которую Вы пришли, знакомой казалась, никогда? — *Ну, редко... нет, наверное, нет.* — Когда Вы смотрите телевизор, там что-то бывает такое, что — раз, потеряли нить? Пропал смысл происходящего? — *Да нет. Нет.* — Спасибо.

— Аня, Вы же ходите на психообразование, правильно? — *Да.* — И там мы обсуждали тему симптомов. И Вы тогда сказали, что хотите избавиться от бессонницы, да? И от бреда. — *Я тогда неправильно поняла задание. Я думала в принципе, если бы была вся симптоматика, какую нужно убрать из.* — То есть, у Вас никакого бреда нет и не от чего избавляться, правильно? — *Правильно.* — Спасибо.

— В своих дневниках Вы упоминали о том, что мир, в котором мы живем, устроен как матрица. Могли бы нам пояснить Ваше видение, как это для Вас?

Что это для Вас значит, как это в Ваших глазах выглядит? — *Матрица, в смысле?* — Ну, наш мир, в котором мы живем, в Вашем понимании. — *Ну, это один из многих миров, которые возможны. В эти миры можно попадать, можно из них выходить.* — Это Ваша фантазия или это видение? — *Ну, фантазия.* — То есть, это относится к тому, что выдуманно, или это некая философская концепция того, как мы живем в целом? — *Нет, это выдуманно.*

— Аня, Вы говорили, что эти персонажи являются переходниками, между чем и чем? Между вымышленным миром и настоящим, реальным миром? — *Нет, между матрицами.* — Между одним вымышленным миром в другой вымышленный мир? — *Да, да.* — Аня, а в реальном мире Вас что-то интересует? В реальности? Может быть, какая-то литература, фильмы, кино, музыка? Что Вы любите? — *Много разного.* — Ну, например, какую музыку Вы любите? — *Разную.* — Ну, самое любимое какое-то есть произведение? — *Любимого одного нет.* — А какого направления? Это современная, электронная музыка? — *Японский поп, английский фолк, русский фолк.* — А живопись? Вы знаете художников, которые рисовали фантастические картины? Ну, Гойя, “Капричос”, не видели никогда? — *Нет.* — Образы фантастические на картинах. — *Нет.* — Нет? Никогда не видели? — *Не видела.* — А ходите вообще в галерею? — *Да, иногда. С родственными.* — И какую живопись Вы любите? — *Айвазовский нравится.* — Айвазовский? То есть реальная живопись? — *Да.*

— Аня, расскажи, пожалуйста, мы с тобой разговаривали, и ты говорила, что чувствуешь постоянное присутствие с тобой одного из переходников, Смайли, да? — *Угу.* — Как ты это чувствуешь, расскажи, пожалуйста. — *Ну, это просто касания.* — В какое время, при каких обстоятельствах касания? — *Это не зависит ни от времени, ни от обстоятельств.* — Где он касается? — *Везде.* — Это нежные касания, приятные? — *Да. Да.*

В. Н. Гладышев, зам главного врача: Извините, я снова в реальность. Вас направили в связи с нанесением Вами порезов на ноге. Так ведь? И на руке. — *На обеих руках и обеих ногах.* — Вам, я понимаю, очень неприятно вспоминать об этом. Это же был осознанный какой-то поступок или подготовленный? — *Да. Да.* — Вы инструмент подготовили? — *Да.* — Что это было? — *Канцелярский нож.* — Канцелярский нож? — *Да.* — Из набора, органайзера, Вы имеете в виду, который выдвигается? — *Да, да.* — Понятно. Решили и руки, и ноги порезать? — *Да.* — Почему? — *Потому что мне не хватило сил вдоль разрезать руку, и я подумала, что если я нанесу себе большое количество порезов, рано или поздно из меня вытечет вся кровь.* — Ну, вдоль-то и не наносят обычно. Как раз режут-то поперек. — *Чтобы умереть, нужно резать вдоль.* — Понятно. Кровь текла и прекратила течь, да? — *Да.* — То есть она сама свернулась, и потом вы ста-

ли искать выход из этой ситуации? — *Да.* — В комнате было много крови? — *Нет, это была ванная.* — В ванной, хорошо. Вы потом сказали маме, да? — *Я ей сказала только после второй попытки.* — Но Вы же вышли из ванной. — *Ванная была наполнена.* — Я понимаю. Вы встали, пошли к себе в комнату, кровь не текла уже ведь, наверное? — *Да.* — То есть кровь остановилась? — *Да.* — А на второй день Вы уже сказали маме? — *На второй день я сначала попыталась опять вскрыться, потом сказала маме.* — Как мама отреагировала? — *Не очень.* — Что-что? — *Не очень приятно отреагировала.* — То есть она позволила себе несколько высказываний в Ваш адрес? — *Да.* — Вы не этой реакции ожидали? — *Угу.* — Понятно. И уже тогда пошли к врачу, да? — *Да.* — Как сейчас это оцениваете? Нельзя было без этого обойтись или можно? — *Без чего, этого?* — Ну, без порезов на руках, на ногах? — *Да нет, почему нельзя было. Можно было, наверное.* — Но Вы все-таки приняли такое решение и не раскаиваетесь сейчас в этом? — *Нет, не раскаиваюсь.* — Спасибо. А что, кстати, на это сказал этот проводник? — *Кто?* — Ну, который через контакт. — *Он не говорит.* — Не говорит? — *Не-а.*

Ведущий: Ну, хорошо. Но Вы же знаете, как он реагирует на эти вещи? — *Нет, не знаю. Ну, не...* — Какие-то у Вас с ним взаимоотношения же есть? Вы же знаете, что это кто-то, кто с Вами какой-то контакт устанавливает. — *Ну, он пропал, когда я делала сегодня.* — Понятно. Может быть, к тому он тоже имеет какое-то отношение? — *Нет, сомневаюсь.* — Почему? — *Потому что он никак не делает мне плохо.* — Но, может быть, как раз Вы не умерли, потому что был он? — *Может быть.*

Ведущий: еще вопросы?

— Аня, скажите, как Вы к своему телу относитесь? Вы считаете, что Вы хорошо выглядите или у Вас есть лишний вес или Вы, наоборот, излишне худенькая? — *Ну, у меня есть жирочек.* — Но Вас это не смущает или Вы очень критически относитесь к этому? — *Да нет, не смущает.* — А Вы вообще любите свое тело? Или Вы с удовольствием его резали вот так, и на руках, и на ногах? — *Я не могу оценивать его.* — Понятно. Просто Вы называли себя, что Вы вроде толстая, говорили, что не любите себя в таком состоянии. Были такие моменты? — *Не помню.* — То есть, в принципе, относитесь к себе нормально? — *Да.* — Хорошо, понятно.

— А животных когда-нибудь Вы мучили? Убивали их? — *Мучила?* — Ну, да. Какие-нибудь насильственные действия применяли? — *Нет, Вы что... Вы что? Нет, конечно.* — Нет? Не было никогда такой тяги? — *Нет.* — Просто Вы говорили в дневнике, что хотите стать ветеринаром, чтоб их усыплять. Отсюда и вопрос. — *Да?* — Ну, да. — *Там что, правда такое есть? Кошмар.* — То есть это все не так? Такого не было? — *Нет.* — А кстати, дома-то у Вас есть собака, насколько я знаю? — *Да.* — Как Вы к ней относитесь?

— Я к нему нормально, а он ко мне — нет. — Кусается? — Да. — Больно? — Да. — Почему? — Не знаю.

— Еще вопрос. Родители говорят, что к ним вернулась прежняя дочь, они довольны, что состояние такое, изменилось. А родители-то изменились, может быть? — Нет. Ну... — То есть Ваше отношение к ним такое же, как описывалось, и доктор рассказывал, как негативное, и к бабушке, и к маме? — Ну, они пытаются, наверное, как-то улучшить отношения между нами, но... не особо получается. — То есть все плохо, да? — Наверное.

Ведущий: — Есть ли еще вопросы? Если нет, тогда я последний вопрос задам. Значит, Вы говорите про дневной стационар. — Угу. — Вы знаете, что это такое? Вам рассказали? — Я примерно понимаю. — Вы на психообразование ходили, там наверняка говорили про эту форму, такую организационную форму, как дневной стационар. — Нет. — Это будет при диспансере или здесь? — Я не особо, я не понимала там. — Вы далеко отсюда живете? — Измайлово. — Это недалеко. Можно и сюда ездить. Это надо ездить регулярно, каждый день или через день, посещать занятия. Почему Вы сказали “я надеюсь”? То есть Вы хотите этого? — Да. — Почему Вы хотите дневной стационар? Что Вы хотите от этого получить? — Я хочу не сидеть в госпитальном центре здесь. — Нет, после выписки. Вы же можете после выписки не ходить на дневной стационар, а сидеть дома. — Да? — Конечно. Ваше законное право. — Ну, тогда у меня состояние ухудшится. — Ухудшится? — Да. — Почему? — Потому что я болею. — Потому что Вы болеете. Вы боитесь ухудшения болезни, да? И это ухудшение в чем будет? — Я опять попытаюсь выпилиться. На фиг это не надо. — А? Что будет? — Я опять попытаюсь выпилиться. На фиг такое надо. — Как сказали? — Выпилиться. — А, выпилиться. Новое слово. Ну, хорошо, это же Ваши руки, это же от Вас зависит, что они будут делать. Или нет? — Вообще да. Я не доверяю себе. — Ну, хорошо. Я согласен, я считаю, что это очень хорошая инициатива пойти в дневной стационар, это очень правильно. И быть всегда под наблюдением специалистов, посещать занятия, психотерапию, работать с психологом, регулярно контактировать с врачом. Это очень правильно. Может быть, у Вас есть вопрос какой-нибудь? Нет? Ну, тогда мы все Вам пожелаем скорейшего выздоровления и удачи. — Хорошо. — Всего Вам хорошего. — Спасибо.

Ведущий: Первое заключение у нас традиционно лечащий врач делает.

Врач-докладчик:

— Хочу сделать ряд уточнений. Пациентка начинает здесь путаться. Она говорит, что видела две головы, что они были в окне. На самом деле она мне в присутствии доктора и Марии Александровны, а также психотерапевту и психологу говорила, что это было в коридоре. Она вышла посмотреть и увидела их в ко-

ридоре, эти три головы устрашающие. И она вышла не с целью разобраться и чтоб это все прекратилось, а они ей говорили: “Ты уходи, ты нам мешаешь”. И она вернулась, закрылась одеялом и дальше чувствовала, что там происходит, что они фильм снимают и так далее. Причем, даже сказала, что это был фильм как бы порносодержания. Потом, когда она это увидела, поняла, что этот фильм какой-то нецензурный, она решила уйти.

И про этого Смайли, его касания, я спрашивала, в каких местах он касается, может быть, думаю, интимные какие-то. Нет, она говорит, что это легкое касание прямо по одеялу или по руке поглаживающего характера. И еще по поводу причин госпитализации. Она была осмотрена у психотерапевта и сказала, что сейчас она видит причиной госпитализации нарушение секреции внутренних желез. То есть сначала это было то, что нет парня, и она поступила не в тот вуз. Потом она хотела выйти из своего тела, посмотреть на себя со стороны, поскольку жизнь игра, все мы здесь актеры, чтобы не быть управляемой кем-то. А сейчас это нарушение секреции желез. И еще у нее в голове сейчас сидит черная субстанция, без глаз, без всего, нечеловеческого образа, которая ей управляет.

Ведущий: Да, конечно. А, тут куда направиться, подключат? Все, теперь понятно.

Врач-докладчик: Ну, и поскольку заболевание у пациентки протекает достаточно давно, но не было ранее обращений к психиатрам, к наркологам, мы ей ставим предварительный диагноз параноидная шизофрения, период наблюдения менее года.

Ведущий: Хорошо, но давайте Вы свое заключение все-таки сделаете развернутым, так чтобы было традиционно, то есть объективизировать все это, дать трактовку статуса, синдрома основного, динамики заболевания, диагноза.

Врач-докладчик: Я думаю, что у пациентки ведущим сейчас синдромом является галлюцинаторно-параноидный. То, что она ведет себя вот так формально, не раскрывается, я считаю, говорит о том, что заболевание протекает достаточно давно, и она уже просто на самом деле начинает к этому всему привыкать, ко всей сложившейся обстановке вокруг нее. Я видела ее дневник, там были страницы, где ведется диалог с кем-то, кто ей подсказывает, направляет, успокаивает, дает советы и так далее. И она благодарит в диалоге этого кого-то. Я считаю, что у нее были, а может быть, и есть, но просто она не раскрывает этой своей галлюцинаторной симптоматики, голоса, комментирующие или, возможно, императивного характера. У нее есть депрессивно-бредовая симптоматика. У нее прямо нигилистический такой бред, даже с элементами бреда катара: “У меня все отваливается, там часть руки, часть ноги, потом все разбивается”, и так далее. У нее есть признаки деперсонализации, потому что она не понимает, где меняется, где эта реальность, где сны, меняются предметы, меняются их формы, меня-

ется их сущность. Но в преморбиде мы видим пациентку сенситивного шизоидного круга, малообщительную в общем-то. Но в кругу семьи достаточно послушную. Единственный у меня вопрос возникает: у нее мать психолог, и как это все с 11 лет она могла не увидеть. То есть родители в общем-то воспринимают ее как обычного, спокойного, послушного ребенка, не более того, с некоторыми капризами. — *Что Вы думаете, почему так? Неувязочка.* — Неувязочка. То есть либо это, все то, что она описывает, ее личностные расстройства, особенно, если учесть, что там в конце дневника пишется, что если ты найдешь все это, то посмотри то-то, то-то, то-то. То есть, грубо говоря, все то, что она описывает, это придуманное. Но столько лет следовать одной и той же фабуле этого бреда? Не знаю. — *Итак, основной ведущий синдром — галлюцинаторно-бредовой. Диагноз у Вас параноидная шизофрения.* — Параноидная шизофрения, период наблюдения менее года. Ф20.06. — *И рекомендации какие дальнейшие? По терапии.* — Я бы рекомендовала ей выписку, действительно, в дневной стационар. Родители у нее настроены на это, и она, в общем-то, хочет. Я думаю, что она будет посещать дневной стационар. Конечно, должен быть антипсихотик у нее. Возможно, может быть, даже нарастить, не 10 миллиграмм ей сделать галоперидола, а чуть побольше. Насчет антидепрессанта я очень сомневаюсь, потому что у нее аффект нестабильный, не чистая это депрессия, у нее смешанный какой-то аффект, мне так кажется.

Ведущий: Спасибо. Хорошо. Какие есть мнения, доктора, коллеги, психологи? Каждый, кто хочет выступить, может это сделать. Если есть что-то, допустим, что мы могли бы добавить к сказанному или, наоборот, высказать альтернативную позицию. В общем-то, пациентка заслуживает довольно серьезного обсуждения. Тут дифференциальная диагностика, на мой взгляд, вполне уместна. Я так понимаю, что ей задавали вопросы касательно ее больше неврологического, органического генеза. И, в общем-то, ответы на эти вопросы-то были в основном утвердительные. Да? Вот она начала-то больше как органичка. Плюс ко всему, если считать это галлюцинозом, то тогда он тоже ближе к органическому, вот с таким истинным компонентом, зрительный компонент есть. Не спросили, а может, там и обонятельный какой-то еще. И тактильный есть. Если здесь предположение о том, что есть органический процесс, тем более, что в консультации психологов, в первой, во всяком случае, обнаружены довольно выраженные когнитивные нарушения. Она и сама пишет в дневнике. Растерянность, дезориентировка. Помните, да? Потом нарушения памяти грубые.

Врач-психотерапевт пациентки: Я с ней беседовала. Она мне рассказывала, что изначально, еще с младшего школьного возраста у нее отмечались тревожные нарушения, именно нарушения в области тре-

возного спектра. Она внезапно переживала ощущение страха, внутреннего напряжения, не могла из-за этого зайти в школу, могла простоять около здания школы некоторое время с ощущением тревоги, учащенного сердцебиения, беспокойства. Во время занятий также у нее внезапно наступали подобные состояния без какой-либо причины, с чем она ходила к школьному психологу, и якобы это не имело никакого положительного результата. Далее, около 4 лет назад она стала отмечать у себя сезонные депрессивные эпизоды, как она описывает, каждую осень, с сентября по конец октября начинались периоды сниженного настроения с ощущением апатии, нежелания ничего делать, она становилась еще более замкнутой даже, чем сейчас. Родители в эти периоды отмечали холодность, упрекали ее в этом. Она была вообще практически недоступна какому-то контакту. Ну, и потом во время моего с ней общения, она очень много говорила вот как раз об ощущении нереальности, о том, что везде все как будто бы разыгрывается, как будто какая-то игра. И вот эта попытка выйти из тела, как способ выйти из этой игры и смотреть на нее со стороны. — *Может быть, у Вас есть свое мнение диагностическое? Вы согласны с лечащим врачом?* — Очень сложная, действительно, в плане диагностики пациентка. Еще сложная потому, что она в поведении сейчас выглядела совершенно иначе. Со мной в беседе она была абсолютно холодна, безэмоциональна, даже вот здесь у нее были какие-то эмоции, их даже было много. А когда мы с ней беседовали, обсуждали и родителей, и взаимоотношения с ее близкими, и взаимоотношения с одноклассниками, одноклассниками в институте, — абсолютно холодная, гипомимичная. Единственное, у нее была эмоциональная окраска на собаку, на то, что собака на нее гавкает и кусается, и все. Когда она мне рассказывала про свои суицидальные попытки, также абсолютно никаких эмоций: “Ну, я думала, кровь вытечет быстрее. Оказалось, это не быстро. Ну, я как бы свернула эту лавочку и пошла спать”. То есть никаких эмоций... И при виде крови тоже — ну, кровь и кровь. Затошнило, надоело, стало скучно. Примерно так вот с ее слов это выглядело. — *И в итоге? Все-таки... смелее, смелее.* — Ну, я согласна абсолютно с лечащим доктором, что в преморбиде это сенситивный шизоид. Как личность. Не было никаких друзей, никаких контактов, даже стремления к общению. Абсолютная погруженность в свои внутренние переживания. Я согласна с доктором, что есть, дальше была некоторая продуктивная симптоматика, и возможно, она есть и в настоящее время. В отношении дневников тоже есть некоторая настороженность, там есть такие фантазийные и даже бредовые переживания, которые стерто как-то у нее протекали. И она, как долго болеющие бредовые пациенты, смогла как-то адаптировать их к реальности. Ну, а дальше заболевание имело некое нарастание и развернулось в отделении. — *И развернулось в галлюцинаторно-бредовой*

психоз? — Да, да. И у нее было повышение температуры до 38,5 градусов, кажется, в связи с тонзиллитом, после чего у нее начались зрительные и слуховые галлюцинации. — *Ясно. Спасибо. Ну, может быть...*

С. Ю. Мошевитин, зав. психиатрическим отделением № 13: по поводу параноидной шизофрении. Вот мы говорим, преморбид. Но вроде бы нам дали четко понять, что девочка изменилась в 11 лет. Если мы думаем о параноидной шизофрении с таким ранним, ранним началом, то перед нами должна сидеть вообще развалина. А мы этого не видим. Мы знаем, что в возрасте 11 лет случилась определенная фрустрация семейная, после чего ребенок ушел в себя с богатым внутренним миром. То есть это вот чистой воды аутизм, как его в свое время описывали — внешних контактов никаких, а богатейший внутренний мир, фантазийный, с богатыми фантазиями, сейчас уже, как он описывается, комиксы во всем. Я полагаю, что столь ранним началом бывает, конечно, не только шизофрения злокачественная, но и редкий гость вообще в наших стенах, психопатия. По всей видимости, здесь вот эта мозаичность, которая имеет место, несдержанность эмоций, опять же на фоне застарелого давнего конфликта, позволяет нам поставить этот диагноз, поскольку в принципе девочка не бесчувственна, эмоциональный отклик определенный мы от нее получаем, когда мы с ней разговариваем. Мы видим живые эмоции, мы видим, что когда тайна ее раскрылась, это была вообще нормальная, адекватная реакция здорового человека. Поэтому мой диагноз, скорее всего, психопатия шизоидного круга. — *Шизоидного? Ну, хорошо. И если так, то тогда мы должны как-то изменить и нашу терапевтическую тактику.* — Ну, да. — *Потому что она получает два мощных нейролептика.* — Конечно, она головы заморочила нам всем, и докторам своим, в частности. Она же доступна, в принципе, ее только надо расспрашивать правильно. Такие мощные антипсихотики здесь, наверное, неуместны. Здесь может быть другая терапия, более мягкие нейролептики. — *На меньших дозировках.* — На меньших, на малых дозировках, конечно. Иначе она откажется от лечения и от всего на свете. — *А если это такой диагноз, то здесь надо много работать психотерапевтам, да? Как Вы видите, здесь есть перспектива психотерапевтической работы с ней, с семьей? Вообще что-то изменить реально?* — Ну, с ней, наверное, мама уже пыталась работать, мама психолог, но она уже... вряд ли способна переработать свою позицию. — *Ну, разные бывают психологи. Все бывает. Хорошо. Большое спасибо.*

В. Н. Гладышев: Сергей Юрьевич прав, докторам она может заморочить голову, нам с Вами у нее не получится. Ну, действительно, галлюцинации, если мы говорим именно о галлюцинациях, зрительных галлюцинациях, очень редко бывают при шизофрении. Но я тут немножко вернусь к началу. Значит, что? Идеальный ребенок, в кавычках. И метафизиче-

ская интоксикация в раннем возрасте, с достаточно вычурными интересами. Просто сидел и думал — надо же, еще и это, и это, и это. Затем такое эрзадное развитие этой девчонки происходит. Схизис, про который нам рассказывают. Два мира. Абсолютно точно, вот здесь мир и здесь мир. Для меня, например, дневники ее просто удивительны. И я как администратор, сравниваю ее дневники и дневники наших врачей. *(Смех в зале).* В ясном сознании, управление в норме. И этот язык, которым она пишет дневники, это действительно, как Вы говорите, к норме приближается ее интеллектуальное развитие. По крайней мере, речь ее и стиль изложения совершенно замечательны. Удивительны. — *Ну, она же лингвист, она учится на лингвиста.* — Вообще это удивительно. Ей 18 лет, она ребенок еще. И вот эта дисгармоничность меня также настораживает. Дисгармоничность ее развития. В чем-то совершенно ребенок. В чем-то патологическая личность. А в чем-то вот такое красноречие, которое не выходит за пределы своего внутреннего мира. Теперь о диагнозе. Ну, или о шизофрении. Я почему-то тоже подумал о расстройстве личности. Вообще, вспомнилось мне детское совершенно стихотворение: “Что пожелать тебе, не знаю. Ты только начинаешь жить. От всей души тебе желаю с хорошим мальчиком дружить (или с хорошими девочками)”. У нее все только начинается. Хотя здесь говорили, что уже состояние, близкое к дефекту. Мне трудно так сказать. Как дальше пойдет, по какому пути? Есть основания думать, что пойдет именно по пути дальнейшей дезадаптации, нарастания продуктивных расстройств, может быть, бредовых. И, может быть, действительно, потом появятся четкие данные за параноидную шизофрению. Сейчас, что я вижу невооруженным глазом? Это ее крики об одиночестве, о жутком одиночестве, которое у нее есть. Что этого человека никто никогда в жизни не понимает, не понимал. Она в постоянной фрустрации находится. Ее не понимают дома, и не понимают сверстники. Но не потому, что все плохие. Вот здесь я ее хотел бы сделать очень важное уточнение. Это ее аутизация, ее аутичный мир, ее, так сказать, аутичная личность. У нее не получается быть социализированной, если говорить формальными словами. У нее не получается уйти в мир и со своими сверстниками. Ей не получается жить легко, как живут большинство ее сверстников, которые после занятий идут куда-то вместе, говорят ни о чем и легко проводят время. У нее этого нет. У нее постоянно все подвергается какой-то внутренней переработке, внутреннему анализу и так далее. Все это укладывается в настоящее время. Это можно было бы уложить в диагноз погранично-личностного расстройства, если мы говорим о ДСМ-IV, и если мы неуклюже перекладываем на наш десятый пересмотр МКБ, то это эмоционально неустойчивое расстройство личности, пограничный тип. Да? — *Ну, ближе всего к этому.* — Да, да. Вот куда-то можно это уложить, как в прокрустово

ложе. Хотя в очередной раз мы убеждаемся, насколько условны наши классификации. Не всегда удается клиническую картину, клинико-психопатологическую картину данного пациента куда-то уложить. Ну, а в дальнейшем, действительно, ей нужно заниматься, ее нельзя бросать. Ее нужно придержать в нашей государственной структуре психиатрической. Или дневной стационар, или участок — чтобы она где-то психотерапией занималась. И посмотреть в ближайшее время, год, два, три. Ведь, посмотрите, она остается продуктивной. Этого нельзя отрицать. Она сдала ЕГЭ и поступила в МГЛУ. Это Мориса Тореза бывший, на Остоженке. Это государственный университет, и туда очень высокий проходной балл. Причем она поступила на бюджетное отделение. И учится. Ну, да, сейчас у нее не получается учиться, потому что она в закрытом учреждении находится. Но, будучи в лечебном отпуске, если я правильно понял, она связывалась со своими учениками и выполняла какие-то задания, по крайней мере, получала задания. Поэтому, на мой взгляд, нужно не отпускать и лечить ее... Я не знаю, как в отношении галоперидола. Давным-давно слышал высказывание в кулуарах одного уважаемого академика психиатра, он сейчас, слава богу, жив, здоров, который говорил, что 3 миллиграмма галоперидола никому не повредят. Ну, не знаю. Здесь, мне кажется, нужно все-таки что-то в атипичном плане. Может быть, арипипразол, что помещает развиваться когнитивному дефекту. Этот препарат зарекомендовал себя с хорошей стороны. А не галоперидол, который, на мой взгляд, будет ее немножко подавлять. Она хорошо переносит, и мы сейчас не видим никаких проявлений, но он ее будет сидировать, и это может вызвать у нее реакцию отторжения этого препарата. — *Да, я понял. Спасибо. Вот это уже ближе. Да, два совсем разных, противоположных мнения. И, конечно, здесь принципиальна диагностика, потому что разная совершенно тактика, разный подход. Есть еще какие-то мнения?*

— Я хотела сказать, что, во-первых, развивается это все у нее с раннего детства. Там даже 8 лет упоминалось. И личность формируется такая малообщительная, тревожная, с очень развитой фантазией. Плюс ко всему, она растет в среде, где у нее очень эксцентричная бабушка (или как она ее назвала?), в общем, эмоционально неустойчивая бабушка. Плюс мама с часто меняющимся настроением. Вот в такой среде она вырастает. И, соответственно, уходит в свой мир, где находит спасение. То есть, что первое? Хочет избежать реальности. У нее напряженные межличностные отношения в семье. Не складываются отношения с коллективом. Вернее, она вне коллектива, уровень десоциализации у нее довольно-таки высокий, я бы сказала. Нарушение самоидентификации тоже. Она говорит, что не знает, где ей определиться. Она же думала с вузом, куда ей определяться, правильно ли она сделала свой выбор. Саморазрушитель-

ное поведение. Она говорит, что родители засунули ее в лингвистический, она вроде как не состоялась, поскольку хотела быть ветеринаром. Самоидентификация у нее здесь, я считаю, нарушена. Это основные такие тезисы. Эмоциональная неустойчивость, нарушение настроения, изменение настроения. Это все говорит за пограничное расстройство личности, и здесь, соответственно, в терапии я бы основным препаратом какой-то антидепрессант обязательно оставила, из групп селективных ингибиторов обратного захвата серотонина. Сероквель на ночь в небольших дозах. Ну, и нормотимик. — *Это, кстати, назначение врача приемного отделения, Вы прямо повторили. СИОЗС — там феварин был, да, и здесь, значит, сероквель там же был.* — Чтобы седатировать ее немножечко. Потому что, мне кажется, у нее недостаточная критика к этой суицидальной попытке. Хотя я больше увидела демонстративность в этой попытке. Она кричала своей маме, она кричала своим родителям: “Вот она, я, вот. Обратите на меня внимание”. Даже повторно сделала, на следующий день опять попыталась сделать то же самое, чтобы заметили. Но когда никто не заметил, она пошла и показала — смотрите, моя рука, кровь. И, конечно же, ей нужна психотерапия. Я думаю, что она психотерапевтична, и длительная психотерапия, индивидуальная, все традиционные мероприятия будут полезны. Арт-студия, чтобы она как-то выплескивала свои эмоции. — *Ну, она талантливо рисует. Она же не училась нигде, я так понимаю, она самоучка.*

Врач-докладчик: Она ходила в художественную школу пару лет, было такое.

Ведущий: Да, там были такие неустойчивые интелессы. Ну, хорошо, спасибо. Если нет каких-то еще мнений, суждений по поводу этой пациентки, то я позволю себе сказать завершающее. Я, во-первых, хочу поблагодарить, докторов, что такой прекрасный случай подготовили и так хорошо и подробно, и так много ее обследовали и с психологической стороны, и со всех других. Это редко встречается в последнее время. Но вот у меня такой вопрос: а что бы мы делали, если бы не нашли дневников? Вот я сейчас представил — а если бы не нашла мама дневник нашей девочки? У нас в истории болезни, которая в том разборе, который мне прислали, ведущий диагноз врача-докладчика был эмоциональное неустойчивое расстройство личности, психопатия. Я так понимаю, что это диагноз, который Вы поставили до того, как узнали про дневник. То есть, фактически можно диагностику этой пациентки разделить на два этапа: до дневника, и после дневника.

В. Н. Гладышев: Все-таки там еще произошел этот эпизод, когда она увидела головы. Это произошло после.

Ведущий: Это произошло до назначения галоперидола. На фоне повышенной температуры, ночью возникло. Очень было похоже на какой-то такой крат-

косрочный абортивный делирий, может быть, делириозный эпизод, немножечко достроенный бурной фантазией нашей пациентки. Это было похоже именно на это. Во всяком случае, в дальнейшем это никакого развития не приобрело, как и в отделении не описывают ее делириозное поведение или галлюцинаторное поведение, так и наша пациентка говорит о том, что на следующий день ничего не было, и она говорит об этом как о галлюцинациях.

Давайте мы начнем клинический разбор с того, чтобы ответить на главный для себя вопрос: все то, что мы узнали, все руководство Карла Ясперса сегодня мы услышали от нашей пациентки — и острый чувственный бред, и дереализация, и воздействие, и сенсорные автоматизмы, и не только сенсорные, по-моему, даже и психомоторные, и псевдогаллюциноз, и преследование, и особое значение, маски, инсценировка — что это? Это психотическая продукция больного шизофренией. Скорее всего, если это так, то тогда шизофрения, конечно, первый ранг Курта Шнайдера, здесь ничего не сделаешь. Или это все фантазии? Фантазии для дневника, для хорошего красивого романа, написанного, возможно, будущей писательницей, которая, кстати, в персонажи этого романа включит и нас с Вами, между прочим. Я знаю таких писательниц, которые вышли из психиатрических больниц и потом написали о том, как все это было. — *Хотелось бы обратить внимание, что все-таки у нас не только дневник, а эпизод, который произошел в отделении. И после этого она стала получать галоперидол. И поэтому, возможно, это не продолжалось.* — Ну, возможно. Я поэтому и говорю про дифференциальную диагностику. Естественно, то, что это сейчас просто мысли вслух. Это такой метод свободных ассоциаций, который пока ни на чем не основывается. — *И потом, то, что она говорила о том, будто бы весь мир — это игра, и ощущение не реальности окружающего, это было до повышения температуры.* — Да, конечно. Кроме этого, существуют галлюцинации воображения, есть такое понятие, как галлюцинации воображения. И существует образный бред, острый образный. Вот есть чувственный, а есть острый образный бред воображения, он так и называется. То есть этот бред, который фактически неотличим от фантазий. Особенно в том случае, если этот бред мы видим в исполнении юношей или инфантильного очень пациента, который выглядит и живет как подросток, рисующий эти комиксы, взаимодействующий с ними, перевоплощающийся в это во все, там и прочее-прочее-прочее. Но есть очень важный критерий бреда, без которого мы никак не можем диагностировать это. Почему этот критерий очень важен? Потому что этот критерий собственно делает наших пациентов бредовыми, и он делает их вообще пациентами, назовем это так. Это критерий — “дезадаптирующее поведение”. Мы в любом случае как психиатры, хотим того или нет, не можем не

рассматривать социальную сторону психопатологической продукции. Бредовая, тем более, массивная, такая развернутая симптоматика, как у нашей пациентки, это просто невероятно. Там еще чуть-чуть, и онероид уже должен был быть, и она бы в кататоническом ступоре залегла бы куда-нибудь. Вот такая массивная симптоматика. И папа с мамой рядом. Какими бы они не были холодными родителями, но, тем не менее, они все-таки рядом, они заботятся, они волнуются, они беспокоятся. И университет, в который она ходит, и там миллион людей тоже вроде бы рядом. И никто ничего не видит. И врачи не видят до того, как дневник не получили. — *Но все-таки в детстве она же залезла под парты. Она мяукала, она вела себя, так сказать, странно. И это отмечали.* — Ну, мы сейчас говорим про нынешний, про текущий статус. А оценка анамнеза — это впереди, это тоже очень интересно. Если мы рассматриваем психоз, то должен быть какой-то поведенческий компонент, обязательно должен быть. В отделении мы бы описали возбужденного пациента. Тем более, она же принимала амитриптилин, правда? Ну, хорошо, даже после того, как ей назначили галоперидол с клозапином, ну такой острый психоз. Бывает редко очень, что он купируется за 1 – 2 дня, и пациент вдруг приходит в себя и говорит: “Боже мой, какой страшный сон я видел”. Но в основном-то, даже при такой активной терапии, такой острый галлюцинаторно-бредовой психоз в поведении бы проявлялся, с сестрами бы она начала конфликты какие-то устраивать, раз они травят здесь всех. Начала бы что-то искать под постелью, нападала бы на соседок по палате, что-то такое. Ну не могла бы она все это внутри себя так оставить. И до больницы тоже. Как бы она училась в этом острейшем психозе? Я этого не представляю себе, это невозможно.

Из этого я делаю вывод, что вся эта симптоматика — или почти вся, вот здесь я не могу сказать, к сожалению, — является плодом фантазии. Ну давайте мы ее назовем бредоподобным фантазированием. Кстати говоря, бредоподобное фантазирование — это все-таки регистр истерических расстройств, насколько я понимаю. И это шизоидный преморбид, шизоидная личность, Золушка прям классическая, такая, у которой внутри масса фантазий, и все это красиво, и все это тепло, и там есть злые и добрые, но злых я убиваю, добрые со мной, принц там. Ну, в общем, все хорошо. Так вот, при этом шизоидном массивном радикале появляются истерические феномены. Но мы можем рассмотреть, конечно, то, что было в 11 лет, как гебоидное поведение, или атипичный гебоидный или гебефренный манифестный приступ, которого никто, правда, не видел. Но мы точно так же можем расценить это как реакция формирующегося психопата, такая истероформная реакция по типу синдрома одичания. Бывает же синдром одичания в рамках истерических расстройств, элементарные его проявления, когда пациент начинает гавкать, лаять, мяукать, вести

себя так, как животные. Но у детей это, конечно, не регистр психотический, у детей это может быть вполне такой ситуационный регистр, и в рамках поведенческой даже нормы условной. То есть, я бы к этому относился значительно осторожней в смысле трактовки. У нас очень большой соблазн все это интерпретировать. Мы все знаем, как это все выглядит, и как это выстроится в хороший красивый диагноз. Но нам надо что-то тогда сделать, нам надо как-то объяснить отсутствие соответствующего поведения. Отсутствие поведения и слова нашей пациентки. Ну, ладно, слова нашей пациентки мы можем объяснить тем, что это недоступность. Но как же, бредовый больной, он недоступен, и поэтому он сейчас все будет списывать на всякие там бытовые шуточки, мелочи и так далее — я там устал или еще что-то. Или у меня с контрольной какой-то там проблема была, и я поэтому порезал себе вены. Но на самом деле там есть психоз. Но, с моей точки зрения, такой уровень недоступности я бы не делал. Теперь вопрос относительно того, что она по-разному выглядит. Ну, она действительно по-разному выглядит в беседе с разными людьми. — *Можно добавить? Как раз по поводу патопсихологического исследования задавали вопрос, почему такие разные были ответы. Это как раз объясняется личностной структурой — она там повернулась так, а здесь вот так. И как раз ее психопатоподобная формула характера проясняет эти вот латенты яркие, которые были похожи почти на шизофрению.* — Конечно. Вот-вот. Я об этом и хочу сказать. Разные люди, она с ними по-разному себя ведет. Причем, трудно понять хитросплетения ее эмоциональных и таких самосознательных феноменов, когда она выбирает, с кем себя вести так, а с кем себя вести иначе. Тут и родители по-разному, и мы все тоже по-разному. Здесь она вроде бы раскрепостилась, хотя было много людей, и она действительно дала несколько ярких красивых эмоциональных реакций, на все вопросы отвечала четко, по существу, без резонерства какого-либо, с хорошим логичным нормальным ассоциативным процессом. Ну, не к чему было придраться. Я бы в связи с этим все-таки расценил все, что сейчас в психическом статусе, а точнее, не в психическом статусе, а то, что мы узнали из дневника нашей пациентки, как плод ее бредаподобных фантазий, в которых возможно и общение, есть черная субстанция, возможные контакты телесные, и передача матрицы и всего остального. Да откройте любой фэнтези, любую книгу, любой комикс, и Вы увидите гораздо более сложный острый чувственный бред. Потому что это не проблема. Теперь насчет главного. Значит, единственное, что у нас поведенческое есть, это вот эта суицидальная попытка. Во-первых, у меня нет уверенности, что это суицидальная попытка. Во-вторых, у меня нет уверенности, что это была депрессия. Даже если это и суицидальная попытка, то, похоже, она не депрессивная. И я, конечно, не могу не обратить внима-

ния на взаимодействие внутри семьи, взаимоотношения в семье. Значит, мать стеничная, требовательная, целеустремленная, такая вот мужская позиция, насколько я это понял и увидел. Отец в этом смысле мягкий, вторую роль в семье играет. Есть еще старшая сестра, которая самоизолировалась, которой вообще нет в этой истории, она нигде не звучит. С моей точки зрения, мы имеем дело с пациентом, страдающим от очень сложных и непростых взаимоотношений в семье. У нее нет четко сформулированной социальной позиции в этом семейном треугольнике. Невозможно сказать о том, что она полностью и окончательно сформировалась, созрела, созрело ее самосознание, созрела ее идентичность. Кто-то говорил о том, что все это ее личностные грани. Такое ощущение, что она продолжает пока еще формироваться, еще не закончен процесс формирования личности. И конечно, в этой шизоидной личности, в этой шизоидной структуре, которая закрывается с табличкой “не заходите”, начинает ковырять червей, которые у нее там в вакууме растут или где там, не знаю. — *В молоке. Она поливала молоком червей.* — В молоке. Она изучает форму жизни, как делает это большинство шизоидов. Им, конечно, интересно, как все устроено... И в этой ситуации, конечно же, попытки ее социализации, попытки ее вытащить на люди и так далее, вызывают протест. Как может шизоид еще протестовать? Может он упасть как истерик на землю и начать сучить ногами, и кричать, и визжать и так далее? Маловероятно. Может он как параноик начать интриги какие-то выкручивать и совершать какой-то ответный хитрый удар? Нет. Шизоид уходит опять еще глубже в свою матрицу внутри себя и начинает во взаимоотношениях с этими фантазийными образами фактически выходить на психотический уровень реагирования. Вот Петр Борисович Ганнушкин, который на меня смотрел всю эту консультацию*, ну он прямо говорил: посмотри, это же психопатка, это же как я писал. Он же ведь это описывал именно как декомпенсация шизоидной психопатии, по большому счету, можно ставить знак равенства по регистру тяжести этой декомпенсации с психотическим уровнем, фактически с психозом, который мы видим у больного шизофренией. Только в данной ситуации на уровень психоза, на уровень психотической дезинтеграции личности выходит фантазия, а не психопатологическое расстройство, не продуктивный симптом. И я не могу сказать, что какая-то динамика произошла. Давайте вспомним еще разницу между шизофреническим процессом и расстройством личности. Там же должна произойти какая-то динамика, должно же что-то нарасти, что-то появиться новое. А она одинакова. И, кстати, как говорил Петр Борисович, она тотальна, она везде проявляет это, даже в

* В зале на стене портрет П. Б. Ганнушкина.

больнице, где, в общем-то, можно было бы язык за зубами держать, особенно в общении с психиатрами, и особо не говорить про этих существей. Но она не может, потому что это психопатия. Она одинакова и стабильна на протяжении всей жизни. И в этом смысле она социально дезадаптирована, но она нашла нишу, ей удалось найти нишу. И в этой нише она большей частью одна, но у нее есть несколько друзей “ВКонтакте”, и у нее есть университет, у нее есть какой-то свой внутренний мирок, и она в нем вполне себя комфортно чувствует и компенсированно. Еще последнее, что я бы хотел сказать, я соглашусь с диагнозом Виталия Николаевича, и моего коллеги, который ушел, что речь идет все-таки о расстройстве личности. На сегодняшний момент это шизоидная психопатия с выраженной тяжелой декомпенсацией и с парасуицидальной попыткой. Это не значит, что она не могла умереть. Она могла умереть, мог произойти несчастный случай, в конце концов. Но, тем не менее, это не попытка с целью уйти из жизни, это попытка еще ближе быть к своему внутреннему пространству, еще дальше туда вглубь уйти, еще больше аутизироваться. Умереть, чтобы жить. Чтобы жить в этом своем аутистическом мире. Умереть совсем вонне, чтобы себя вонне не было совсем. В этом смысле, я считаю, что мы еще наносим ей некоторый ятрогенный эффект. Ятрогенный эффект ей наносит психообразование. Я категорически против того, чтобы этой пациентке проводили психообразовательную работу. Я думаю, что психообразование имеет и свои противопоказания. Помимо того, что это очень хороший, важный, нужный и, действительно, классный метод преодоления нон-комплаенса, и так далее, формирования критики и прочее, — вот в таких ситуациях, как эта, он вредит. Я считаю, что это пациентка, у которой огромный психотерапевтический потенциал. Я согласен, что арт-терапевтическая работа с ней могла бы дать великолепный результат. Я не сомневаюсь, что здесь семейная психотерапия в хорошем таком настоящем профессиональном формате продолжительном тоже могла бы сработать и сработать здорово. Любые другие индивидуальные методики, которые можно было бы с ней проводить. То есть, по-моему, это прямо кладезь для психотерапевта, для любого психотерапевта, который использует особенно широкую категорию, направления психотерапии. Я в этом не сомневаюсь. Но психообразование, еще и в группе, где есть пациенты, которые очень ярко и красочно описывают свои голоса и свой бред, и так далее, такой пациентке, думаю, будет лишним, и это побочный эффект этого метода. В связи с этим рекомендации, ко-

торые я бы дал, аналогичны. Я считаю, что мы вполне можем отменить оба нейролептика — и галоперидол, и клозапин, такое у меня мнение. Я думаю, что при этом ей можно было бы назначить малые дозы, как предложил Виталий Николаевич, арипипразола. Но мне как-то больше по вкусу рисперидон в такой ситуации в маленьких дозировочках, в каплях. Ну, я понимаю, что арипипразол хорош, поскольку это шизоидный такой больше формат личностного расстройства. Но это уже на вкус и цвет. Но в любом случае, дозировка должна быть очень низкая, явно не антипсихотическая. И это должна быть, скорее всего, дозировка атипичного антипсихотика, который поможет ей гораздо комфортнее мириться с конфликтом между ее внутренним миром этих невероятных монстров и бредоподобных фантазий, и миром внешним, в котором она живет, и в котором ей, так или иначе, предстоит жить, чтоб этот конфликт как-то усмирить. Это вполне нормально. Нормотимик, естественно, как и положено для каждого психопата, тоже — это всегда даст хороший результат. Но главный акцент — это психотерапия в рамках дневного стационара. Было бы прекрасно, если бы она ходила в какую-то постоянную психотерапевтическую группу или на индивидуальную работу. Если мы окажемся неправы, значит, мы увидим обострение психоза. Но мы увидим его, а не прочитаем из дневников. Мы его увидим в поведении, в нелепости какой-то, где она будет галлюцинировать и так далее. Мы тогда скажем: да, мы были неправы. Но, на мой взгляд, сейчас правильнее ошибиться в эту сторону, чем в другую. — *То есть ее суицидальные попытки — это не с реальной целью умереть, а она как бы действительно не понимает, что она реально умрет, если это совершит? То есть она верит, что она продолжит свою жизнь? И поэтому это и есть аутизация, да?* — Я думаю, шизоидный психопат тоже в какой-то степени расщеплен. Но не в такой степени, как больной шизофренией. И поэтому где-то там одна половинка ее прекрасно понимает, что это не будет смертью. А другая половинка, которая занимается всем фантазированием, нафантазировала, как у нее оболочка умирает, но душа ее живет, и она продолжает существовать в этом уже пространстве, но без внешнего мира. — *Она же хочет посмотреть оттуда, как здесь все будет. Как все будут рыдать, плакать, и родители, и все взрослые.* — Да. Но это же потребность психопата самая главная. Я умираю для того, чтобы навредить вам, чтобы вы видели, как мне плохо, какая я несчастная, чтобы вы видели свою вину... Вы должны страдать.

Спасибо большое всем за прекрасный разбор.

Право пациента на получение копий медицинских документов

Ю. Н. Аргунова

Рассматриваются вопросы реализации права пациента на получение выписок и копий своих медицинских документов. Указывается на неурегулированность данного вопроса в ведомственных нормативных актах, что ведет к нарушению прав граждан. Анализируется судебная практика. Обосновывается необходимость дополнения приказа Минздрава России от 2 мая 2012 г. № 441н либо приказа от 29 июня 2016 г. № 425н либо принятия, как того требует закон, отдельного нормативного акта, регулирующего данные правоотношения.

Ключевые слова: права пациента; выдача копий медицинских документов.

Согласно ч.1 ст.22 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” (далее — Закон № 323-ФЗ) *каждый* (подразумевается каждый гражданин) имеет право получить имеющуюся в медицинской организации информацию о состоянии своего здоровья, в т.ч. сведения о результатах обследования, наличии заболевания и т.д. Информация о состоянии здоровья предоставляется пациенту не только в устной, но и в письменной форме. Как следует из ч. 5 ст. 22 Закона № 323-ФЗ, по запросу, направленному в т.ч. в электронной форме, пациент либо его законный представитель вправе получать отражающие состояние здоровья пациента медицинские документы (их копии) и выписки из них, в т.ч. в форме электронных документов. Под *пациентом* понимается лицо, которому оказывается медицинская помощь или которое обратилось за ее оказанием независимо от наличия у него заболевания и от его состояния (п. 9 ст. 2 Закона № 323-ФЗ), а также бывший пациент¹. Конституционное право на получение информации имеют и лица, вообще не являющиеся пациентами, например, проходившие медицинскую экспертизу (МСЭ и др.).

Закон более не ограничивает право на получение копий меддокументов в случаях, когда в меддокументах, отражающих состояние здоровья гражданина, “затрагиваются интересы третьей стороны”. Эта невнятная в правовом отношении норма широко использовалась психиатрическими учреждениями. К таким документам относились, в частности, те из них, в которых содержались сведения, сообщенные о пациенте его родственниками. Такой подход лишал гражда-

нина (если это позволяло его психическое состояние) возможности проверить их правдивость, узнать содержание заявления, послужившего поводом для его недобровольного освидетельствования, постановки под диспансерное наблюдение, госпитализации, возможности подготовиться к судебному процессу.

Суд при рассмотрении спора не исследовал характер не предоставленной пациенту информации, что позволяло психиатрам объявлять любые имеющиеся в медкарте сведения затрагивающими интересы третьих лиц.

Так, Судебная коллегия по гражданским делам Мосгорсуда (определение от 12 декабря 2011 г. по делу № 33-40923) оставила без изменения решение Симоновского районного суда г. Москвы от 14 июня 2011 г., которым отказано в удовлетворении исковых требований Ж. к ПКБ № 1 им. Н. А. Алексеева о признании незаконным отказа в предоставлении в полном объеме заверенной копии медицинской карты стационарного больного, обязанности предоставить в полном объеме заверенную копию медкарты.

Ж. была госпитализирована в недобровольном порядке и находилась в больнице месяц. Позднее решение суда было отменено вышестоящей судебной инстанцией. Истица неоднократно обращалась к ответчику с заявлениями о предоставлении копии её медкарты, но получала отказ. Наконец ей выдали копию карты, в которой раздел “анамнез со слов дочери” был замазан корректирующей жидкостью. С позиций главврача больницы, на купированных страницах имелись сведения о третьих лицах, содержание медицинскую тайну, и сведения о врачах. Ж. полагала, что предоставление карты не в полном объеме нарушает её права на получение информации о своей болезни, состоянии здоровья, а также *препятствует обжалованию решения суда о недобровольной госпитализации*.

Судебная коллегия также не приняла во внимание доводы истицы и сослалась на п. 1 Перечня све-

¹ См. Принцип 19 Принципов защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи (утв. резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН от 17 декабря 1991 г. № 46/119).

дений конфиденциального характера (утв. Указом Президента РФ от 6 марта 1997 г. № 188), согласно которому такого рода сведениями являются, в т.ч. сведения о фактах, событиях и обстоятельствах частной жизни гражданина, позволяющие идентифицировать его личность.

В данном деле суть “замазанной” в медкарте информации судом не исследовалась. Суд принял на веру мнение врача-психиатра, который охарактеризовал этот фрагмент как содержащий медицинскую тайну третьей стороны, не представив тому доказательств. В нашей практике имеется случай, когда зам. главврача одного из ПНД г. Москвы при отказе пациентке в предоставлении копии её медкарты сослался на наличие в ней персональных данных (год рождения, номер домашнего телефона и адрес проживания) сына пациентки, по инициативе которого она была освидетельствована, не приняв во внимание тот факт, что сын постоянно проживал с матерью в одной квартире, конфликт из-за которой длился уже много лет. Понятно, что указанные данные сына — не тайна для матери. Отказ ПНД был нами обжалован в суд, и пациентка получила копию своей медкарты. Врачам нужно учитывать, что сведения о людях, сообщивших о проявлении у лица признаков психического расстройства, становятся известны этому лицу из материалов дела о его освидетельствовании (госпитализации) в недобровольном порядке.

Принципиально иную позицию занял Куйбышевский районный суд г. Омска (решение от 9 июля 2004 г.). Суд удовлетворил иск Шестаковой Н. П. к Омской КПБ им. Н. Н. Солодовникова и обязал главврача клиники предоставить Шестаковой медкарту и копии меддокументов её подопечного Д. для ознакомления. Суд указал, что имеющиеся в медкарте Д. сведения о лице, обратившемся с заявлением о госпитализации Д., а также полученные от родственников сведения об обстоятельствах жизни Д., необходимые для оценки его состояния, *не составляют охраняемых законом интересов третьих лиц*. По мнению суда, *интересы третьих лиц подлежат защите медучреждением только в случае, если они составляют предмет врачебной тайны, поскольку только врачебную тайну это учреждение обязано хранить*.

Этот вывод суда чрезвычайно важен, поскольку ранее действовавшее законодательство ставило интересы третьих лиц заведомо выше не только интересов, но даже прав самого пациента. Не указывалось,

как того требует законодательная техника, что приниматься во внимание должны не интересы (на практике часто меркантильные), а, прежде всего, права третьих лиц и уж, если и интересы, то не любые, а лишь *законные* интересы.²

Нормы о предоставлении копий меддокументов Закон о психиатрической помощи не содержит. На этом основании ПНД и стационары, как до, так и после принятия Закона № 323-ФЗ незаконно отказывают пациентам в их праве.

Так, Судебная коллегия по гражданским делам Санкт-Петербургского горсуда (кассационное определение от 2 февраля 2011 г. № 33-785/2011) отменила решение суда первой инстанции, не усмотревшего нарушения закона в действиях ПНД № 8, который отказал К. в выдаче копии её меддокументов. По мнению суда, Закон о психиатрической помощи является специальным по отношению к действовавшим на тот момент положениям ст. 31 Основ.

По мнению Судебной коллегии, указанный вывод основан на неправильном толковании норм материального права. *Закон о психиатрической помощи не содержит прямого запрета на предоставление пациентам копий документов, содержащих сведения об их состоянии здоровья, а ст. 31 Основ прямо предоставляет гражданам право на получение копий меддокументов*. Основанием для отказа в предоставлении пациенту информации в виде копий меддокументов могут быть противопоказания с учётом его психического состояния. Однако в материалах дела не содержится убедительных доводов, что предоставление К. копий двух эпикризов, а также выписки из её амбулаторной карты может негативно сказаться на её психическом состоянии.

Право на получение копий меддокументов распространяется на пациентов любого профиля, в т.ч. психиатрического. Иное противоречило бы общим требованиям ч. 2 и 3 ст. 3 Закона № 323-ФЗ о приоритете норм базового Закона № 323-ФЗ перед иными законами в случае возникновения коллизии норм. Данное универсальное для всех пациентов право должно соблюдаться психиатрами с учётом упоминавшихся выше Принципов ООН и исходя из положений абз. третьего ч. 2 ст. 5 Закона о психиатрической помощи. То есть при решении вопроса о предоставлении пациенту копии документации врачам следует проанализировать *степень вероятности причинения серьёзного вреда здоровью пациента, а также возникновения угрозы (риска) безопасности других лиц*, если копии

² На стадии разработки Закона № 323-ФЗ мы предложили изложить данную норму в следующей редакции: “Гражданину по его требованию предоставляются копии медицинских документов, отражающих состояние его здоровья, если их предоставление не нарушает права и законные интересы третьих лиц и не создаёт угрозу для их безопасности”. Мы исходили из положений Принципа 19 указанных выше Принципов ООН. В нём говорится, что право пациента на доступ к касающейся его информации в истории болезни может ограничиваться *в целях предотвращения серьёзного вреда здоровью пациента и риска для безопасности других лиц*. В случае если любая такая информация не сообщается пациенту, пациент или его адвокат уведомляется о несообщении этой информации и его причинах, и это решение может быть пересмотрено в судебном порядке.

документов будут пациенту выданы. Отказ пациенту в его праве не может быть произвольным, безосновательным и немотивированным. При невозможности по тем или иным законным основаниям предоставить информацию (документацию) самому лицу с психическим расстройством, она может быть предоставлена его представителю на основании ст. 7 Закона о психиатрической помощи либо адвокату, работнику госюрбюро при письменном на то согласии пациента.³

Цели запроса данных могут быть различны: консультирование у других специалистов; получение подтверждения проведённого исследования, выставленного диагноза, применения лекарственного средства; проверка записей врача для установления того или иного события или факта; установление обстоятельств применения недобровольных мер и пр. Выясняя намерения пациента, врач с учётом конкретной ситуации вправе разъяснить пациенту, что те или иные лица (например, работодатель при приёме на работу, не предполагающую психиатрических противопоказаний для её выполнения) не вправе требовать от него предоставления информации о состоянии психического здоровья, что гарантировано ст. 8 Закона о психиатрической помощи.

В психиатрии вопрос о предоставлении пациенту меддокументов всегда стоял особенно остро. Пациентам было невозможно получить даже выписку из истории болезни. Такая практика была выявлена в 73 % стационаров.⁴ Большинство психиатров полагали, что информация пациенту может быть предоставлена только в устной форме в виде разъяснений и никаких документов пациенту на руки выдавать не следует. Это объяснялось стремлением “не допустить суицид”, предотвратить у пациента “формирование тяжёлых наклонностей” и др. Инерция прежних лет продолжает сохраняться. По данным А. Я. Перехова, больше половины психиатров считают, что больному не следует сообщать диагноз, названия лекарственных средств, трудности, возникающие при лечении и возможные осложнения.⁵ 90 – 95 % больных при выписке из стационара не получают выписной эпикриз под предлогом, что эпикриз будет направлен по почте в ПНД (“узнаете там”). Девяти пациентам из десяти районный психиатр отказывает в просьбе выдать на руки копию эпикриза или выписку из истории болезни. На прямые вопросы о своём диагнозе 60 – 70 % больных получают ответы о “душевном страдании”,

“эндогенной болезни”, “нервном срыве” и т.п. Только 20 – 25 % пациентов знают, какое лечение они получали в стационаре, 60 – 65 % имеют неполную и неточную информацию, а 10 – 20 % больных не имеют никакой информации. По мнению А. Я. Перехова, истинные причины сокрытия информации от пациентов — это стремление скрыть некомпетентность врача; патерналистский подход с оправданием принципа “ложь во благо”; незнание законов в области психиатрии; атавистический страх “как бы чего не вышло...”; низкое качество меддокументации; бесконтрольность и убежденность в безнаказанности; обычная лень.

По нашим наблюдениям, на большую часть присылаемых по почте заявлений о высылке копии медкарты ответы не даются. В некоторых случаях ответы приходят лишь на повторные заявления спустя несколько месяцев и не содержат надлежащей аргументации отказа в предоставлении документов. Если мотивы отказа приводятся, то они, зачастую, носят надуманный и даже абсурдный характер. Лечебные учреждения ссылаются на норму о врачебной тайне, которая, якобы, не позволяет предоставлять пациентам информацию о них самих; указывают, что сами направят выписку по запросу той медорганизации, для визита в которую гражданин просит копии документов; дезориентируют пациента, ссылаясь на то, что предоставление копий меддокументов возможно только по запросу правоохранительных органов и суда. Руководство больниц объясняет сокрытие информации опасением, что пациент узнает, что находился на лечении, якобы, “добровольно”, хотя на самом деле согласие на лечение не подписывал; что его лечили препаратом, который он просил не применять, а использовать другой и т.д. ПНД ссылаются на то, что в карте пациента помимо медицинских, есть и иные документы (запросы, заявления, судебные решения и т.д.), и поскольку они не отражают состояние здоровья пациента, они могут ему не выдаваться и не ксерокопироваться.

Отстоять право пациента на получение копии всей медицинской карты всё же удаётся, и такой случай имел место в нашей практике.

Бутырский районный суд г. Москвы (решение от 18 марта 2011 г. по делу № 2-1264/11) признал действия зам. главврача ПНД № 19 г. Москвы незаконными, обязал ПНД выдать 3. копию медкарты в полном объеме.

Суд в своём решении указал, что *внесённые в медкарту заявления сына пациентки, переписка с различными организациями являются документами, составляющими медкарту, а сама карта пациента целиком является меддокументом, т.к. каждый составляющий её документ влияет на принятие решения об освидетельствовании пациента, методах и сроках лечения. В указанных документах содержатся также и другие сведения, затрагивающие интересы пациентки, в частности информация о предос-*

³ Определение Конституционного Суда РФ от 2 июля 2015 г. № 1544-О по жалобе Трофимова А. В.

⁴ Виноградова Л. Н., Савенко Ю. С., Спиридонова Н. В. Мониторинг психиатрических стационаров России // Независимый психиатрический журнал, 2004. № 3.

⁵ Перехов А. Я. Этико-правовые проблемы правдивости в отечественной психиатрии // Независимый психиатрический журнал, 2010. № 4.

тавлении запрашивающим органам сведений о диагнозе её заболевания.

В суде нам удалось доказать, что “отражающим состояние здоровья меддокументом” в контексте ч. 5 ст. 22 Закона № 323-ФЗ являются не только отдельные содержащиеся в карте документы, но и сама *медкарта в целом*. Такой вывод следовал из приказа Минздравсоцразвития России от 22 ноября 2004 г. № 255 “О порядке оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг”, которым была утверждена учётная форма № 025/у-04 “Медицинская карта амбулаторного больного” и учётные формы других медицинских документов⁶. Это же подтверждает и приказ Минздрава России от 31 декабря 2002 г. № 420 “Об утверждении форм первичной медицинской документации для психиатрических и наркологических учреждений”. С целью упорядочения ведения и использования первичной меддокументации в указанных учреждениях, приведения её к единой системе стандартов, обеспечения полноты и достоверности информации о социально значимых заболеваниях приказом утверждена учётная форма № 030-1/у-02 “Карта обратившегося за психиатрической (наркологической) помощью”.

Впоследствии при изучении выданной диспансером по решению суда копии амбулаторной карты З. выявились серьёзные нарушения, допущенные врачами ПНД. Отсутствовало письменное согласие пациентки на психиатрическое освидетельствование, проведённое врачами ПНД по заявлению её сына. Обнаружился факт выдачи неустановленным лицам подложной справки о нахождении З. на диспансерном “учёте”. В то же время в карте было указано, что в этот день была выдана справка о том, что пациентка под диспансерным наблюдением не состоит. Справка была выдана без подписи главврача ПНД лицом, не уполномоченным выдавать подобные документы. Она оказалась в распоряжении сына пациентки, который использовал её в своих интересах как доказательство наличия у матери тяжёлого психического расстройства. Проведённая по данному факту прокурорская проверка установила неправомерность выдачи справки.

В этом и некоторых других известных нам случаях подача гражданином юридически грамотно составленного запроса о предоставлении копии своей медкарты служит для психиатров поводом для начала процедуры недобровольного освидетельствования и даже госпитализации гражданина.

⁶ В настоящее время приказом Минздрава России от 15 декабря 2014 г. № 834н утверждены новые формы медицинских документов, в частности форма № 025/у “Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях”.

Часть 5 ст. 22 Закона об охране здоровья — это бланкетная норма. Обеспечить механизм ее реализации призван Минздрав России. Однако до сих пор нормативный правовой акт, регулирующий порядок и сроки предоставления копий меддокументов и выписок из них, отсутствует, что приводит к нарушению прав граждан. Пациентам отказывают в регистрации запроса, ссылаются на “затруднительность копирования документа, поскольку оно сопряжено с материальными и временными затратами”,⁷ требуют дополнить запрос распиской в том, что пациент не имеет претензий к врачам и обязуется не писать на них жалобы и т.д.

Возможность реализации пациентом права на получение копий меддокументов многие руководители ставят в прямую зависимость от принятия этого акта. В ответах на запросы пациентов они указывают, что поскольку порядок и сроки предоставления копий меддокументов до сих пор не установлены, граждане могут явиться лично в больницу, где им будет предоставлена информация о состоянии здоровья в соответствии с ч. 2 ст. 22 Закона об охране здоровья. Таким образом, право, гарантированное ч. 5 ст. 22 Закона об охране здоровья, подменяется другим правом, которое установлено ч. 2 ст. 22 Закона.

Отсутствие механизма реализации положений ч. 5 ст. 22 Закона об охране здоровья не освобождает медорганизацию от обязанности предоставить пациенту запрашиваемые им документы в разумные сроки. Указанное право пациента по своей природе является конституционным, оно гарантировано ч. 4 ст. 29 Конституции РФ и в силу ст. 18 Конституции РФ является непосредственно действующим. Отсутствие нормативного правового акта должно компенсироваться прямым действием Конституции РФ, имеющей высшую юридическую силу.

Так, Норильский городской суд (решение от 7 марта 2014 г. по делу № 2-479/2014) удовлетворил исковые требования Павлова В. С. к Красноярскому краевому ПНД № 5. Суд признал отказ ПНД в предоставлении Павлову копии его медкарты незаконным, обязал учреждение предоставить истцу копию медкарты, а также взыскал с диспансера в пользу истца все судебные расходы.

Павлов в 2008 г. проходил обследование у ответчика по направлению военкомата и был признан негодным к военной службе по состоянию здоровья. В 2013 г. при попытке трудоустройства водителем транспортного средства при прохождении медкомиссии этот факт стал известен. Павлов обратился в ПНД с заявлением о предоставлении ему копии медкарты, на что получил ответ с просьбой конкретизировать перечень сведений, которые необходимы Павлову. ПНД мотивировал свой отказ так-

⁷ См. апелляционное определение Судебной коллегии по гражданским делам Санкт-Петербургского городского суда от 14 мая 2014 г. № 33-6238/2014.

же тем, что в настоящее время уполномоченным органом не установлен порядок предоставления меддокументов.

Суд установил, что ПНД фактически отказал Павлову в выдаче копии медкарты. Суд указал, что Закон № 323-ФЗ *прямо устанавливает обязанность лечебного учреждения предоставить пациенту документы, отражающие состояние его здоровья, а также их копии.* Отсутствие установленного уполномоченным органом порядка предоставления меддокументов и их копий *не может являться основанием для отказа в предоставлении копий меддокументов, к которым относится и медкарта амбулаторного больного.*

В ряде случаев пациенты добиваются не только признания действий больниц незаконными, но и компенсации морального вреда, причинённого такими действиями.⁸

В 2013 г. Минздрав России разместил на своем сайте⁹ проект приказа об утверждении оснований, порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них.¹⁰ Однако документ так и не был утвержден и, похоже, Минздрав вовсе не собирается этого делать, считая достаточным для регулирования данного вопроса другого нормативного акта — Порядка выдачи медицинскими организациями справок и медицинских заключений,

утверждённого приказом Минздравсоцразвития России от 2 мая 2012 № 441н (далее — Порядок выдачи справок). Однако Порядок выдачи справок, как указано в приказе, издан в соответствии со ст. 78 “Права медицинских организаций” Закона № 323-ФЗ (а не ст. 22 “Информация о состоянии здоровья”), т.е. в целях регулирования других правоотношений. В ст. 78 Закона и соответственно в Порядке выдачи справок ничего не сказано о выдаче копий и выписок из меддокументов. И это понятно, поскольку выдача копий и выписок относится не к правам, а к обязанностям медорганизаций. Минздрав явно решил ограничить права пациента, сведя к минимуму предоставляемую ему информацию в письменной форме: никаких копий медкарт и выписок из них, достаточно справки или заключения.

О том, что неизданный приказ подменен другим, давно действующим, но не имеющим никакого отношения к рассматриваемому вопросу, свидетельствуют данные информационных систем, в частности КонсультантПлюс, а также судебная практика. Суды, применяя при разрешении споров положения ч. 5 ст. 22 Закона № 323-ФЗ, ссылаются на приказ № 441н,¹¹ что дезориентирует суды и приводит к вынесению не основанных на законе решений.¹² Таким образом, налицо не просто бездействие министерст-

⁸ См., например, решение Московского районного суда г. Чебоксары от 8 июля 2013 г. по делу № 2-3834-13 о взыскании в пользу Петрова Р. Н. компенсации морального вреда с Республиканской психиатрической больницы Минздрава Чувашии. Судебная коллегия по гражданским делам Верховного Суда ЧР оставила решение без изменения.

⁹ <http://www.rosminzdrav.ru/news/2013/08/09/proekt-prikaza>

¹⁰ Согласно проекту предоставление пациенту (его законному представителю, доверенному лицу) копий меддокументов и выписок из них по его желанию осуществляется не чаще 1 раза в месяц, за исключением случаев, когда необходимость получения копий и выписок предусмотрена законодательством в целях реализации прав или обязанностей пациента. Бесплатное предоставление копий (выписок) осуществляется за определённый период времени, однократно в 1 экземпляре. Повторная выдача осуществляется за плату. При подаче заявления, а также при личном получении меддокументов пациент предъявляет документ, удостоверяющий личность. Законный представитель (доверенное лицо) пациента дополнительно предъявляет документ, подтверждающий его полномочия. Заявление составляется в свободной форме и содержит: ФИО пациента (представителя), адрес места жительства, почтовый адрес для направления ответов и уведомлений, номер телефона; наименование меддокументов, копии которых пациент намерен получить, либо сведения, отражающие состояние здоровья пациента, которые должна содержать выписка; сведения о способе получения меддокументов (при личном обращении, по почте, в электронной форме). Регистрацию и хранение заявлений, оформление копий меддокументов и их выдачу осуществляет работник, назначенный руководителем медорганизации. При предоставлении пациенту оригинала меддокумента в медорганизации сохраняется его копия. В случае если в медорганизации осуществляется ведение меддокументов в электронной форме с использованием информационной системы, пациенту предоставляются копии меддокументов на бумажном носителе. Срок предоставления не должен превышать 30 календарных дней со дня регистрации заявления, за исключением случаев необходимости получения меддокументов в целях оказания пациенту медпомощи в экстренной или неотложной форме либо когда в заявлении определён иной срок предоставления. Копии меддокументов заверяются на последней странице отметкой “Копия верна”, подписью ответственного медработника с указанием его должности и даты выдачи копии, а также круглой печатью, на оттиске которой должно идентифицироваться полное наименование медорганизации. В медорганизациях, оказывающих психиатрическую помощь, могут использоваться специальные печати и штампы без указания профиля медицинской помощи.

¹¹ См., например, апелляционное определение Судебной коллегии по гражданским делам Нижегородского облсуда от 3 июля 2018 г. по делу № 33-7694/2018.

¹² См., например, апелляционное определение Судебной коллегии по гражданским делам Мосгорсуда от 16 октября 2018 г. по делу № 33-44842. Суд первой инстанции отказал Л.М.А. в удовлетворении исковых требований к поликлинике о признании незаконным решения об отказе в предоставлении выписки из амбулаторной карты. Мосгорсуд оставил решение без изменения, указав следующее: “По сути истец в своем обращении в поликлинику просит предоставить ей копию амбулаторной карты. Однако в силу приведенных выше положений действующего законодательства изготовление и выдача медицинским учреждением пациентам копии амбулаторной карты не предусмотрена”.

ва, а попустительство — сознательное допущение нарушения законности, снисходительное отношение к совершаемым противоправным действиям в отношении пациентов.

Между тем, согласно ч. 4 ст. 22 Закона № 323-ФЗ пациент вправе непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, в порядке, установленном Минздравом. Порядок ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента, утвержден приказом Минздрава России от 29 июня 2016 г. № 425н. Документ предусматривает правила ознакомления с оригиналами медицинской документации, включая медкарты.¹³ То

есть вполне очевидно, что поскольку пациент может знакомиться с меддокументами, то он вправе и снимать с них копии, запрашивать выписки. Процессы ознакомления и получения копий часто совмещаются. Поэтому порядок и сроки предоставления копий меддокументов и выписок из них можно было утвердить тем же приказом Минздрава России от 29 июня 2016 г. № 425н.

Обращение к Минздраву России: исполните, наконец, требования закона — в данном случае требования ч. 5 ст. 22 Закона № 323-ФЗ. Обеспечьте данную норму механизмом реализации. Это ваша прямая ОБЯЗАННОСТЬ.

¹³ См. подробнее: Аргунова Ю. Н. Право гражданина на ознакомление с оригиналами медицинской документации, отражающей состояние его психического здоровья // Независимый психиатрический журнал, 2016. № 4.

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

Шамана вылечили?

22 июля якутский шаман Александр Габышев был выписан из психиатрической больницы. Врачебная комиссия признала, что он не нуждается в дальнейшем лечении в стационаре и может быть переведен на амбулаторное долечивание. Два с половиной месяца на нейролептиках сделали свое дело, и после выписки Александр отказался от похода на Москву с целью изгнать злой дух Путина. Недавно он впервые обратился на родном языке к своим сторонникам, поблагодарил за помощь и поддержку и сказал, что в настоящее время должен заняться своим здоровьем, поисками работы и устройством своей жизни. Социальные сети живо обсуждали последние новости, и мнения тут разделились: одни уверены, что шамана сломали, другие — что залечили, третьи сочувствуют и полагают, что после некоторого отдыха он вернется к своей миссии. Время покажет, а пока Александр уехал в село к родственникам и отказывается встречаться с последователями и журналистами.

НПА России дважды подробно писала об Александре Габышеве (<http://npar.ru/opyat-politika-vozobladala-nad-medicinoy-shamana-a-gabyшева-pomestili-v-pnd/>; <http://npar.ru/shamanskie-ugrozy-izgnat-zloj-dux-putina-priravnenu-k-neposredstvenno-opasnosti/>). Оснований для его недобровольного стационарирования не было. Оно было осуществлено грубым силовым методом, с наручниками, посредством провокации, а затем Габышева незаконно удерживали в местном ПНД под очевидным для всех давлением, продиктованным политической целесообразностью, с пренебрежением международным резонансом и смехотворным испугом свержения правящего режима колдовскими чарами.

03.08.2020 “Новая газета” (№ 82, с. 29) опубликовала интервью с прогремевшим на весь мир “Шаманом-воином” Александром Габышевым, историком по образованию, который намеревался изгнать злого демона из Путина и которого в конце июля выписали из ПНД. Содержание интервью, которое взяла по телефону корреспондент газеты “Якутск вечерний” Ева Еремицкая, поражает радикальной переменной высказанных Габышевым намерений и оценок своей прежней деятельности: я не шаман, я не умею ничего предсказывать, все, что я прежде говорил, “это были мои галлюцинации, мои фантазии, мои сказки”, “я ведь верующий человек, крещеный, православный, мной правила гордыня (это когда рогами упруешься и стоишь на своем!)”, “я смирился”. Но тут же понимание, что ситуация в стране изменилась так, что “не может быть возврата к прошлому, когда правители были диктаторами и существовал тоталитаризм”, и о ПНД

— “ужасно здоровому находиться среди больных!”. Корреспондентка отмечает “очень грустный тон”.

Вопреки, казалось бы, четкой декларации в этом интервью и первой реакции на него — Габышева вылечили! — ситуация остается многозначной и воспринимается очень по-разному: не буквально и непосредственно, а требующей интерпретации, чтения между строк. И мы не вправе целиком полагаться на опосредованные данные, что выражено и в остроумном скепсисе послесловия обозревателя “Новой газеты” Павла Гутионова.

Итак: 1) вылечили? 2) диссимилирует? 3) или действительно устал? 4) или диссоциативное расстройство идентичности (“множественное личностное расстройство”)? 5) началась субдепрессивная фаза после фазы подъема? 6) возобладала православная доктрина?

Необходимо знать клинический, бытийный, информационный контекст во временной развертке, в частности, чем лечили в диспансере и т.д. Наиболее фундаментальный вопрос: ограничивалось ли состояние пограничным уровнем дезорганизации психической деятельности или были психотические эпизоды либо плато? Паранойяльная структура и тематика высказываний и поведения обычно плохо лечатся и обычно так быстро не проходят. Поэтому вторая и четвертая версии не исключают друг друга и вполне возможны.

В этой истории, среди множества ракурсов, следует выделить в качестве наиболее актуальных — клинический и общественно-политический. Последний по-прежнему остается достаточно четко сформулированным нами: Александр Габышев не представлял не только никакой непосредственной опасности, но и общественной опасности, а использование силовых недобровольных мер поставило все службы, занимавшиеся этим делом, в глупое и смешное положение, оскандалив себя на весь мир — суеверным страхом на почве собственной неправедности.

Обращение члена Комитета по охране здоровья Государственной Думы Б. Д. Менделевича к министру здравоохранения Российской Федерации М. А. Мурашко 03 июня 2020 г. “поручить соответствующему профильному органу проверить корректность оценки психического состояния указанного пациента и обоснованность направления в суд документов о его недобровольной госпитализации” ни к чему по существу дела не привело.

Ю. С. Савенко

Лингвистическая экспертиза заменила судебно-психиатрическую в деле Юрия Дмитриева¹

О проблемах лингвистической экспертизы на судебных процессах и о том, какие выводы сделали лингвисты по громким делам за последнее время, *ТрВ-Наука* рассказала Ирина Левонтина, вед. науч. сотр. Института русского языка РАН. Беседовала Наталья Демина. Разговор проходил 22 июля 2020 года в Петрозаводске после оглашения приговора Юрию Дмитриеву, руководителю карельского отделения общества “Мемориал”.

Наряду с Ириной авторами лингвистического заключения, представленного в суд по делу Дмитриева, были академик РАН Александр Молдован, член-корр. РАН Анна Дыбо и гл. науч. сотр. ИРЯ РАН Алексей Шмелёв.

— Сегодня был объявлен приговор по делу Дмитриева. Вы были на суде, выступали в качестве специалиста по просьбе защиты. Расскажите, пожалуйста, кто и как вас пригласил, по каким материалам делалось заключение специалистов?

— К нам обратился адвокат Дмитриева Виктор Ануфриев с просьбой проанализировать материалы дела на предмет того, насколько свободными являются показания девочки, насколько ее беседа с психологом и следователем была нормальной и естественной с точки зрения структуры вопросов и характера ответов, можно ли там выявить какие-либо речевые манипуляции взрослых для получения нужных ответов.

Мы проанализировали переданные нам адвокатом материалы (семь текстов 2016 – 2018 годов), рассмотрели последовательно все видео бесед девочки с психологом. Наши выводы были переданы суду и приобщены к делу. Частично (в части структуры коммуникативной ситуации) результаты нашего анализа были процитированы в статье в “Новой газете” [1].

О содержании материалов я говорить не могу, могу только прокомментировать методы следствия и рассказать о своих впечатлениях. Видео допросов девочки действительно впечатляют. Я и в социальных сетях, и в реальной жизни вижу многих людей, которые поддерживали Юрия Алексеевича, они не верят, что он мог что-то такое совершить. Их поддержка держится на вере или доверии, на знакомстве с самим Дмитриевым или его близкими или друзьями, на каких-то публикациях. Я нахожусь в выигрышном положении по сравнению с другими: я видела те материалы, на которых строилось обвинение. Хотя я не могу рассказать о содержании материалов, но скрывать свое впечатление не обязана.

На мой взгляд, любой человек, который посмотрел бы эти материалы, увидел бы, что хорошая и очень симпатичная девочка старается не наговаривать на Юрия Алексеевича лишнего, но следователь и психолог просто вымучивают из нее нужные им ответы. Она часто не понимает, о чем ее спрашивают, а они бесконечно спрашивают одно и то же и так, и эдак. Она отвечает односложно — они перевертывают ее ответы. Она говорит: “Не знаю” — они снова спрашивают, и снова, и снова и предлагают ей варианты так, что в итоге она просто для того, чтобы отвязаться, называет наиболее нейтральный вариант.

— Вариант, удобный для обвинения?

— Конечно. И потом это продолжается и продолжается, и это выглядит довольно ужасно. При чем женщина-психолог, которая с ней беседует, прямо внушает ей, что надо говорить и, главное, что надо чувствовать, она даже говорит за нее. Любой человек, не будучи даже специалистом психологом, знает, что такие показания должны даваться в жанре свободного рассказа, что там не может быть навязанных вопросов. А в этом случае психолог постоянно говорит за девочку, как будто пытается сделать так, чтобы девочка интерпретировала нужный для обвинения текст, фактически его выучила. Мы видим, как от беседы к беседе девочка просто учит текст. Она в первых беседах даже не знает каких-то слов, она их выучивает.

Мы проанализировали протоколы допросов и выяснили, что в них почти нет собственного текста девочки. Она очень часто отвечает: “нет”, “не знаю”. Иногда “да”. А если есть какие-то другие слова, то обычно это слова, которые звучат в вопросах (мы, кстати, посчитали соотношение разных типов ответов). Почти нет слов, которые бы девочка произносила по собственной инициативе. Они есть там, где она отвечает на вопрос о том, в какие она кружки ходила. А там, где психолог или следователь касаются основной темы обвинений, сама девочка практически ничего не говорит. Иногда она вяло, неохотно повторяет слова, подтверждающие, а в основном не подтверждающие то, что ей говорят.

И в этих протоколах есть потрясающая вещь, раскрывающую механику работы следствия и обвинения. Были протоколы, которые фиксируют сказанное при видеозаписи, а есть те, которые сделаны без видеозаписи, когда бабушка якобы обращалась с заявлением, что не надо записывать беседы на видео, потому что такая видеозапись травмирует девочку. И мы проанализировали разницу между протоколами с видео и без. Разница необыкновенная! Там, где запись сделана в точном соответствии с видео, мы видим слова девочки: “нет”, “нет”, “да”, “нет”, “нет”, “не

¹ “Троицкий вариант — наука”, 2020, № 15 (309), с. 3.

помню”, “не знаю”, “не знаю”, “нет”, “редко”, “нет”. И так далее. А там, где протоколы делались без видео, идет текст от имени девочки целыми абзацами, суконым языком, явно написанный самим следователем. Девочка едва ли могла так говорить, она пока не владеет такими оборотами речи, она вообще не может такие предложения порождать. И скрытые механизмы составления этого обвинения становятся очень ясными.

Кстати, я не могу сказать, что психолог была не квалифицированной. Как раз наоборот. Просто она целенаправленно добивалась той цели, которой нужно было добиться. Вот прямо смотришь, и кажется, что слышишь хруст костей, как она выворачивает девочку, как ее дожимает. Буквально ей диктует, что нужно говорить. Я не могу конкретно цитировать ее разговор с девочкой, но есть какие-то вещи, которые она ей диктует, и та постепенно запоминает.

— **Вы лингвист, а не психолог, но можете ли оценить, получает ли ребенок психологическую травму в момент таких бесед, на ваш взгляд?**

— Ну я действительно не психолог, про травму лучше спросить у тех психологов, которые делали свои заключения. Насколько я понимаю, они отметили, что дама, проводившая беседы, нарушила все каноны, все правила проведения такого рода опросов и бесед.

Если отойти от нашего заключения и сказать просто о личном человеческом впечатлении, то мне понравилась девочка. Из видеозаписей видно, что она не хочет говорить лишнее, она всячески выворачивается и держится на удивление стойко. Она на всё, что можно, отвечает “нет”. Она вообще мало что говорит. Я уже не говорю, что там спрашивают о событиях, когда она была совсем маленькой. Она уже не может отличить свои собственные воспоминания оттого, что ей рассказали и пытались внушить. Она запутана. Она пытается как можно скорее закончить беседу. Она сидит, уставившись; в свой телефон, вцепившись в него, как в какой-то спасательный круг, и смотрит в экран. В общем, мне кажется, что любой человек, который бы это увидел, сразу бы понял, что происходит... Повторяю, это не то, о чем мы писали в заключении дам была просто сухая лингвистика, а это мои личные ощущения.

— **Как проходило заседание суда с вашим участием?**

— На самом деле мне понравился судья: когда он меня опрашивал на заседании, было видно, что он заинтересован в том, чтобы разобраться в деле. Он задавал толковые вопросы, и, как мне кажется, он абсолютно понимал, что происходит.

Я рассказывала о конкретных примерах манипуляций в этих видео, некоторые из которых могут войти в учебники. Там идет словесная игра, подмена слов. Задается альтернативный вопрос. “Как часто?” — “Не знаю”. — “Ну столько или столько?” Человек выбирает из этих двух вариантов. А на самом деле ни тот, ни

другой вариант может не соответствовать реально происходившему. Вариант “никогда” не предлагается. То есть девочка не сама говорит, а выбирает из двух предложенных вариантов, не исчерпывающих все возможные, и создается ложная альтернатива. И таких манипуляций очень много. На суде я даже цитировала знаменитый вопрос Карлсона — вопрос, на который нельзя ответить ни да ни нет: “Вы перестали пить коньяк по утрам?”

Кроме того, одно слово нередко подменяется другим. Девочка говорит одно слово, а его меняют на другое, придающее высказыванию совершенно другой смысл и звучание. Из-за чувствительности темы и обязательства неразглашения я не могу привести конкретные примеры.

— **А тема настолько тонкая, что можно одним словом, одним оттенком исказить сказанное?**

— Конечно. Мы исследовали эти манипуляции. Мы посчитали, сколько там ответов “нет” и “да”, каков процент ответов, где есть новая информация, не содержащаяся в вопросах. И таким образом препарировали весь материал. А дальше уж суд сделал свои выводы об информативности показаний.

— **А какой урок, на ваш взгляд, дает анализ этих бесед с ребенком на чувствительные темы?**

— Проблема всегда одна. Это проблема независимости экспертизы. Мы хорошо знаем, что в самом устройстве института экспертизы сейчас нарушено равенство сторон, нарушено право человека на защиту, потому что экспертизу может назначить только следователь или суд. Адвокат не может назначить экспертизу, адвокат может ходатайствовать перед судом о назначении экспертизы, предлагать своих экспертов, сторона обвинения своих, а судья будет решать. Ну и адвокат может пригласить специалиста, у которого статус не тот, что у эксперта.

Кроме того, специалисты работали с текстами допросов девочки. И психологи, и мы, лингвисты, по просьбе адвоката анализировали тот вторичный материал, который был. Не было общения с девочкой напрямую. То есть сторона защиты находилась в неравном положении со стороной обвинения.

Помимо проблемы независимости экспертизы есть еще проблема квалификации экспертов. Мы часто с ней сталкиваемся. Если бы была реальная состязательность сторон и возможность реального соревнования экспертиз, то каждая сторона была бы заинтересована в том, чтобы пригласить квалифицированных экспертов. А если состязательности нет, то сторона обвинения может приглашать своих прикормленных экспертов, назначать лингвистов или психологов в штатском и это не встречает у суда никакого сопротивления. А адвокаты защиты отчаянно пытаются найти хороших специалистов.

На суде у Дмитриева повезло в том, что судья заслушал всех специалистов, которых приглашал адвокат. Это, кстати, не всегда бывает. Мы прекрасно помним

случаи, когда судьи просто отказываются слушать специалистов, которые явились в суд и ждут в коридоре. Этот судья, по крайней мере, нас выслушал.

— Исходя из анализа видео допросов девочки, как вы оцениваете прозвучавший приговор?

— Я его оцениваю как практически оправдательный: мы все понимаем, что Ю. А. не могли оправдать по всем статьям, потому что по стране оправдательных приговоров меньше полупроцента. Тем более что дело громкое, тем более что человек уже несколько лет провел в СИЗО. И если вдруг его сейчас оправдать, было бы огромное количество проблем — как практических, так и репутационных — для правоохранительной системы. Я надеялась, что ему оставят какую-то одну статью обвинения и дадут такой срок, чтобы его могли освободить уже в зале суда. Получилось немного не так. Но если этот приговор останется в силе, то через пару-тройку месяцев Ю. А. выйдет. В общем, это неплохо по сравнению с тем, что запрашивала прокуратура: 15 лет колонии.

— Как вы оцениваете современные тенденции по использованию лингвистики (точнее, “лингвистики”) как оружия против обвиняемого? Мы видим сейчас много громких процессов, где мнение “лингвистов” со стороны обвинения помогает засадить человека за решетку.

— На самом деле решить эту проблему отдельно невозможно. Для этого нужен составительский процесс, реальное правосудие и так далее. Но мне кажется, что сейчас в научном сообществе происходят важные процессы. С одной стороны, за последние годы “лингвистика” действительно во многих процессах играет ужасную роль, потому что сейчас часто стали судить за мысле- преступления: и “экстремизм”, и “оправдание терроризма”, и “оскорбление чувств”, и всякое прочее, когда судят “за слова”. И там, конечно, во многих делах практически единственным доказательством, на котором строится всё дело, является лингвистическая экспертиза. Ее часто делают люди, у которых нет профильного образования, которые уж тем более не ведут научных исследований.

Однако тут есть и положительные изменения. Очень долгое время академический мир ничего вообще не знал или не обращал внимания на то, что существует такая прикладная “лингвистика”. Сейчас положение дел изменилось. Мы помним по последним громким делам, что академические лингвисты уже активно участвуют в противодействии такой “лингвистике”. В частности, по делу Егора Жукова были опубликованы несколько отзывов лингвистов [2] на ту экспертизу, которая была положена в основу обвинения.

Наконец-то большая наука начала обращать внимание на эту ведомственную науку, которая часто с научной точки зрения абсолютно несостоятельна, даже иногда использует термины совершенно не в тех

значениях, в каких они используются в науке. Такой контроль со стороны научного сообщества раньше полностью отсутствовал. Сейчас же ситуация начинает меняться. Однако это сложный и длительный процесс.

— То есть само научное сообщество пытается сделать так, чтобы не было стыдно?

— Да. Я лет двадцать периодически писала, призывала коллег обратить внимание на то, что происходит в судебной лингвистике. И сейчас лингвисты это увидели, ужаснулись и стали этому как-то противодействовать. (Ну тут, конечно, не во мне дело.)

— Можно сказать, что ваше участие и участие других специалистов в этом деле сыграло большую роль в приговоре по делу Дмитриева, в том, что не был оглашен более ужасный срок?

— Я не знаю. Всегда, когда выносятся решение, ты никогда не знаешь, в какой степени повлияло то или иное доказательство. Всё работает в совокупности. Каждый делал то, что мог, и получился такой результат.

— Можете ли вы прокомментировать дело “Нового величия”? Вы участвовали в качестве специалиста. На прошедшей неделе завершились прения, и фигуранты дела выступили со своим последним словом...

— Да, тут легче говорить, этот процесс открытый. Дело “Нового величия” очень большое, там много обвиняемых. Как специалист я анализировала совершенно конкретную вещь — небольшую переписку в мессенджере между самой младшей фигуранткой этого дела Аней Павликовой, которая на момент ареста была несовершеннолетней, и провокатором. И доказывала по структуре этой переписки, что он втягивает ее в дело.

Она неоднократно пыталась выйти из этой группы, а пресловутый Руслан Д. использовал разные хитрые приемы, манипуляции, вынуждая ее оставаться в составе этой группы, соглашаться на какие-то действия и так далее. В заключении подробно проанализировано, как это делалось.

На мой взгляд, этот Руслан Д. — довольно эффективный манипулятор. Язык — такая разоблачительная вещь, и когда анализируешь слова человека, считаешь все слова, изучаешь словесные приемы — всё становится как-то очень ясно. Я надеюсь, что Ане Павликовой моя работа как лингвиста хоть немного поможет.

1. novayagazeta.ru/news/2020/07/13/162967-eksperty-priemnaya-doch-istorika-dmitrieva-dala-pokazaniya-pod-davleniem-sledovatelya-i-psihologa

2. trv-science.ru/2019/09/24/egora-nauka-ne-obvinyayet/

28 июля 2020 года

Отклик на статью Б. В. Воронкова “Неомрачаемость при маниакальном синдроме как диагностический критерий фазной мании”

С большим интересом и радостью прочитал коротенькую статью Б. В. Воронкова. О таких случаях народная мудрость гласит: “Мал золотник, да дорог”. Впервые за долгие годы, примерно, лет за 15, у меня появился единомышленник, по части приложения феноменологии Ясперса к традиционной психиатрии. Мне уже казалось, что не доживу! И вдруг такой бриллиант чистой воды. Совершенно согласен с автором в том, что неомрачаемость — не просто один из феноменов (симптомов) мании, а ее краеугольный феномен! Неомрачаемость — обратная сторона безрадостности при эмоциональной тупости, и если она есть “ампутация души”, то эмоциональная тупость — экстирпация души! Но в основе и того, и другого лежит та самая “неодолимая и непроницаемая стена, выстроенная на психотической основе”! Можно продолжить мысль автора и протянуть нить Ариадны к “Размышлениям практического врача-психиатра”. Феномен Инобытия, как и феноменологическая суть аутизма, непознаваемая обычной психопатологией суть бреда — звенья одной цепи, одним из ключевых составных частей которой и является неомрачаемость. Это кирпичики той самой непроницаемой стены, о которой в начале прошлого столетия писал Ясперс, рассуждающий о феномене бреда. Эта стена

определяет суть эндогенности, невыводимости феноменов ни из каких внешних, психологических, психогенных и иных симптоматических и синдромальных дефиниций. Можно пойти чуть дальше и попытаться заглянуть в далекое прошлое “учения о едином психозе”. Ведь не дураки же были наши предшественники, что-то интуитивно чувствовали они и не просто так объединяли в одно целое два главных психических заболевания. Если предположить, что именно эта непроницаемая стена, эта ампутация или экстирпация души и есть главный феномен, равнозначно присущий и фазной мании (МДП, Рекуррентному психическому расстройству) и деменция прекокс, шизофрении, шизофрении, шизотипическому расстройству и т.п. Как ни называй гриб, только в лукошко положи! Думаю, наши предшественники всеми фибрами своей психиатрической души ощущали эти ампутации больной души, эту инакость, это инобытие, упираясь большими умными лбами в непроницаемую стену эндогенного психоза. Неужели, “лед тронулся”, господа и, если не мы, то наши дети станут свидетелями интеллектуального взлета новой психиатрии?

И. М. Беккер (Набережные Челны)

Психиатрия гения места^{1,2} (часть 2)³

Е. Б. Любов⁴

В историко-культурной перспективе, с привлечением уместных научных и документальных, вымышленных и невымышленных (самоописания, художественная литература) источников показаны многообразие (континуум) 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 аутоагрессивное (суицидальное) поведение, предположительное место расстройств в МКБ-10, важность сочетанных, биопсихосоциально-го и духовного, лечения и реабилитации.

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

Парижский синдром, или дурная роза

“Париж — единственный город в мире, где можно страдать, но не быть несчастным”.

Ф. М. Достоевский



Самурай с Монпарнаса Цугухара Фудзита:
“Я знал, что буду первым живописцем в Японии, но мечтал быть первым в Париже”.

Париж — традиционный символ заграницы россиянина.

“Нет ничего более поучительного и радостного, чем погружение себя в общество людей совершенно иной расы, которую уважаешь, которой сочувству-

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 Часть 1 см. в НПЖ, 2002, 2.

⁴ Доктор медицинских наук, главный научный сотрудник отделения клинической и профилактической суицидологии Московского НИИ психиатрии — филиала НМИЦ ПН им В. П. Сербского.

ешь, которой вчуже гордишься”. *О. Мандельштам.*
“Севан. Путешествие в Армению”.

Город сиреневых ручьев Хемингуэя (увы, пересохших), неспешных вод под мостом Мирабо и обязательных для великого места семи холмов.

“Парижанин — родившийся здесь заново”. *Саша Гитри.*

Но “роды” случаются безрадостно-осложненными.

Парижский синдром (ПС) — преходящее психическое расстройство посещающих по делу или в отпуск Париж (в широком смысле — Францию и далее везде).

Париж назначен масс-культурой столицей роскоши, высокой моды и романтики, а французы — хрестоматийными романтиками.

Накануне наполеоновского нашествия С. Уваров, будущий министр народного просвещения (триада “Православие, самодержавие и народность”) любовался французскими “прекрасной храбростью, невыразимой смесью веселости и отваги, легкости и остроумия”.

Н. Ота, описавший синдром и обогативший психиатрический лексикон в 1986 г. [44], связал ПС с культурным шоком, когда розовые мечты о Париже консервативных туристов поколеблены грубостью, небрежением парижан, уличной грязью, воровством, клошарами. СМИ вспоминают ПС в контексте агрессивного поведения “новых французов”. Все больше французов говорят с иноземным акцентом, вытесняющим и малопонятное сторонним аргю.

“Все французы красивы и галантны. Но когда сталкиваешься с ними, испытываешь глубокое заблуждение. Мы абсолютно разные в характерах и взглядах на жизнь” (сетования пострадавшей японки).

... и “Международный рынок туризма” назвал французов самыми негостеприимными по отношению к туристам в 2006 г.

Срыв уязвимой личности объясняют идеализацией Парижа в японском (и не только) массовом сознании. “Нарушение правил” неприемлемо в жестко-формализованной японской культуре.

Факторы психической дестабилизации туристов отчасти сходны с ИС (Иерусалимским синдромом).

Часть паломников переживает дистресс из-за конфликта между одухотворенным образом Святого города и реалиями “нового” Иерусалима.

“Меня встречает гул знакомый: / На площадях обычный торг / Ведет толпа. Она здесь дома, / И чужд ей путника восторг. С. Маршак.

ИС в беллетристике — признание в любви к возвращенной родине (Дина Рубина), но и острая травма столкновения культур. У З. Бар-Селлы:

“...прекраснодушные репатрианты бросаются, едва сойдя с самолета, в “их” Средиземное море и выходят сконфужено облепленные нефтяными шариками”.

К дополнительным факторам риска относят усталость в попытке впитать каждый миг Парижа и сверхвысокими дозами красот (как при СС (Синдром Стендаля)), смену часовых поясов (как при ИС).

Группа риска — японские туристы, самые привлекательные неопиты. Среди шести миллионов туристов за год 12 – 20 больных, чаще женщины около 30 лет [25, 46].

Клиническая картина описана в 2004 г. [44]. ПС характеризуется полиморфными симптомами острого психоза с бредом преследования и отношения (больные отмечают “агрессию” местных жителей), дереализацией, деперсонализацией, тревогой, психосоматической “бурей” (головокружение, тахикардия, потливость), депрессией. Возможен “психоз на двоих”. В отличие от ИС, “город мечты” отражается в психозе лишь опасениями беды от “местных”.

На родину отправлены две японки, полагавшие, что их номер в отеле прослушивается, против них зреет заговор (“помешательство вдвоем?”).

ПС следует отделить от взрыва эмоций человека художественного склада. После “новой Москвы” Пастернак в восторге от Парижа (цит. по Д. Быков⁵):

“Это целый мир красоты, благородства и веками установившейся человечности, из которого, как заимствование, в свое время рождались всякие Берлины, Вены и Петербурги”. Поэт мечется по городу, выбирая платья жене, и пишет ей “нездоровое” письмо: “И сердце у меня обливается тоской, и я плачу в сновидениях по ночам по той причине, что какая-то колдовская сила отнимает тебя у меня. Я не понимаю, почему это случилось, и готовлюсь к самому страшному. Когда ты мне изменишь, я умру...”. Вернулся домой в “состоянии острейшей истерии, т.е. начинал плакать при каждом сказанном кому-нибудь слове”, но поэт

уже отбыл за границу в “зачаточном безумии” в виде страха, тревоги, беспричинных сомнений, подавленности и томительной бессонницы”.

ПС и ИС могут быть манифестацией психопатологического путешествия.

У ищущего “вторую молодость” японца рецидив маниакально-депрессивного расстройства с бессонницей, агрессией, раздражительностью и гиперсексуальностью [42].

Лечение: Два из трех выздоравливают после нескольких сеансов психотерапии, остальные требуют длительного антипсихотического лечения. Известный нам Хофер как панацею рекомендовал — скорейшее возвращение домой. Беседы на родном языке способствуют скорейшему возвращению к реальности, выздоровлению.

Менее известны иные широты психопатологии путешественников. Поэтому — вынужденно кратко.

Индийский синдром разворачивается в таинственной и далекой стране чаще у европейцев, ищущих “просветления”: от тревоги до экстаза, от беспокойства до угнетения.

Девушка, приехавшая в Индию в составе гуманитарной миссии на 10 дней, обнимала священных коров.

Возможны вояжи в болезненном состоянии, употребление ПАВ как спускового крючка психоза, климатические условия. Вместе с тем психотические больные порой удивительно легко растворяются в восточном колорите (“белый дервиш” В. Хлебников).

Мекка. Болезненное поведение описано у совершающих хадж. Важен религиозный и культурный контекст ритуалов изгнания Сатаны [37].

Сантьяго де Компостелло и Лурд — эпицентры религиозного экстаза паломников

“Смерть в Венеции”. У Пастернака Венеция — город, в котором исчезают люди: “Кругом ... львиные пасти, тайно сглатывающие у себя в берлоге за жизнью жизнь.... Все это чувствуют, все это терпят”.

Герой Т. Манна Ашенбах полагал путешествие гигиенической мерой, но в Венеции юный Тадзио воплотил открывшуюся ему “вдруг” красоту мира. В мифах чувственные страсти приводят к смерти. Запретная страсть ослепит Ашенбаха: расплата неминуема⁶.

Суициденты прибывают в город с детальным планом “уйти красиво”.

Гавайи

“есть острова, далекие как сон / И тихие как звонкий холод альта”. Г. Шенгели.

“Милые, но злые острова” вызывают (усиливают) депрессию. Ведь красота сродни печали. Рядом набокская “тоска очарованья”.

⁵ Быков Д. Л. Борис Пастернак. ЖЗЛ. М.: Молодая гвардия, 2016. 806 с.

⁶ Манн Т. Смерть в Венеции (сб.). Зарубежная классика, 2017. 437 с.

“Ощущал я красоту как-то странно. Не желания, не восторг и не наслаждение возбуждала во мне Маша, а тяжелую, хотя и приятную, грусть. Эта грусть была неопределенная, смутная, как сон. Почему-то мне было жаль и себя, и бабушки, и армянина, и самой армяночки, и было во мне такое чувство, как будто мы все четверо потеряли что-то важное и нужное для жизни, чего уж больше никогда не найдем”. А. Чехов “Красавицы”.

Понимая силу разрушительного времени и неизменность мира, не нуждающегося в тебе?

“... время идет? Безумцы! Это вы проходите мимо!”. Талмуд.

А. Кушнер о монументально гранитном Петербурге: он вполне обойдется без нас.

Ограничения наблюдений. Серии разнородных случаев включают наиболее тяжелых больных, прошедших “психиатрический фильтр”. Недостаток анамнестических и катamnестических данных, кратковременность наблюдения и фасадное описание статуса затрудняют диагноз и прогноз расстройств. Вероятно, заболеваемость выше, чем указывает медицинская статистика, ограниченная крупными городами, манком туриста. Основное внимание (как и в данном эссе) привлечено к ИС, СС (синдром Стендаля) и ПС.

Маршрут путешественников по карте психопатологии.

“Что грезит? Грезит Дух в момент нисхождения своего в Материю, грезит Материя в момент восхождения своего к Духу. Греза есть сама раскрывшаяся сущность человека, самый частный, самый личный процесс его жизни”.

М. Фуко.

Города и страны как контекст психических расстройств — хронотопы М. Бахтина, где ничто не исчезает в потоке времени и группового и индивидуального сознания, а время материализуется в шедеврах, оживает иллюстрацией библейского гимна. Мотивационные категории религии и “синдрома туриста” пересекаются [28] как метафоры современной жизни и пути удовлетворения основных потребностей, по А. Маслоу, будучи атрибутами мира, а все более популярная концепция культурного шока [30], как и модель “уязвимость-совладание-компетентность”, служат объяснительной гипотезой развития психопатологии.

Психические расстройства визитеров определяют психопатологический континуум от впервые проявившейся субсиндромальной депрессии под маской ностальгии и “пресыщенности”, исчезающих по возвращении домой, до острого психоза и его рецидива, когда Золотой Иерусалим или город Света становится условием (спусковым крючком) его развития, содержания и “неправильного поведения” уязвимой личности.

Уязвимость. Реакции личности специфичны, ограничены предрасположением характера и “ключевыми”, значимыми для данной личности, переживаниями на фоне кумулятивного влияния среды [11].

“Если долго всматриваться в бездну, бездна начнет всматриваться в тебя”. Ф. Ницше.

“Предуготованные” к психической дестабилизации, а именно, “симптоматически лабильные” Клейста, реагируют на стресс и дистресс (жизненные обстоятельства обеих знаков) эндо (экзо) формными психозами, или метапсихозами. Порог выносливости аффективно лабильных лиц низок [3].

Возможна “нажитая” лабильность при дистимии или в продроме психоза.

“В зоне риска” творцы, начиная с Пигмалиона, “изысканно чувствительные”, алчные до эстетического наслаждения и склонные к пресыщению как при булимии [26].

Л. Стерн в “Сентиментальном путешествии по Франции и Италии” (1768) противопоставляет путешественникам праздным, пытливым, тщеславным и простодушным (вполне в одном лице) — “чувствительного”, как он сам (и, верю, читатель данного эссе. Прим. Е. Б.), его ждет разрыв рутины и неповторимые эмоции у растиражированного шедевра или в стороне туристической тропы, с которой, как у Бредбери (“Бабочка”), сойти рискованно.

А. Бейля влекло “поведение человеческого сердца”, страстно-безрассудный “итальянский характер” (на могильной плите завещал выбить: “миланец”). В его натуре “много от театра и актерства” (Поль Валери), что значит легкость смены ролей и характера. Под тонкой кожей писателя уживались властность и безрассудная смелость, скепсис, индивидуализм, граничащий с эгоцентризмом, замешательство, шквал бурных фантазий и внезапный шквал страсти в страстном поиске ускользающего блаженства, морального или эстетического “приза”. Такое искусство жить (или жизнь в искусстве) названо “бейлизмом”. М. Ferrery.

В “бейлизме”⁷, близкому дионисийскому типу, по Ницше, неуравновешенному и одержимому экзотическими чувствами, управляющими разумом, в зародыше черты СС.

Мистические переживания посещают предрасположенных к ним. Фанатизм и суеверия — причины религиозного помешательства людей с “невропатическим складом, склонных к мистицизму”, по С. С. Корсакову, неуравновешенных, мечтательных, по В. П. Сербскому, и их опыт становится “ландшафтом воображаемого, благоприятствующему галлюцинациям и бреду” [21].

⁷ Стендаль завещал выбить на могильном камне “...жил, писал, любил”.

В 13 лет *Жанне* голоса и лики архангела Михаила и святой Екатерины открыли святое предназначение.

Молодой монах *Лютер* при чтении главы Евангелия об изгнании бесов упал на пол, крича: “Нет, нет!”. Идея абсолютно справедливого Бога довела до отчаяния. Описывал в военных терминах борьбу с сатаной (метал чернильницу), уверенный, что является мишенью Князя геенны.

Иоанн Кронштадтский шестилетним увидел в горнице ангела и очень смутился, но небожитель сказал, что он его Ангел Хранитель.

Дитрих Бонхёффер, лютеранский пастор, в 13 – 14 лет пережил опыт призвания, о чем говорил редко и намеками. Внутренний “голос” не оставил его: пророчески предвидел поражение нацизма и путь мученичества вплоть до кончины.

Слава Курилов “принадлежал к редкой и драгоценной породе странников и духовидцев. Такие люди были во все времена: они проходили свой духовный путь в монастырской келье, в постижении мистических глубин йоги или в реальных странствиях с единственной целью — поиска единения с Богом ... Он одновременно созерцатель и действитель, подчиняется тайному зову и в миг почти неминуемой смерти оказывается в ином мире, в доме, освященном Божественным присутствием”. *Из интервью с вдовой Е. Генделевой-Куриловой.*

Люди с повышенной возбудимостью правого полушария мозга и лимбической системы (не там ли живет Бог в молитвах) склонны к религиозно-мистическим переживаниям [24].

Подвержены прозелитизму новых культов в стрессе, с латентной психопатологией, шизотипические, “пограничные” больные: “странные”, склонные к эксцентричным убеждениям, магическому мышлению (вера в ясновидение), с квазипсихотическими эпизодами, в хроническом экзистенциальном кризисе.

Религиозность — причина и следствие психопатологии [38]. В церкви, как и всюду, немало душевнобольных. Так, католицизм нередко ведет к безумию, ибо, описывая ужасы загробного мира, служит источником бурных переживаний и пугающих образов; он рождает у людей бредовые убеждения, поощряет галлюцинации, ввергает в отчаяние и меланхолию [21].

Бонавентура “питал особое пристрастие к безумию и стремился довести себя до абсолютной путаницы именно для того, чтобы, подобно Господу Богу нашему, сперва довершить добротный полный хаос, из которого при случае, коли мне заблагорассудится, мог бы образоваться сносный мир”. *“Ночные бдения”*.

Болезни и печали приходят и уходят, но суеверная душа не знает покоя. *Роберт Бёртон*.

Одинокие особо ценят религию, ведь насыщенность религиозной среды препятствует отчуждению [21].

“Некогда религия была тем огненным столпом, который шествовал впереди человеческого рода, указывая ему путь в его великом историческом шествии. Теперь она все более и более превращается в лазарет, следующий за походом, подбирающий усталых и раненых”. *Х. Геффдинг. “Философия религии”*.

Между монахинями значительное число душевнобольных, но, может быть, это зависит от того, что само поступление в монашество является у некоторых выражением психической неуравновешенности... принадлежность к сектам, проникнутым фанатизмом, в которых религиозный культ соединяется с сильным душевным возбуждением, доходящим до экстаза, способствует развитию душевных заболеваний. *С. С. Корсаков*.

Т. Хаммер, комментатор Шекспира XVIII в., писал, что редко девушка лишается рассудка от потери отца. Так, для мизерной части путников впечатления — сногшибательны, порой, буквально.

Ученик “Школы для дураков” считает, что его “наследственная болезнь” (раздвоение личности и нелинейное восприятие времени) от бабушки. Та часто теряла память, когда смотрела на что-нибудь красивое. Врач не советует ездить за город, чтобы не обострять болезнь, но протагонист не может жить без красоты. Иногда он чувствует полное растворение в окружающем, и доктор объясняет, что это и есть проявление болезни. *С. Соколов*.

В четверти случаев сверхсильные религиозные чувства вызваны депрессивным отчаянием; треть католиков харизматического толка в США ощущала перед обращением к Богу жизнь бессмысленной, каждый второй пережил личностный кризис [20].

ИС подвержены внушаемые с “религиозным менталитетом”, у 85 % “психотические пробоины” в анамнезе [8].

Женщина (62) доставлена близкими в больницу с борга самолета из Израиля. На экскурсии поила людей водой, утверждая, что это вино, отказывалась покинуть церковь, горячо молилась и намеревалась уйти в монастырь. Ударил себя в живот, убежденная, что одержима, не спала ночами. Около 20 лет назад госпитализирована в связи с острым психозом вслед посещения Ватикана. Психиатрическое лечение получала затем недолго и нерегулярно. Узнав за месяц до настоящей поездки о разводе сына, “потрясена”. При поступлении поверхностно контактна, разговорчива, возбуждена, с изменчивым настроением, раздражительна, демонстрировала “бред религиозного содержания и бредовое отношение” к мужу и священнику, сопровождавшим ее. Три дня лечена оланзапином 20 мг/с без эффекта (*Прим. Е. Б.*), затем — галоперидолом до 15 мг/с. Выписана через 30 дней, выздоровев, с осознанием болезни и предписанием принимать галоперидол 8 мг/с. Пациентка и ее муж решили, что более не посетят мест религиозных куль-

тов [А. Полещук, Л. Свенцички. *Иерусалимский синдром — отчет о болезни*].

В анамнезе П. Коэлю психиатрические госпитализации, употребление наркотиков, “непростые отношения с сатаной”, в частотном словаре писателя, в дневниках, сотни повторов “страх” и “паранойя”.

У стрессоустойчивых, напротив, принятие новых ценностей, моделей поведения важно для личностного роста. Обычно путешественник переживает “медовый месяц”: различия между “старой” и “новой” культурой воспринимает “через розовые очки”.

“В Париже в первый же день привыкаешь к мысли, что все цивилизованное человечество объясняется исключительно по-французски, к вечеру смиряешься с тем, что лично ты больше не являешься его неотъемлемой частью, а уже на следующее утро начинаешь этим наслаждаться, в очередной раз обнаружив, что возможность не разбирать звучащую вокруг человеческую речь — ни с чем не сравнимое удовольствие”. *Макс Фрай. “Большая телега”*.

При “примирении” благоразумный гость ищет привычную еду, ритм жизни в новом месте кажется слишком быстрым или медленным, привычки посторонних раздражают. При “адаптации” после нескольких дней привыкает к новой среде, ведёт повседневную жизнь, как на родине. Возвращение домой может вызвать “обратный культурный шок”.

Большинство душевнобольных с благословения психиатра и запасом лекарств, повышающих порог стрессоустойчивости, путешествует благополучно. Не всем (в длительной фармакозависимой ремиссии) поддерживающая терапия необходима.

Стресс и дистресс болельщика и тропинки. Перемены жизненного уклада, тяготы поездки, душевные потрясения, пусть и планируемые близостью к лично значимому месту становятся ключевыми переживаниями изначально уязвимой личности и триггером психического расстройства. Аура города, святыни или музея ведет к “психической декомпенсации” при индивидуальной предрасположенности, а посещение мест подавляющей красоты и сакрального значения создает фабулу переживаний. Большинство заболевших быстро выходят из “космического сознания” при удалении из экзотических, духовно насыщенных мест.

Роль средовых, ситуационных нагрузок особо заметна в предполье психозов путешественников. Триггерами служит психическая травматизация (средовые воздействия, чрезмерные психоэмоциональные нагрузки).

Хайдеггер отдавал себе отчет, что благодаря раздумьям, стойкости и “скрежету зубовному” не перейти из забвения в просветленное и беспокойное “сознание бытия”. Нужны какие-то неотвратимые и непоправимые обстоятельства, определенный “экстремальный” опыт, который “вытряхивает, вырывает

ет” человека из повседневности существования. *Ирвин Ялом*.

Месяцы и годы вне дома, через моря, лишения и опасности чужого края (паломничество становилось анабазисом) — путь к святой цели был подвигом веры, и странник очищался страданием и долготерпением. Во искупление грехов приобщался к нищете: не сею, не жну, всецело вручаюсь воле Бога.

“Иерусалим оказался к нам далеко не таким милостивым, как Каир и Египет. Переезд до Яффы был очень тяжелым, то есть пароход сильно качало, а меня сильно травило. Перед Яффой пришлось болтаться двадцать четыре часа, выдерживая карантин, назначенный турецким правительством в пику египетскому. С парохода до Яффы, при сильном волнении да проливном дожде, прыгая между утесами, доплыли мы до берега”. *В. Поленов (1881 г.)*.

Уже Роберт Бёртон заметил, что затворничество вкупе с неустанным духовным трудом с ограничениями сна и еды ведут к (меланхолическим) “видениям”, согласно и современным представлениям (см. ниже). Условием обретения заповедей Моисеем и искушений Христа в пустыне были уединение и длительный пост.

Типовыми средовыми дистрессами насыщена жизнь сегодняшнего усердного паломника и безработного туриста: переутомление, возможные легкие, но значимые при симптоматической лабильности путника, соматические заболевания; скудное (голод при соблюдении поста) и нерегулярное питание, обезвоженность и излишества спиртным, бессонница при бдениях с монотонными молитвами и прерывистый сон в ожидании отложенного рейса. Перелёт с запада на восток (в Иерусалим) переносят хуже: спать дольше легче, чем встать раньше. Нарушение ритма сон-бодрствование, перемена часового пояса провоцируют психоз.

Показателен параноид “слабой, неустойчивой, внушаемой личности в ложном, изолированном положении” [3]: например, в иноязычной толпе мегаполиса.

Селянин-переселенец Матвей, парень сильный, простоватый и задумчивый, считающий местные обычаи “от дьявола”, блуждая по Нью-Йорку, теряет надежду найти знакомое лицо. Случайные слова казались хуже ворчания лесного зверя. “Он вздрогнул, остановился и погрозил кулаком... Кому? Неизвестно, но человек без языка чувствовал, что “в нем просыпается что-то волчье, незнакомое, неиспытанное”. *В. Г. Короленко. “Без языка”*.

Языковой барьер (мало японцев знает французский, а парижан — японский) провоцирует “повышение фантазии и ослабление контакта с реальностью” [7]. При этом большей частью владеющие иностранным языком “со словарем” соотечественники не замечены среди пострадавших.

Надежными помощниками становятся аудиогиды и навигаторы.

Итак, для развития психического расстройства важны частичная сенсорная депривация (турист полностью задействует лишь зрение) и, напротив, психофизическая перегрузка в виде информационного и эмоционального пресыщения.

Ценитель прекрасного ищет и находит катарсис — душевную разрядку, смывающую, подобно июльскому дождю, тягостные чувства и мысли, сулящий гармоню, просветление.

Пифагорейцы “очищали” души от пагубных страстей (гнева, страха) особой музыкой.

Музыка заставляет меня забыть себя, мое истинное положение, она переносит меня в какое-то другое, не свое положение... в то душевное состояние, в котором находился тот, кто писал музыку. *Л. Толстой*.

Но у склонных к психическим срывам лиц, возможно, с опытом психоза, то есть с изначально низкой стрессоустойчивостью, личностно значимые впечатления превышают порог эмоциональных возможностей и сопереживания.

Коллизии жизни (она и есть дорога) ...

“Каждая жизнь — множество дней, чередой один за другим. Мы бредем сквозь самих себя, встречая разбойников, призраков, великанов, стариков, юношей, жен, вдов, братьев по духу, но всякий раз встречая самих себя”. *Дж. Джойс. “Улисс”*.

... и смерти (лишь пересадка?): экстремальные ситуации, как нестерпимая боль, угроза “самости” — служат спусковыми крючками психических расстройств.

Приговоренный в петле погружается в предсмертные сценородные галлюцинации.

Он у ворот своего дома. Все как было, когда он покинул его, и все радостно сверкает на утреннем солнце. Должно быть, он шел всю ночь. Толкнув калитку и сделав несколько шагов по широкой аллее, он видит воздушное женское платье; его жена, свежая, спокойная и красивая, спускается с крыльца ему навстречу. На нижней ступеньке она останавливается и поджидает его с улыбкой неизъяснимого счастья, — вся изящество и благородство. Как она прекрасна! Он кидается к ней, раскрыв объятия. Он уже хочет прижать ее к груди, как вдруг яростный удар обрушивается сзади на его шею; ослепительно-белый свет в грохоте пушечного выстрела полыхает вокруг него — затем мрак и безмолвие! *А. Бирс. “Случай на мосту через Совинный ручей”*.

Исходящие “послежизнь” объясняют видения и ощущения переживших клиническую смерть (взявших билет в один конец, но вернувшихся) “трюками” угасающего сознания, до последнего рубежа логически объясняющего процесс умирания. Оказывается, чувство любви и умиротворения перед смертью — лишь результат выброса норадреналина, облегчающего страдания при травмах и дистрессе. Мозг отвечает за все в жизни — любовь и психоз, объясняя и смерть как преддверие неведанного путешествия.

Он искал своего прежнего привычного страха смерти и не находил его. Где она? Какая смерть? Страху никакого не было, потому что и смерти не было. Вместо смерти был свет. — Так вот что! — вдруг вслух проговорил он. — Какая радость! Для него все это произошло в одно мгновение, и значение этого мгновения уже не изменялось. Для присутствующих же агония его продолжалась еще два часа. В груди его клокотало что-то; изможденное тело его вздрагивало. Потом реже и реже стало клокотанье и хрипенье. — Кончено! — сказал кто-то над ним. Он услышал эти слова и повторил их в своей душе. “Кончена смерть, — сказал он себе. — Ее нет больше”. *Л. Толстой. Смерть Ивана Ильича*.

Черед — утешительного инобытия:

“Там, верно, очень хорошо: ведь нет дурных вестей оттуда. / Я жалоб не слышал от них, никто не пожелал вернуться. / Они молчат, они в пути. А плачут те, что остаются. / Они молчат Бог весть о чем — иные берега пред ними ...” *Б. Окуджава*.

“Душе-то что, душа не мёрзнет, не скудеет, / Не надо ей носить ни шапку, ни пальто,

Она в других краях опять помолодеет. / Её там не смутит, не огорчит ничто”. *А. Кушнер*.

Пиковые (вершинные) переживания [34] описаны внезапными ощущениями интенсивного счастья, полноты существования с постижением “абсолютной истины” или единства всех вещей как части самоактуализации человека, открывающего свой потенциал (предназначение); способны полностью изменить жизнь и мировосприятие:

... “ему были видны Фаральони — две гигантские скалы, поднимающиеся из моря. Было полнолуние, и, наверное, он пошел туда поглядеть на них при лунном свете. Может быть, он умер, не выдержав такой красоты”. *С. Мозм. Вкусивший нирваны*.

Переживания — суть “океаническое чувство” (Р. Ролан): ощущение вечности, безграничности, неразрывной связи с миром, принадлежности к Вселенной как истинного источника религиозных чувств (по Фрейдю — лишь “регрессия к ранней фазе чувства Эго”).

В христианском богословии состояние внутреннего обретения Бога — “настигнут радостью”.

“Человеческая любовь живет неконтролируемыми и неуправляемыми темными желаниями; духовная любовь живет в чистом свете служения, предписанного истиной”. *Дитрих Бонхёффер. “Жизнь в христианском общении”*. Гл. 1.

“Бледная луна светит на подёрнутом дымкой небе, / Где прячутся лучи твоей любви. / Не двигаюсь, не говорю, не чувствую боли, / И дождь стекает по моему лицу. / Твои спички все ещё освещают небо, / И в глазах моих — множество слез”. Группа “Queen”. “Now I’m Here”.

Интенсивность, насыщенность, полнота духовно-переживания зависят от склада личности, возможностей воображения:

“Ты много странствовал. Рассказ холодный твой / я ныне слушаю не с завистью живой, / а с чувством сложного, глухого сожаленья. / Мне горько за тебя. Скитался долго ты; / везде вокруг себя единой красоты / разнообразные ты видел проявления, / и многих городов в записках путевых / тобой приведены бесцветные названия. / Но ты не испытал тоски очарования!”. В. Набоков. “Странствия”.

Человеку присуще гармоничное религиозное чувство, “неутолимая жажда Абсолютного, Вечного и Безусловного, искание Высшего Смысла” (С. С. Корсаков). Радость и мир — плоды Духа Святаго [20].

Здесь и сейчас не уподобление христианина, возможно, новоявленного, “иконе” Христа (ср. Быт. 1:26 “Сотворим человека по образу Нашему”), но “обожение” (теозис): благоприобретение божественных качеств всеведения, вездесущности, всемогущества, вечности, бесконечности и неизменности.

“Пиковые” переживания сродни благоговению, известному теологам-мистикам, религиозным реформаторам (Лютер) как сокровенный опыт.

И пожизненно памятно.

“... Из всего мира, в том числе из моего собственного тела, истекало тепло. Я знал, что раскрыл тайну. Все так просто. Поток неведомых ранее чувств переполнял меня. Никогда в жизни не испытывал я такой эйфории, такой умиротворенности, такого всеохватывающего понимания. Но в то же время тайна, которую я постиг, была невыразимой, ее невозможно было облечь в слова. И даже в мысли. Это было знание, доступное лишь телу”. К. Кастанеда. “Путешествие в Икстлан”.

“Три ночи внук провел у смертного одра бабушки. В ночь перед ее кончиной, когда Дебендронат в одиночестве сидел у реки, его вдруг охватило необычайное чувство духовного прозрения, и он потерял сознание. “Я очнулся другим человеком, — вспоминал он. — Во мне поднялось сильнейшее отвращение к богатству. Грубая плетеная циновка из бамбука, на которой я сидел, казалась мне самым удобным сиденьем, ковры и дорогие покрывала представлялись ненавистными, и в моем сознании проснулась радость, какой я прежде не испытывал. Мне было тогда восемнадцать лет от роду”. По возвращении домой роздал большую часть богатств, но отказ от собственности не принес облегчения. Он мечтал о возвращении того экстатического видения, которое пришло к нему на берегу реки.”⁸

Знак и дыхание своего гения знакомы творцам.

“Ай да Пушкин!”...

“Я, гений Игорь Северянин, / Своей победой упоен: / Я повсеградно оэкраен! / Я повсесердно утвержден!”

“Дух, / Жаждой жизни окрыленный, / Увлекается в полет / На высоты отрицанья. / Там в лучах его мечты / Возникает мир волшебный / Дивных образов и чувств”. А. Скрябин. “Поэма экстаза”.

“В некоторые моменты на меня находит такая жуткая прозорливость. Когда природа так прекрасна, как в эти дни, я уже не чувствую себя, и картина нисходит ко мне, как во сне”. Речь идет “о напряжении не на жизнь, а на смерть. Я настолько вхожу в работу, что никакими силами не могу остановиться”. Ван Гог. “Письма к Тео”.

Святые истязали себя, возвращая духовные качества.

Дервиши, шииты во время “татбира” бичуют себя, достигая религиозного экстаза.

И земной небожитель Б. Пастернак пережил “незабываемое” эмоциональное состояние “счастья катастрофы” (цит. по Д. Быкову), созвучное с лейтмотивом творчества:

“Когда это случилось, и меня отвезли, и я пять вечерних часов пролежал сначала в приемном покое, а потом ночь в коридоре обыкновенной громадной и переполненной городской больницы, то в промежутках между потерей сознания и приступами тошноты и рвоты меня охватывало такое спокойствие и блаженство!.. “Господи, шептал я, благодарю тебя за то, что ты кладешь краски так густо и сделал жизнь и смерть такими, что твой язык — величественность и музыка, что ты сделал меня художником, что творчество — твоя школа, что всю жизнь ты готовил меня к этой ночи”. И я ликовал и плакал от счастья”.

Сам себе человек помогай! Вы вот не поверите — а лежу я иногда так-то одна... и словно никого в целом свете, кроме меня, нету. Только одна я — живая! И чудится мне, будто что меня осенит... Придет, словно как тучка, прольется, свежо так, хорошо станет, а что такое было — не поймешь! И. Тургенев “Живые мощи”.

Страдания — один из главных стимулов истинной отрешенности от преходящих явлений, ведущей к истине и просветлению — основной цели духовно-эзотерических практик.

“Высшее счастье и свершение” при прикосновении к святине, внезапная подавленность у долгожданной достопримечательности, величественного природного чуда или “сверхъестественное” слияние с шедевром объединяют восприятие объекта целостным, завершенным, самодостаточным; сосредоточение на объекте без отделения незначимых черт; нарушение ориентировки с утратой чувства времени; удивление, смирение и подчинение.

“О, этот медленный, одышливый простор! — / Я им насыщен до отказа... / Повязку бы на оба глаза!”. О. Мандельштам.

⁸ Кришна Крипалани. Рабиндранат Тагор. “Молодая гвардия”. М., 1989.

У “пиковых” (запредельных) эстетических и религиозно-мистических переживаний с соответствующим поведением в рамках ИС и СС общая основа в виде отклонения от нормальной ясности, континуальности и связи с “Я” [22]; они становятся предтечей психоза, сопровождают его и /или завершают.

Свидетельство беглеца за бортом по своей воле:

“Внутри меня открылось свечение, экстаз продолжал усиливаться, я стал легкий как пушинка, мое тело излучало свет ... Экстаз достиг наивысшей силы, мое “я” расширилось и включало в себя гигантское пространство. Во мне оказался огромный мир, я растворился и стал везде. ... Я видел первоисточник всех вещей. Я мог передвигаться со скоростью мысли, я был сразу во всех местах... я затухал медленно, и только через месяц все следы этого состояния окончательно исчезли ... След этого события остался во мне на всю жизнь. Я запомнил его, потому что его нельзя было не запомнить, так сильно человека не может изменить ни бред, ни сон, ни видение... Я был счастлив там, как никогда и нигде больше. Во всем ощущалось Божественное присутствие — и в этих людях, и в природе, и во всей атмосфере той жизни. Наши души были полны любовью. Мы общались без слов, будто читая намерения друг друга. Понимание было абсолютным. ... Несколько раз я терял это счастливое состояние и тогда оказывался среди высоких волн в ночном океане. В эти минуты я ощущал глубокий душевный перелом, необратимые явления в психике и во всем теле”. *Слава Курилов. “Один в океане”*.

Не всякая радость и не любой мир — истинные переживания божественно прекрасного.

“Бывают мгновения, когда все становится чудовищным, бездонно-глубоким, когда кажется так страшно жить и еще страшнее умереть”. *В. Набоков. “Машенька”*.

Замыкая непрерывный эмоциональный ряд — не все сильные переживания — “пиковые” (граничащие с запредельными, болезненными).

“...счастье нельзя делить и измерять, как варенье. Это горе может быть большим или меньшим, а счастье — что-то абсолютное”. *Ю. Трифонов. “Студенты”*.

Эмоциональную бурю вызывает любой личностно значимый опыт: “неординарная” красота (“бегущей лошади, танцующей женщины и чайного клипера под всеми парусами”).

“Когда я вошел наверх в свою комнату и отворил окно на озеро, красота этой воды, этих гор и этого неба в первое мгновение буквально ослепила и потрясла меня. Я почувствовал внутреннее беспокойство и потребность выразить как-нибудь избыток чего-то, вдруг переполнившего мою душу. Мне захотелось в эту минуту обнять кого-нибудь, крепко обнять, зацекотать, ущипнуть его, вообще сделать с ним и с собой что-нибудь необыкновенное”. *Л. Толстой. “Люцерн”*.

... или могучие сексуальные переживания (изжитая успешно “любовная горячка” Ибн Сины, когда, уже по Гейне, “полюбив, мы умираем”). Стендаль полагал, что его “флорентийская горячка” сродни любви с первого взгляда.

“Можно знать, что такое любовное страдание, но не знать, что такое любовь. Тут и утрата, и сожаление, и пустые руки. Пусть я не буду сгорать от страсти, при мне останется тоска. Ад, где все сулит рай. И все-таки это ад. Я называю жизнью и любовью то, что меня опустошает. Отъезд, принуждение, разрыв, мое беспросветное сердце, разорванное в клочья, соленый вкус слез и любви”. *А. Камю*.

... И “послевкусье” страсти:

“волна беспокойства гнала поручика с базара в собор, из собора на воздух, обратно в гостиницу. И вновь отчаянье: открыта истина, которая всегда нова, что счастье неповторимо”.

После маленькой смерти от “Солнечного удара” поручик “постарел на десять лет” (И. Бунин).

И мука, благодать неразделенной любви:

“...Какое счастье быть несчастным, / Идти по улице домой / С лицом потерянным и красным.../ Раз десять на день умирать, / И говорить с самим собою”. *А. Кушнер*.

В (пред) психотическом остром состоянии типичны лабильность полярного аффекта, смешанные состояния.

“О, смертная тоска, оглашающая поля и веси, широкие родные просторы! Тоска, воплощенная в диком галдении, тоска, гнусным пламенем пожирающая живое слово, низводящая когда-то живую песню к безумному вою! / Мое сердце ужалено радостью. Грудь мою пронзили семь мечей счастья, — как не плакать”. *Ф. Сологуб. “Мелкий бес”*.

Широкий эмоциональный спектр на одном полюсе граничит с психозом, на другом — с “пограничными” расстройствами, не столь драматичными по форме и накалу страстей, и “чрезмерными” (не всем дано) восторгом и томлением.

Непсихотические проявления СС и ПС сходны с острым культурным шоком [36] в виде тревоги, раздражительности, бессонницы, психосоматических расстройств, депрессии с чувством бессилия, неуверенности в себе.

Не случайно сходство ПС с “вспышками ностальгии”, известной с античных времен (путник и путаник Одиссей, стремящийся домой, как к горизонту) от “меланхолии” до психоза. В основе недомогания предшествующие болезни, изменение образа жизни и чужие обычаи.

И. Хофер (1678) отметил (цит. по К. Ясперсу⁹) у людей консервативного склада вдали от дома бессон-

⁹ Ясперс К. Ностальгия и преступление. Собр. соч. по психопатологии. М.: Изд. центр “Академия”; СПб.: Белый кролик, 1996. Т. 1. С. 8 – 122.

ницу, страх, упадок сил, отсутствие аппетита и жажда (грозит обезвоживанием), учащение дыхания, оцепенение, “лихорадка”, возможно, симулирующая интеркуррентное заболевание. Жизненные силы истощены из-за “длительного экстаза духа в мозгу”. Словами “... все это может произойти лишь из-за силы воображения”.

При развитии СС циклотимоподобные, острые тревожные состояния истощают приступ или достигают психотического регистра. Затяжные стертые гипоманиакальные фазы в основе сверхценных идей (стремлений) ощущаются “возрождением”.

(Продолжение следует)



Второе издание “Истории отечественной психиатрии” Ю. А. Александровского¹

Весной 2020 г., спустя 7 лет после первого издания, вышло, опять тиражом всего 1 тыс. экземпляров, “дополненное и переработанное” второе, еще более монументальное издание этого трёхтомного труда, посвящённого чрезвычайно важной, но все еще по понятным причинам недооцениваемой, а на самом деле сознательно избегаемой темы, — “Истории отечественной психиатрии” Юрия Анатольевича Александровского. Хорошо известно, что само конституирование любого предмета изучения ущербно без его исторической развертки. Несомненная заслуга автора, что он продолжил это очень нужное предприятие в крайне неблагоприятных условиях типа излагаемого прошлого.

В третьем выпуске “Независимого психиатрического журнала” 2013 г. (с. 79 – 81) мы откликнулись на первое издание этого труда высокой оценкой и рядом рекомендаций и замечаний, неизбежных в такой теме в такое время.

Вопреки розовому гляncy и одномерно партийному стилю исторических публикаций всего только четвертьвековой давности, Ю. А. изложил череду регулярно повторявшихся репрессий психиатрии, начиная с подавления первой русской революции 1905 – 07 гг., эпохи гражданской войны, 1920-х гг., второй половины 1930-х, 1940-х и начала 1950-х гг., а также уничтожения нацистами психически больных на оккупированных территориях. Уже без отрицания излагается использование психиатрии в политических целях в 1960 – 80-х гг. Все эти беспрецедентные в истории мировой психиатрии условия развития отечественной психиатрии не просто оттеняют, а заставляют восхищаться ее выдающимися достижениями. Удивляет, глупость напускного патриотизма прежних писаний. Впрочем, мы сталкиваемся с их другой формой: о прошлом ладно, а вот о текущем нельзя.

Поэтому характер дополнений и переработок первого издания представляет особый интерес не только с точки зрения естественного обновления сведений за истекшие 7 лет, сколько как индикатор происходящих перемен и их тенденций.

К сожалению, наши замечания и рекомендации в отклике 2013 г. приходится повторить, хотя нельзя не признать, что условия для их реализации ухудшились. И все же, в нашем с Ю. А. возрасте это можно

себе позволить. Тем более, что творческий потенциал для этого автор явно сохранил.

Подзаголовки всех трех томов — “Усмирение и признание”, “Лечение и реабилитация” и “Психиатрия в лицах” — ограничивают проблемное пространство истории отечественной психиатрии доминирующей темой не только I-ого, но и II-ого тома — организацией психиатрической службы, организацией лечения и реабилитации психически больных, организации судебной психиатрии, психиатрии чрезвычайных ситуаций, наркологической службы, а также организацией научно-исследовательских институтов. Жаль, что не выделена отдельно проблема деинституционализации и права. Все три тома интересны как взгляд на историю отечественной психиатрии крупного руководителя психиатрической службы и непосредственного ее активного участника в последние 60 лет.

Но обратимся к изменениям нового издания. Его объем увеличился как во 2-ом, так и в 3-ем томе на 100 страниц, в основном за счет новых приложений, несмотря на изъятие некоторых прежних.

Очень содержательный первый том почти не претерпел изменений, автор дополнил его интересными сведениями об истории более чем 10 психиатрических больниц. Хотя старейшая в Москве (1808) Преображенская психиатрическая больница сейчас база отдела пограничной психиатрии Центра им. В. П. Сербского, возглавляемого автором, сыном главного врача больницы в 1945 – 1951 гг., известного психиатра проф. А. Б. Александровского, и автор знает ее историю с неформальной стороны, он чересчур сдержанно пишет о том, как эту исторически самую древнюю и выдающуюся больницу, где начинал С. С. Корсаков под руководством С. И. Штейнберга, через которую прошли почти все выдающиеся московские психиатры, присоединили к психиатрической больнице им. П. Б. Ганнушкина. Ю. А. не упоминает, что здесь состоялась пинелевская реформа в России, т.е. снятие цепей с больных и устранение полицейского чина (“смотрителя”) в качестве начальника больницы, т.е. 1832 год можно считать датой этой выдающейся реформы, и что в течение более 10 лет, с 1994 г. по 2014 г., больница была юридическим адресом НПА России, где размещалась ее общественная приемная. Фотография больницы символическим образом оскотлена заретушированием высокой трубы центрального корпуса. Впрочем, также флегматично, вообще в сноске, Ю. А. упоминает о ликвидации прежней своей базы — исторического национального центра психотерапии — больницы им. Ю. В. Каннабиха (ПБ № 12).

¹ Отклик на первое издание “Истории отечественной психиатрии” — “Теория отечественной психиатрии в монументально-официозном исполнении” опубликован в НПЖ 2013, 3, 79 – 81.

В отношении больницы им. П. Б. Ганнушкина нечетко описан период, когда ее главные врачи были одновременно директорами выдающегося Института психоневрологии и психогигиены Мосгорздрава, с 1936 г. им. П. Б. Ганнушкина, который только в 1940 г. вошел в Центральный институт психиатрии Наркомздрава РСФСР.

Относительно Центральной областной психиатрической больницы не сказано, что на ее базе в течение многих лет вел прием со всей страны выдающийся юрист в области психиатрии, автор единственного соответствующего руководства (“для служебного пользования”) Александр Иосифович Рудяков с участием В. Я. Евтушенко.

В отношении Троицкой психиатрической больницы (Моск. гор. ПБ № 5), одной из, по выражению Г. И. Юдина, “окружных больниц-монстров”, построенной в 1907 г. для душевнобольных арестантов, про которую Лев Толстой говорил, “что сам предпочел бы лечиться в Троицкой больнице, где более свободный режим”, чем в соседней Мещерской больнице (Моск. обл. ПБ № 2) (с. 204), то с тех пор давно все наоборот. Не сказано, что сюда к генералу Петро Григоренко привозили президента Всемирной психиатрической ассоциации. Жаль, что нет истории Виленской, Киевской и Львовской ПБ. Жаль, что отдельным списком не помещена история спецпсихбольниц, которые выразительнее всего характеризуют различные условия содержания и лечения.

Упоминание (с. 72), что стоимость рабочего дня душевнобольного оценивалась в 10 коп., т.е. в треть оплаты здорового рабочего в конце XIX, и о 50 копейках в день на содержание больных в полицейских приемных покоях и т.п. (с. 106 – 107), следовало привести к современному курсу рубля.

Из приложений первого тома удалены “Гомосексуализм Древней Греции”, “Феномен юродства...” и “Принципы устройства первых психиатрических больниц в России”, добавлены “Из жизни психиатрических больниц” (1908 г.) и — первым номером — приказ Минздрава России от 17.05.2014 г. о “присоединении” Московского НИИ психиатрии и Национального научного центра наркологии к Центру им. В. П. Сербского. Для профессионалов комментарии излишни, но для широкого читателя все же необходимы.

В 3-ем томе изъятые очень информативные, хотя и нелицеприятные воспоминания генетика Виктора Мироновича Гиндилиса о А. В. Снежневском, которые уравновешивали апологетические воспоминания Г. П. Пантелеевой. Вместо них помещены воспоминания А. С. Тиганова и Г. И. Завидовской.

Добавлены воспоминания о А. И. Ющенко, М. Я. Серейском, Д. Е. Мелехове, И. Я. Гуровиче и др., всего 14 новых воспоминаний, из которых особенно важны “Загадка смерти В. М. Бехтерева” А. М. Шеришевского, воспоминания о А. С. Чисто-

виче и “Из докладной записки аппарата ЦК ВКП(б) секретарю ЦК Г. М. Маленкову 1950-го года” об избыточности психиатров еврейской национальности, что отражает начавшуюся с 1948 г. антисемитскую кампанию. Из прежних текстов особенно интересны воспоминания Г. В. Рейтца и — парадоксальным образом — анекдотически выпяренная нелепая попытка Г. П. Колупаева вознести И. А. Сикорского², что характерно для многих выпускников и сотрудников Военно-медицинской академии. К сожалению, автор сохранил нелепую последовательность воспоминаний по алфавиту, а не хронологии.

В разделе “Психиатрия в лицах” удивляет небрежность биографических описаний, в большинстве случаев совершенно формальных, не ухватывающих наиболее крупных вкладов, которыми они памятны, не учитывающих приводимых воспоминаний. Так, даже в отношении С. И. Штейнберга не приводятся слова Ю. В. Каннабиха, что “его имя должно быть в памяти каждого российского психиатра”. Или, например, в отношении Леонида Осиповича Смирнова важно было упомянуть его знаменитый доклад 1936 года (публ. 1938 г.) “О патологоанатомическом исследовании так называемой шизофрении”. Но его, сменившего П. Е. Снесарева, нет вовсе, как нет и А. И. Ойфы. Из предлагавшегося нами списка опущенных в первом издании имен многие восполнены, но немало таких, которые значительно превосходят своим вкладом в отечественную психиатрию некоторых упомянутых, тем не менее отсутствуют. Например, А. А. Токарский, В. В. Селецкий, В. И. Финкельштейн, И. З. Каплинский, Б. Е. Микиртумов, М. И. Рыбальский, В. Я. Евтушенко и др. Нет таких выдающихся врачей как М. С. Вольф, Д. А. Черняховский, Р. Я. Марьянич и мн. др., словно главное — степень доктора наук.

Нет в списке и такого грандиозного по значимости психиатра как Артур Кронфельд, имеется только его портрет. Автор упорно не помещает в этот список Б. М. Сегала, обнаруживая тем самым очевидную пристрастность. Более того, в очерке о Московском НИИ психиатрии, в котором четверть века работал, он, только теперь вспомнил И. Г. Равкина, Л. Л. Рохлина и Г. С. Васильченко, но называя великое множество имен, не упоминает Д. Д. Федотова, хотя признает, что наибольшего расцвета Институт достиг в 1960-е годы. Нет там и А. К. Ануфриева.

Вместо портрета Н. П. Бруханского в первом издании помещен портрет его отца П. П. Бруханского. Приводится недостоверная официальная версия о смерти Н. П. в 1943 г., тогда как есть все основания не доверять тактичному приему рассредоточения све-

² Наиболее подробно о нем см. в книге В. И. Менжулина “Другой Сикорский: неудобные страницы истории психиатрии”, Киев, 2004 (есть в интернете) и в воспоминаниях близкого знавшего его на протяжении всей жизни В. В. Зеньковского (“Из моей жизни”. М., 2014.).

дений о дате и месте смерти тех, кого расстреливали в 1937 г., когда расстреляли и В. А. Внукова.

В отношении Института судебной психиатрии им. В. П. Сербского снова не упоминается третья инспекционная проверка этого учреждения (после отрицательных заключений в 1945 и 1950-х годах) в 1956 г. под председательством Д. Д. Федотова с участием В. А. Гиляровского, В. М. Банщикова, А. А. Рапопорта и А. Г. Амбрумовой, рекомендовавшая расформировать Институт. Дальнейшее апологетическое описание автором этого учреждения, заместителем директора которого он был с 1984 г., выдержано в стиле традиционной юбилейной статьи.

Наряду с воспоминаниями, Ю. А. поместил и отдельные отклики и рецензии прежних лет, например, работу А. Е. Личко 1991-го года “О книге Андре Кооперса “Биографический словарь политических злоупотреблений психиатрией в СССР” (с. 457 – 464). А. Е. обнаруживает специфическую информированность, но не замечает простого довода: историки и правозащитники оспаривают, как правило, по совету А. С. Есенина-Вольпина, не психиатрический диагноз, а основания недобровольной госпитализации. Учитывая грандиозность и остроту темы, элементарный научно-исторический подход требовал помещения нашего отклика на эту работу А. Е. Личко, как и само существование НПА России. Но в хронологическом указателе 1989 г. — год принятия ее во Всемирную психиатрическую ассоциацию, на 2 года раньше РОП, этот факт игнорируется, а прием РОП изложен в отретушированной версии. Ошибочным было помещение путанных слащавых воспоминаний Эльги Наталевич, которых мы не приняли в свой журнал, несмотря на пассажи, прямо противоположные последней редакции.

Раздел, посвященный биологической психиатрии, не претерпел изменений, хотя выглядит архаично, так как ограничивается идеями И. П. Павлова, П. К. Анохина и М. Е. Варганяна.

В разделе “Психиатрия и психология” отсутствует Г. И. Россолимо (1860 – 1928), хотя “профиль Россолимо” получил международное признание, и рядоположены грубо разнокалиберные фигуры: Б. В. Зейгарник и К. К. Платонов.

Относительно “Социальной психиатрии” автор пересказывает периодизацию отечественной социальной психиатрии Т. Б. Дмитриевой и Б. С. Положего из “Руководства по социальной психиатрии” 2015-го года, где смещены многие акценты, искусственно выпячена роль Центра им. В. П. Сербского за счет Л. М. Розенштейна, Д. Е. Мелехова, М. М. Кабанова, игнорируются даже А. Г. Амбрумова и И. Я. Гурович, с которыми автор работал.

Раздел “Экологическая психиатрия” автор начинает с поразительным образом смягченного пересказа на 10 строчках книги М. Фешбаха и А. Френдли-мл. “Экоцид в СССР” (М., 1992). Судьбу пионерских ис-

следований И. Г. Равкина в эпоху Л. М. Розенштейна, когда психиатры “вышли за стены больницы” и начали вмешиваться в проблемы вредных производств, и которая была окончательно пресечена Вторым съездом психиатров 1936 г., автор не упоминает. Не раскрывает он и выразительного содержания упомянутой американской монографии: “Секретная земля”, “Секретная вода”, “Секретный воздух”... К настоящему времени ситуация только ухудшилась, но автор оперирует данными 10 – 30-летней давности.

Раздел “Судебная психиатрия” дополнен двумя подглавками: Казанская и Санкт-Петербургская психиатрические больницы специализированного типа с интенсивным наблюдением. Не использованы материалы посещений этих и многих других больниц такого типа комиссиями НПА России. Более того, в 2014 г., когда Европейский суд по правам человека приравнял условия содержания в Казанской больнице к пыточным, она была награждена на съезде РОП. Не упоминаются также сведения из доклада Европейского комитета по предупреждению пыток, посетившего ее в 2018 г. и обнаруживавшего множество нарушений прав человека (перевод доклада опубликован на сайте НПА России).

Глава о злоупотреблениях психиатрией начинается с изложения самого громкого и наиболее полно исследованного дела генерала П. Г. Григоренко. Хотя это и сопровождается ссылкой на “Независимый психиатрический журнал” (1992, № 3 – 4), но не сказано, что диагноз шизофрении выставлялся генералу А. В. Снежневским, Г. В. Морозовым и Д. Р. Лунцем, и что 13-ая экспертиза под председательством М. М. Кабанова закончилась не только признанием генерала психически здоровым, но и полным фиаско активных попыток Т. Б. Дмитриевой спасти честь мундира Института им. В. П. Сербского. Но Ю. А. продолжил эти усилия, ссылаясь на воспоминания Ф. В. Кондратьева, соавтора Т. Б. Дмитриевой (“Руководство по судебной психиатрии” — М., 2004), игнорируя факты. Ни слова нет о деле полковника Ю. Буданова, шесть СПЭ которого вызвали международный резонанс.

Глава о наркологической помощи расширена с 5 до 6 страниц и доведена до 2014 года. Не использованы важные данные А. В. Немцова и многих независимых источников, например, Л. С. Левинсона и О. В. Зыкова.

Одна из наиболее содержательно написанных, глава о военной психиатрии в годы войны, тем не менее, не содержит значительные вклады А. С. Шмарьяна, Л. М. Рохлина и мн.др. Не содержит и данных о блокаде Ленинграда, числе погибших коллег, как прежде о голодоморах.

Проблемам права, прав человека и этики автор не посвятил отдельного раздела. Ни слова о широкомасштабной политической кампании преследования неудобных религиозных организаций с лживыми обви-

нениями в “причинении грубого вреда психическому здоровью и деформации личности” обрядами, практикуемыми всеми религиями.

В описании Чернобыльской катастрофы автор (соредактор методического пособия по этой теме) подменил профессионально-исторический ракурс конкретных событий и оперативных действий административных и медицинских служб общими научными разъяснениями. Катастрофа описана в стиле советской пропаганды: “сразу после аварии, — пишет автор, — из подвергнувшейся радиоактивному заражению зоны были эвакуированы 116 тысяч, а в последующие годы еще 210 тысяч человек³”. Указав, что в отличие от стихийных бедствий, частота острых психических расстройств была незначительной, в силу невидимости поражающего фактора, и что главным стрессовым фактором была информация об опасности, автор подводит к оправданию действий властей боязнью паники, словно не было простого решения: предложить закрыть окна и не выходить определенное время на улицу, тем более — как это случилось — на Первомайскую демонстрацию спустя четыре дня после скрытых масштабов катастрофы 26 апреля 1986 г. Но общества, построенные на лжи, дорого платят за это. В отличие от Японии, наши индивидуальные индикаторы радиоактивности не предупреждали открыто и точно об опасности. Как можно писать теперь, что “сразу после аварии” люди были эвакуированы, когда мы знаем, как это было на самом деле. Автор пишет, что острый период длился 10 дней (“с момента аварии... до завершения эвакуации населения”), а период ближайших последствий (“с 6 мая по октябрь 1986 года”) полгода. Намного живее изложено землетрясение в Армении 1988 года, в ликвидации медицинских последствий которого автор принимал непосредственное участие.

Наконец, 10 лет советской авантюры в Афганистане (1979 – 1989), даже по официальным данным стоившие военным до 20 % хронического ПТСР, не говоря о 15 тысячах погибших, изложены так, словно у власти до сих пор инициаторы этой преступной войны, стоившей народам Афганистана до 1 млн. жертв, а вместе с покалеченными и гражданским населением до 3 млн. плюс несколько миллионов беженцев. Ни слова о ее жестокости, живых картинах исковерканной психики наших солдат и начавшемся после этого бумом наркомании. О психиатрических последствиях локальных войн в Карабахе, Абхазии, Таджикистане, Чечне говорится через запятую на нескольких строчках. Контрастом выступают несравнимо более подробные и откровенные амери-

³ Люди были не просто “эвакуированы”, а выселены. Погибло 4 тысячи человек, заболело 200 тысяч, а число пострадавших в мире от 1 до 4 млн. (включая число абортов из-за страха уродств, преждевременных смертей и мн.др.).

канские данные в отношении последствий подобных конфликтов.

Ничего не говорится о проблеме суицидов, в частности, доведения до суицидов дедовщиной.

Удивительным образом Ю. А., знаток терапии психических расстройств, очень скупо, по одной странице, и неудовлетворительно изложил историю и современное использование в нашей стране ЭСТ и лоботомии, тогда как их фундаментальная трансформация в амбулаторную унилатеральную ЭСТ и стереотаксическую нейрохирургическую операцию на ядрах таламуса превосходят по эффективности фармакотерапию, что очевидно в “некурабельных” случаях. На поверхности инерция памяти о погромном стиле советских запретов их применения, боязнь ответственности и предпочтение “удобства для медперсонала”. Ни слова об успешных операциях Э. И. Канделя при тяжелых двигательных обсессиях, истории докторских диссертаций А. И. Плотичера (1950 г.), Г. А. Ротштейна (1951) и о современных трудах А. И. Нельсона, А. Г. Комиссарова и мн.др., как и о судьбе отечественных работ по евгенике, свободных от ее крайностей.

Очень слабо представлена психотерапия, динамика отношения к психоанализу, не освещены такие крупные события как легализация психотерапевтической практики психологами, противостояние Общества психотерапевтов Б. Д. Карвасарского Психотерапевтической лиге В. В. Макарова, проблема целительства, взаимоотношение психотерапии и духовной терапии различных конфессий и т.д.

В заключающие 3-ий том итоговые тексты “Организационные сложности в развитии психиатрической службы” и “Некоторые вопросы современной психиатрии” внесены только незначительные дополнения, в частности, небольшая цитата из “Стратегии развития системы охраны психического здоровья в Российской Федерации до 2025 г.”, опубликованной на сайте РОП 30.05.2019. При этом умалчиваются итоги Программы неотложных мер развития психиатрической службы до 2000 г., выполненной на 0,02%!

Бесполезно искать обещанную во II-ом томе (как в первом, так и во втором издании) главу “Новые направления развития психиатрической науки и практики в начале XXI века”. Вместо нее помещена глава 9-ая “Важнейшие клинические проблемы психиатрии”, где стерта не только естественная граница XX и XXI веков, но полностью стерт отчетливый рубеж начатой 15 лет назад “реформы оптимизации” здравоохранения. Многие общественные инициативы приписываются Центру им. В. П. Сербского, Центру психического здоровья, а также псевдообщественным организациям, таким как “Союз охраны психического здоровья”, издательскую деятельность которого можно только приветствовать (в отличие от таких лопнувших мыльных пузырей как “Ассоциация судебных психиатров”, “Альянс медицинских обществ”

и др.), но на съезды которого меня дважды не допустили, несмотря на протекцию В. Н. Краснова и П. В. Морозова. Но даже эти искажения и умолчания информативны и хорошо понятны профессионалу. Эта, местами содержательно написанная глава о восстановлении и развитии психиатрической службы в послевоенный период с ее драматическими обстоятельствами, приведенная автором картина подъема психиатрической службы в 1960 – 70-е годы выступает прямым контрастом с ситуацией последних 15 лет плодов реформы оптимизации, хотя автор об этом не пишет. А об одном из наиболее фундаментальных по значимости событий — разработке закона о психиатрической помощи — автор пишет между прочим среди других менее значимых событий. Среди разработчиков закона опять присутствует Т. Б. Дмитриева, хотя ее там никогда не было, в отличие от активного участия Ю. Л. Метелицы.

Автор спокойно, без малейшей критической ноты, более того, как-то опять-таки мимоходом, поразительно неполно упоминает о слиянии институтов и психиатрических больниц и других разрушительных последствиях преступной в отношении наших больных и нашего предмета “реформы” “оптимизации”, умалчивая, что руководство РОП этому не противостояло. Но большинство сознательных и невольных упущений и искажений излагаемых событий придают тексту автора историческую ценность, так как отсутствие информации не менее красноречивая информация. Это тоже уподобляемо и трансформируемо на

понятный язык интонаций, акцентов, умолчаний, иносказаний, контекстуальных контрастов.

К сожалению, труд автора это по-прежнему не история, а материалы к истории отечественной психиатрии, подобранные довольно тенденциозно. Автор не воспользовался возможностью достигнутого им служебного положения и патриаршего возраста, чтобы свободно высказать критическое отношение к уже очевидным негативным проявлениям в отечественной психиатрии. Но именно это создает то напряжение неудовлетворенности, которое побуждает восполнять и исправлять сделанное.

Итак, превосходный замысел написать объемную историю отечественной психиатрии с включением в нее воспоминаний и соответствующих тематических работ различных авторов, различных аналитических справочных материалов, кратких сведений о психиатрах, внесших вклад в отечественную психиатрию, и их иконография, — королевский план, был уже повторно осуществлен внешне монументальным, но все еще далеким от желаемого образом: вместо целостного полотна с четко обозначенными лейтмотивами, с использованием достижений исторической науки, перед нами фрагментарно-описательная, все еще тенденциозно-официозная, т.е. мифологизированная картина, без выводов и квалификации наметившегося тренда, без ясно заявленной собственной позиции.

Ю. С. Савенко

29-й европейский конгресс по психиатрии
ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННАЯ И КОМПЛЕКСНАЯ
ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В ЦИФРОВУЮ ЭПОХУ

10 – 13 апреля 2021 г., Флоренция, Италия

epa2021.kenes.com

О сносе памятников и переименовании диагнозов в медицине и психиатрии¹

Н. А. Зорин

Никогда еще психиатрия не была такой примитивной как теперь, с переходом к МКБ и DSM...

(Н.З.)

Катализатором для появления этой статьи послужил пост глубокоуважаемого профессора Ю. П. Сиволапа, и А. А. Портновой в фейсбуке: “Психиатрия традиций и круги Снежневского” [1], который, я надеюсь, будет “красной” строкой вписан в историю российской психиатрии².

Не зря говорят, что психиатрия — очень социальная профессия, чувствительная к политическим переменам. “Колебания вместе с линией” доминирующей “партии” в ней — обычное дело. В эпоху Перестройки партийные функционеры КПСС жгли свои партбилеты, и вчерашние парторги быстро-быстро стали проводниками “лично ориентированных” учений психоанализа, но стоило ветру подуть немного в сторону, они тут же сделались “Православными психиатрами”! [2], [3]. Вот и теперь все продолжается, правда называется иначе “...менять профессиональное мировоззрение в соответствии с постоянно развивающейся современной психиатрической наукой”³ (Ю. П. Сиволап 2020) [1].

Две вещи сегодня на переднем плане: отказ от собственной истории и прежних авторитетов, и логически вытекающее отсюда — переименование “неправильных” диагнозов. Происходящее — вполне в либеральном тренде “сноса памятников”, с отвратительными своим лицемерием покаяниями...

Вот интересный пример отречения от несправедливой прошлой жизни с последующим коленопреклонением и “целованием англосаксонского сапога” от уважаемого профессора Ю. П. Сиволапа:

“В наши дни существуют две весьма несхожие меж собой концепции психиатрического знания, которые можно условно обозначить как “психиатрия традиций” и “психиатрия фактов”. Нетрудно догадаться, что психиатрия традиций — это, по преиму-

ществу, российская психиатрия, а психиатрия фактов — мировая психиатрическая практика”<...>

“Я уже тридцать два года в профессии и сам, каюсь, наверняка употреблял оборот “клинико-психопатологический метод” в обеих своих диссертациях, кандидатской и докторской; проверить это не могу; черт их знает, где они валяются, мои диссертации, но уверен, что говорил, потому что положено у нас эту мантру произносить, но я до сих пор не могу уразуметь таинственное значение этого понятия.” Сиволап 2020 [1].

После такого отречения, логично было бы отказаться и от “совковой” кафедры — наследия советского проф. Н. М. Жарикова, сподвижника А. В. Снежневского..., а также от всех “ученых” званий, полученных с помощью выброшенных на помойку диссертаций и т.д и т.п.? Но отречение обычно не предполагает сожжение ассигнаций...

А что же взамен? Это объясняет нам еще один, вышибающий слезу, пароксизм самоуничтожения: “Каждому слову в американских или британских руководствах по психиатрии можно верить, поскольку их содержание основано на научных фактах и отражает клиническую реальность” [1]. Однако здесь, возникает конфуз. “Клиническая реальность!” — самое что ни на есть советское клиническое изобретение [5]. То есть, уважаемый профессор пока не сумел до конца сбросить с себя, вместе со своими диссертациями, тяжелое наследие советского прошлого...

Затем становится ясно, что автор не дружит с философией: понятие “факта” в науке всегда ангажировано теорией. Поэтому неких однозначных фактов, равно как и “психиатрии, основанной на объективных фактах” — не существует. Все теории основаны на своих фактах... Это — общее место методологии науки [6].

“Французской психиатрии не существует⁴, как не существует испанской физики или норвежской ас-

¹ Печатается в авторской редакции.

² Чтобы ни у кого не возникло желания упрекать меня в защите “тоталитарной психиатрии”, “совковых ценностей”, “кровавого режима”, “антизападничестве” и т.п. вещах, объясняю: я критиковал отечественную психиатрию еще в те времена, когда это было опасно [4], и когда критикуемые мною фигуранты настоящей статьи, в лучшем случае ходили в среднюю школу, а иных еще и в проекте не было. Поэтому, а так же как человек, лет двадцать уже пропагандирующий в России идеи доказательной медицины, я имею полное моральное право на критику происходящего. Я обильно цитирую свои работы, чтобы дать читателю дополнительный материал к моим же тезисам, которые здесь нет возможности рассмотреть более подробно, а также показываю, что все это уже обсуждалось много лет тому назад...

³ В интернет-варианте этого текста цитаты из поста Ю. П. Сиволапа написаны синим курсивом. Цитаты из других источников — просто курсивом. Все выделения в тексте (жирным), если не указано специально, сделаны мною НЗ.

⁴ Попробуйте сказать это французским психиатрам... я вам не завидую... Н.З.

трономии — наука глобальна” [1]. Наука-то глобальна, беда лишь в том, что медицина вообще, и психиатрия в особенности — **не наука...** Эти громкие названия любой исследовательской деятельности (“медицинская или психиатрическая наука” и т.п.) не более, чем дань той самой ненавистной профессору традиции, кстати, не только отечественной⁵. Есть созданные представителями фундаментальных наук **технологии**, применяемые в **медицинском ремесле...** (например, МРТ) или **технологии** доказательств эффективности вмешательств т.п. в рамках клинической эпидемиологии, известной врачам под ненавистным большинству российских (и не только) врачей названием, “доказательная медицина” (ДМ), созданная врачами, в профессиональном плане вышедшими далеко за рамки медицины (математиками, философами).

Именно то, что **медицина не наука** и позволяет каждый раз, в угоду маркетинговым интересам или политическим реалиям, с такой быстротой и легкостью перекраивать терминологию, классификации “наук” и взгляды на них.

“Упорное следование местным научным традициям, придающей российской психиатрии безнадежную провинциальность, и нежелание менять профессиональное мировоззрение в соответствии с постоянно развивающейся современной психиатрической наукой...” [1] приводят к неправильному лечению больных (см. оригинал [1])... Неправильное лечение больные получают не потому, что их доктора следуют “местным традициям”, которые фактически уже забыты, сломаны через колено насильственным внедрением “международных” представлений, а потому, что наши доктора в своем большинстве питаются не научными, а маркетинговыми представлениями, навязанными им фармкомпаниями **под видом (! НЗ) доказательной медицины (ДМ)**, которую наши врачи не знают, в институте не изучают, и в своем большинстве ненавидят, связывая ее с фармбизнесом (небезосновательно, так как уже говорилось, бигфама продвигает врачам “свою” ДМ...). Однако **то же самое** происходит и с навязанными врачам “международными” диагностическими системами! Об этом ниже.

Все сказанное уважаемым профессором о “традициях” еще имело смысл лет 20 тому назад. Почему уважаемый профессор так долго ждал, пока уйдут в лучший из миров все носители одиозного для него знания? Вообще-то “De mortuis nil nisi bene”...

Так что восторженные пляски на страничке “взаимного восхищения” в ФБ с отзывами некоторых адептов

⁵ Можно было бы использовать это название “наука” в тех случаях, когда это **не имеет принципиального значения для рассматриваемого предмета**, и проще сказать на “традиционном” языке, чем начать сначала объяснять оппонентам и читателям разницу. Но данный контекст — это не тот случай.

уважаемого профессора, что “наконец-то Ю. П. Сиволап нам все объяснил!”... немного запоздали.

Где уважаемый профессор Ю. П. Сиволап видел сегодня, **более-менее значимое**, следование “местным научным традициям”, “диагнозы А. В. Снежневского” или прочих неприятных ему людей? Может быть в русскоязычной версии МКБ-10, 1994 г. СПб, ред. Нуллера и Циркина [7], позиции 21.3 и 21.4 “малопрогрессирующие шизофрении”? То есть прокрались-таки советские лазутчики в МКБ-10, которой “можно верить!”?⁶

“Психиатры-традиционалисты в спорах любят ссылаться на великие авторитеты прошлого. “Эмиль Крепелин полагал, что...”; “Карл Ясперс утверждал, что...”; “Василий Алексеевич Гиляровский говорил, что...”; “Петр Борисович Ганнушкин настаивал на том, что...”. Спору нет, это великие ученые, и знать их работы **должен**, по моему мнению, всякий уважающий себя психиатр...” [1]. Спрашивается, почему они вдруг “великие”, если писали (согласно Ю. П. Сиволапу) всякую ахинею, которую наш профессор воспроизводил в виде “мантр”? А, главное, зачем кому-то должно знать работы людей, мнение которых не интересует “настоящих ученых”: (<...> ...но мнение какого угодно авторитетного эксперта, в том числе знаменитого клинициста прошлого, не принимается в качестве аргумента в серьезной профессиональной дискуссии” [1]. А что принимается? “...научным аргументом в наше время может считаться исключительно факт, полученный в результате научного исследования надлежащего качества — в первую очередь **крупные рандомизированные клинические испытания, а также выполненные на основе многочисленных контролируемых исследований систематические обзоры и мета-анализы**” [1].

Ах вот оно что! “Устаревшей национальной не-науке” (а заодно и К. Ясперсу с Э. Крепелиным) противопоставляется доказательная медицина? Но ведь это “из другой оперы”. Это не к месту вброшенное упоминание о доказательной медицине (ДМ) удручает по двум причинам. Во-первых, становится непонятным, о чем уважаемый профессор говорил до этого? О диагнозах или о вмешательствах? Это давно в психиатрии разные вещи. Уровень изучения объекта в психиатрии никогда не соответствовал уровню вмешательств [4]. Перечисленные профессором лица — теоретики диагностики, патогенеза психических болезней и т.п., и именно этим они и занимались. Во-вторых, если уж речь зашла о ДМ (точнее о клинической эпидемиологии — КЭ), то ее вообще не инте-

⁶ Слово “малопрогрессирующий” стало едва ли не ругательством с легкой руки невежественных журналистов и политических манипуляторов, с тупым упорством обвиняющих А. В. Снежневского **в специальном создании** неких “диагнозов для диссидентов”. [3]

ресуют ни диагнозы, ни механизмы болезней (ни уж, тем более, их названия). В той форме, в которой она упоминается уважаемым проф. Сиволапом, ДМ/КЭ — это отказ от мнения авторитетов **по поводу действия вмешательств**. КЭ представляет собой **технологию** проверки эффективности вмешательств, но это не имеет никакого отношения к теоретической психиатрии. Для понимания того, **как действует** галоперидол, не нужен К. Ясперс, нужна фармакология, биохимия. А для понимания того, **действует ли** галоперидол или нет — даже фармакология не нужна. РКИ это методология “черного ящика”, где осуществляется контроль изменяемого параметра (исхода) на “входе” и на “выходе” вмешательства. *“Лечить болезни становится возможным и без знания их причин и механизмов лечения. В этом состоит сила парадигмы доказательной медицины, но в этом же ее непригодность для создания нозоцентрических, теоретических представлений. В ней господствует медицинское вмешательство. Поле медицины, в зависимости от типа вмешательства и изучаемых исходов, собирается или дробится на отдельные кусочки, размером от групп нозологических форм до симптома (т.н. исходы). Однако именно “вне-нозологичность” результатов внедрения доказательной медицины заставляет усомниться в “объективном” существовании отдельных болезней вообще. В недрах доказательной медицины парадоксальным образом возрождается потребность целостного взгляда на болезни человека. <...> Доказательная психиатрия отчетливо показала “транснозологичность” лечения, заставляя нас вспомнить о “теории единого психоза”. А <...> лечение антидепрессантами <...> “необъяснимых” синдромов, заставляет нас думать, фигурально выражаясь, уже о “теории единой болезни”, разнообразие в течение которой вносит индивидуальный “психо-биотин” [8]. Поэтому, КЭ/ДМ не могут (ибо и не должны!) ничего объяснять (в происхождении, “устройстве” психического, патогенезе, и т.д и т.п). Они не отвечают на вопрос — как? Для этого нужны методы фундаментальных дисциплин (биологии, психологии, антропологии, лингвистики и многих других) в которых, к слову сказать, врачи разбираются еще меньше, чем в ДМ, и к которым КЭ/ДМ — дополнительна. Поэтому прочить ее на замену “кругам А. В. Снежневского” и т.п. значит не понимать, чем она (ДМ/КЭ) занимается. Особенности лечения никак не вытекают из “кругов А. В. Снежневского”, но не вытекают они и из многоосевых наукообразных построений DSM/МКБ. Не имеет, к сожалению, фармакологическое лечение отношения к диагностическим экзерсисам любых школ. Так что уважаемый профессор Ю. П. Сиволап напрасно беспокоился о дурном влиянии “провинциальных традиций” на благополучие наших больных. “Котлеты” — диагнозы и “мухи” — лечение, давно существуют отдельно... Об этом, кстати, говорит и психо-со-*

матическая транснозологичность современной психофармакотерапии, которая уже **не пользуется** делением лекарств на “традиционные” группы (нейролептики, антидепрессанты и пр.) так как все лечат всем [9].

И что еще будет неприятно узнать адептам англосаксонской психиатрии, так это то, что у психиатров эпохи А. В. Снежневского” и создателей DSM гораздо больше общего, чем различий. Это — **абсолютно одинаковые, ложные исходные “теоретические” основы**. Все они **официально, эксплицитно**, провозглашали один и тот же принцип “непредвзятого наблюдения”. То есть, их создатели и адепты не понимали и не понимают, принципа “теоретической нагруженности” опыта... Как “учение А. В. Снежневского” [10], так и МКБ/DSM (см. например [11] — постулируют якобы “беспредпосылочное” описание (чтобы не сказать создание), дискретных “сущностей”. Это представления о болезнях (или расстройствах, синдромах, симптомах), как кантовских “вещах-в-себе”, независимых от нашего сознания, которые разве что не объявляются (а было бы логично) “наказанием за грехи”... Немудрено, что **при одних и тех же исходных посылах** они “беспредпосылочно” получают **разные** результаты. Если уж и пересматривать что-то в психиатрии (и медицине в целом), это — подобные концепции. ... Кроме того, и А. В. Снежневский верил, и современные исследователи полагают, что будущее — за открытием некоего субстрата психических болезней... Но это — другая тема. Вернемся к “сносу памятников” и переписыванию диагнозов.

“Снос памятников” и коленопреклонение наблюдается не только в психиатрии. Например, не нравится многим прогрессивным докторам “вегетососудистая дистония”! [12]. Она ставится только в лапотной России! Не понимают они условности классификаций; отождествляют их с Природой. Аргумент у них “сверхмощный” — нет такого диагноза в “современном, прогрессивном и демократическом мире!” (в МКБ № 10). Argumentum ad hominem наоборот: раз “на прогрессивном Западе” не употребляют такой-то диагноз, значит этой болезни **нет в Природе! НЕТ!!!** Потрясающий аргумент... Зато наших интеллектуалов почему-то не смущает то, что в “самой прогрессивной” “научной” классификации есть такие замечательные, сочащиеся интеллектом диагнозы, как, например, **“Боли в спине”!!!** (для приличия, именуемого на латинский манер “дорсалгии”). Выделены даже их глубоко научные, глубокомысленные варианты, например, **Боль внизу спины!** — М54.5. Это Вам не у Проньки в гостях... Гиппократ и Гален (которые так не нравятся уважаемому профессору Ю. П. Сиволапу) с их желчами и гуморами — отдыхают! Предлагаю ввести в оборот лучший, всеобъемлющий, самый научный вариант: “Боли в организме”! или, еще лучше: “Болезнь организма”!

По сравнению с теоретическим DSM/ICD-убожеством, “круги А. В. Снежневского” выглядят вершиной интеллектуальной работы.

Нелепую идею “дименсий”, которую даже “методологи” этого направления (кстати тоже занятые переименованием, но уже философских понятий) не в состоянии вразумительно изложить [13]; а также совершенно анти-психиатрическое, примитивное стремление превратить психиатрию в неврологию, напрямую привязав психику к субстрату, я здесь оставляю без разбора [14]. Меня интересует социология и психология “феномена Сиволапа”.

Что же движет людьми, вопиющими: “Хотим переимен!”? Одно из объяснений есть в рыночном развитии ремесленной/промышленной медицины. Это — причины экономико-политические. Здесь “двигателем прогресса” будут те представления, которые в итоге можно монетизировать (“ничего личного...”). В этом пространстве медицины есть несколько бенефициаров, из которых нас будут интересовать две группы. Транснациональные корпорации (ТНК)⁷, кроющие новые медицинские классификации по лекалам своего бизнеса с помощью помощников, опиньон-лидеров, например. И также сами эти помощники, ищущие одобрения и иных бенефитов (деньги, гранты, поездки, международное “признание” и т.п.) у тех, кто им может это предоставить.

Чему обязаны “прогрессивные” идеи англосаксонской психиатрии стремительностью своего распространения, в отличие от “провинциальных” взглядов нашей “отсталой” страны, у которой даже ж/д колея шире⁸, чем хочется уважаемому проф. Ю. П. Сиволапу? Интересный ответ есть в области лингвистики, об отличии языков от диалектов. “Языки отделялись от диалектов первоначально с помощью социальных и политических реалий. Один знаменитый лингвист, надеясь покончить с тем, что он считал бесполезной дискуссией, заявил: “Язык, это диалект, у которого есть армия”. Другими словами, диалекты отличаются от языков в первую очередь социальными и политическими реалиями” [8].

К сожалению армия сейчас не на европейской стороне... Почти вся официальная мировая психиатрия, как и медицина вообще, сегодня не французская или немецкая (они растоптаны англосаксонским прагма-

⁷ Я здесь оставляю за бортом обсуждения того, что ТНК делают с КЭ/ДМ. Их стараниями успешно разрушается даже Кокрановское сотрудничество [15.]. А уж имитациям ДМ-дизайнов в пользу бизнеса нет числа.

⁸ Опять конфуз и, как и в остальном, крайняя небрежность. Ширина колеи в России не прихоть Николая I, а — заимствована (о ужас!)... у США! Правда, у южных, работодладельческих штатов, тогда как профессору явно милее северные... Кроме того, это имело стратегическое значение во время Первой и Второй мировых войн. [16] В этом смысле, неплохо бы было нам иметь такую же “стратегическую колею” в психиатрии...

тизмом) [14], и уж конечно не “международная”, она — американская (США). Поскольку “в своем отечестве пророков нет”, то вот замечательное подтверждение этого изнутри: “Хорошо известно, что американская культура является доминирующей силой в стране и за рубежом; наш экспорт всего, от фильмов до нездоровой пищи, является хорошо задокументированным явлением <...> В фильме “Сумасшедшие, как и мы” Итан Уоттерс показывает, что самым разрушительным последствием распространения американской культуры стали не наши золотые арки (Эмблема Мак-До. НЗ) или кратеры от бомб, а нахрапистое разравнивание самой человеческой психики: Мы находимся в процессе гомогенизации того, как мир сходит с ума. <...> Мы классифицируем расстройства, тем самым определяя понятия психического заболевания и здоровья, а затем демонстрируем эти, казалось бы, научные факты миру. <...> Оказывается, мы не только изменяем способ, которым мир выражает словесно и лечит психические заболевания, мы меняем сами психические заболевания. <...> В последние десятилетия, популяризованные в Америке психические заболевания, распространяются по всему миру со скоростью заразных заболеваний. Уоттерс путешествует из Китая в Танзанию, чтобы прийти к неутешительному выводу, что вирус — это мы: поскольку мы внедряем американизированные способы лечения психических заболеваний, и фактически распространяем эти болезни. Уоттерс раскрывает правду о многомиллионной кампании одной из крупнейших в мире фармацевтических компаний по изменению японского опыта депрессии — буквально маркетингу болезни вместе с препаратом...” (Американская психологическая ассоциация 2010) [17].

Активность иных неофитов предсказуема — быть еще лучше, чем те, от кого они ждут одобрений своим поступкам. Ради этого они готовы отказаться даже от собственных трудов и прежних убеждений, и принять любую, подходящую моменту “религию”. Они даже готовы платить авансом... например, переплюнуть западных “экспертов”, и вообще перестать ставить диагнозы даже тем, кто в западных странах их еще получает (!)...и в этот момент они напоминают мне героев советского анекдота: отдавая свой номерок в какой-нибудь DSM/МКБ-“раздевалке”, они, соревнуясь, кто больше даст денег гардеробщику, с гордостью произносят: “Палто нэ нада!”...

Тенденция перемен диагнозов преследует еще одну цель: имитация Прогресса путем замены слов. Подобно моде, это — реактуализация среды обитания, возвращение “плотности бытия”⁹. “В двуборт-

⁹ Это происходит повсеместно, “...позволяя поддерживать постоянную иллюзию Прогресса сменой терминологии, ценностей, списка правил, свода законов и т.п. вещей.

ном уже не воюют!”. Этот процесс я называю еще **политкорректной эвфемизацией** терминологии (в психиатрии, в частности, он проходит под лозунгом дестигматизации). Проститутки это — “девушки с пониженной социальной ответственностью”. Шизофрения вообще должна быть уничтожена, видимо, как болезнь, унижающая человеческое достоинство и т.д., причем в лучших демократических традициях, уже обкатанных в психиатрии США на ЛГБТ проблемах: **путем голосования** [18]¹⁰. Под эти цели, помимо благородной идеи дестигматизации, **подгоняется** “научный” контент. Например, утверждается, что симптомы первого ранга (СПР) К. Шнайдера — неспецифичны для “устаревшего диагноза шизофрении”, т.к. встречаются и при других психозах [19]. Легко увидеть, что в этой **манипуляции** “устарела” только шизофрения, а “другие психозы” почему-то вопросов не вызывают. То есть **их истинность**, и принадлежность к ним СПР, как бы доказана самим фактом их существования в DSM/МКБ ...

Не знаю, понимают ли наши “Иваны, не помнящие родства” — восторженные адепты “научных” психиатрий, радостно распахнувшие окно Овертона для перемены названий, что т.н. “научные” медицинские классификации (особенно DSM, МКБ) это не Природа и не Наука, а **технологические конвенции**? А также то, что майданное голосование — не самый подходящий для исследовательского метода инструмент? Что переименование “...подрывает идею специфичности и единства болезней и, стало быть, процесс преемственности знаний...”, а также то, что “...социальные влияния в большей степени объясняют, какие именно группы симптомов делают их болезнью?” [21] и т.д и т.п. Надеюсь, что **НЕ понимают...**, тогда их еще можно извинить; но боюсь, дело обстоит еще хуже — **они все прекрасно понимают...**

ЛИТЕРАТУРА

1. Сиволоп Ю. П., Портнова А. А. “Психиатрия традиций и круги Снежного”. Интернет-публикация <https://m.facebook.com/>

Такие слова, как “дорожная карта” (“план”), “вызовы” (“проблемы или вопросы”), вплоть до создания Департамента по вопросам новых **вызовов и угроз** МИД РФ (!), “хаб” (“перегрузочный узел”), “кластер” (“комплекс”) и т.д. успешно **имитируют развитие** даже на фоне нарастающей стагнации...”. Цитата с дополнением из [18].

¹⁰ Я не собираюсь отстаивать нозологическую самостоятельность шизофрении (если кому-то так показалось), ибо считаю, что нозологическая концепция близится к закату; я лишь хочу подчеркнуть, что любое переименование (даже если оно преследует благородную цель дестигматизации) нарушает *процесс преемственности знаний*. См. [13] И вреда для исследовательской деятельности будет от этого больше, чем пользы для страдающих от стигматизации больных. Тем более что психиатры издревле применяли на практике систему “реабилитационных” (дестигматизирующих) диагнозов.

- story.php?storyfbid=744513489625346&id=100022001043386 или <https://www.facebook.com/groups/2061371370590222/permalink/3140883662638982/>
2. Зорин Н. А. Скромное обаяние психоанализа // “Независимый психиатрический журнал”, 1996, 3, 66 – 71 https://www.academia.edu/38796109/Скромное_обаяние_психоанализа
 3. Зорин Н. А. Психиатрия в России: десять лет после развала СССР. Интернет-публикация 2017 https://www.academia.edu/38505084/Психиатрия_в_России_10_лет_спустя_после_СССР.docx
 4. Зорин Н. А. Кризис клинической психиатрии: истоки и попытки преодоления (философско-методологический аспект) // Философские Науки, 1989, 8, 42 – 52. <http://own.0x3.ru/index.php/s/МН5gC2Vzh68nNyP>
 5. Зорин Н. А. Что такое “клиническая реальность” и как ее понимают отечественные психиатры? ЛОГОУ философский журнал, 1988. С. 321 – 331, 1998. https://www.academia.edu/37966397/Что_такое_клиническая_реальность_и_как_ее_понимают_отечественные_психиатры
 6. Панов Е. Н. Эмпирический факт и его трактовка в этологии. — Сб. Теоретические проблемы современной биологии. Пушкино, 1983. С. 104 – 118.
 7. МКБ-10, 1994 г. СПб, ред. Нуллера и Циркина.
 8. Зорин Н. А. “Необъяснимые” соматические симптомы (реферат М. Sharpe, A. Carson “Unexplained” Somatic Symptoms, Functional Syndromes, and Somatization: Do We Need a Paradigm Shift? Ann. Int. Med. 2000;134 (Part 2): 803 – 808 с. 926 – 930 и комментарий референта в цикле публикаций, посвященных теории в медицине; Качество медицинской помощи 1 и 2 / 99.
 9. Kaplan & Sadock’s pocket handbook of psychiatric drug treatment Seventh edition. |Philadelphia: Wolters Kluwer, [2019].
 10. Справочник по психиатрии. — М., 1985. С. 10
 11. См., например, Предисловие к французскому изданию) [Mini DSM-III-R Criteres diagnostiques, Masson 1990.
 12. https://ru.wikipedia.org/wiki/Веретососудистая_дистония
 13. Зорин Н. А. Реплика 1 Осторожно — дименсии! (Читая статью German E Berrios, Ivana S Marková Применима ли концепция “дименсий” к психиатрическим объектам? Интернет-публикация 2018 https://www.academia.edu/37966688/РЕПЛИКА_1_ОСТОРОЖНО_ДИМЕНСИИ_Читая_статью_German_E_Berrios_Ivana_S_Marková_Применима_ли_концепция_дименсий_к_психиатрическим_объектам) или https://psychiatr.ru/download/3666?view=1&name=%D0%A0%D0%95%D0%9F%D0%9B%D0%98%D0%9A%D0%90+5_1+%284%29_Part1.pdf
 14. Зорин Н. А. Реплика 2. Романтическая реформация психиатрии. Интернет-публикация 2018. https://psychiatr.ru/download/3667?view=1&name=%D0%A0%D0%95%D0%9F%D0%9B%D0%98%D0%9A%D0%90+5_1+%284%29_Part2.pdf
 15. Peter C. Göttsche. Death of a whistleblower and Cochrane’s moral collapse. Kindle Edition 2019, 263 p.
 16. https://ru.wikipedia.org/wiki/Русская_колея
 17. Crazy like us: The globalization of the American psyche. <https://psycnet.apa.org/record/2010-00036-000>
 18. Зорин Н. А. Круговорот пороков, болезней и добродетелей // Альманах Центра исследований экономической культуры 2016, специальный выпуск “Экономика пороков и добродетелей”. М., СПб.: Из-во Института Гайдара., 2016. https://www.academia.edu/37962771/КРУГОВОРОТ_ПОРОКОВ_БОЛЕЗНЕЙ_И_ДОБРОДЕТЕЛЕЙ_КАК_ИНСТРУМЕНТОВ_УПРАВЛЕНИЯ_ЭКОНОМИЧЕСКИ_ЗНАЧИМЫМ_ПОВЕДЕНИЕМ
 19. Павличенко А. В. Изменение концепции шизофрении: настало ли время для переименования? Психиатрия и психофармакотерапия, 2017; 19(1):50 – 56
 20. Павличенко А. В. Следует ли удалить термин “шизофрения” из психиатрии? Психиатрия, психотерапия и клиническая психология / № 3 2016 — С. 125 – 135 <https://rucont.ru/efd/476153>
 21. R. A. Aronowitz when do symptoms become a disease? In investigating symptoms: frontiers in primary care research. Ann.int.med. 2000; 134 (part 2) 803 – 808.

30 лет назад: “С пирамидой власти покончено”

22 ноября 1991 года “Медицинская газета”, начавшая выходить с надписью “независимая”, поместила в качестве передовой, с аншлагом “С пирамидой власти покончено”, интервью корреспондента Владилена Бородина с только что назначенным министром здравоохранения России акад. АМН Андреем Ивановичем Воробьевым, директором Всесоюзного гематологического научного центра (с 1987 г.), который в дни путча по радио России мужественно заявил о неприемлемости диктатуры ГКЧП. Как мы знаем, министром он был меньше года.

— Как вы согласились с назначением?

— Просто, потому что это не для званий и чипов. Их у меня хватает. И когда приглашают в Белый дом и предлагают возглавить Минздрав России, понимаешь, что думать о личных интересах грех. И потом, новый Кабинет Министров состоит из высококвалифицированных специалистов. Доктор наук в нем явление заурядное.

— Тяжелая экономическая обстановка в стране ухудшила и без того незавидное положение медицинских работников. Они вынуждены бороться за свои права, за повышение заработной платы, предоставление жилья, с безработицей. При этом известно, что в бюджете России немало дыр и ассигнования ограничены. Видите ли вы выход, хотя бы на первое время?

— Надо исходить из децентрализации управления и опоры на местные власти. Поэтому, в сущности, не должно возникать вопроса только о централизованной защите многомиллионной армии медицинских работников, каким бы сильным ни был Минздрав, сколько бы денег нам ни удалось достать.

Это не значит, что спасение утопающих — дело рук самих утопающих. Мы будем добиваться такого, даже минимального, уровня зарплаты медиков, который обеспечил бы им нормальные условия жизни.

Напомню, что только что вышел Указ Президента России о существенном повышении зарплаты, в том числе медицинским работникам.

Подчеркну еще раз, что окончательный уровень зарплаты надо устанавливать на местах, исходя из конкретных условий, с учетом всех профессиональных вредностей и местных возможностей. Например,

обязательными, на наш взгляд, являются дотации в северных районах и в сельской местности.

Регион должен сам определять, сколько платить врачу, если хочет, чтобы врач там работал. Вспомним земскую медицину. Земство давало прекрасные квартиры и заботилось о безбедном существовании врачей.

Хочу отметить, что у нас нет разваленной медицины. Хорошие врачебные и сестринские кадры. Недаром наших медицинских специалистов переманивают на Запад. Хотя... в семье не без урода.

— Как утолить голод на лекарства населения республики?

— Прежде всего, закупать. На ближайшие полгода — только жизненно необходимые медикаменты, не допустить срыва в снабжении антибиотиками, противоопухолевыми и противодиабетическими средствами, от которых зависит жизнь больных.

Использовать демократические перемены в стране, инициативу на местах, особенно в строительстве фармпредприятий.

Еще раз хочу сказать о децентрализации управления. В подтверждение приведу такой факт. Уж, казалось бы, только наша отрасль имела на посту первых руководителей очень грамотных, выдающихся деятелей медицины — Е. И. Смирнова, М. Д. Ковригину, Б. В. Петровского, С. П. Буренкова, Е. И. Чазова. И что же? Они оставили неплохое наследие, но ведь запасы медикаментов не от них зависят.

С пирамидой власти, с системой диктатуры, весь смысл которой сводился к воле одного человека, покончено.

Поэтому роль Минздрава изменилась. Он будет в первую очередь жестко контролировать уровень медицинской помощи населению. В частности, выдавать лицензии на открытие аптеки, специализированного отделения, неважно, какого — муниципального, страхового, частного. Но разрешение будет даваться только при соответствующем уровне оснащения и квалификации. И с учетом результатов, соответствующих мировым. Пусть это будет и небыстро. Гонка здесь не нужна.

— Ваше отношение к страховой медицине?

— Страховая медицина — одна из важных форм здравоохранения, но страхование личности в массо-

вом масштабе нереально. Ведь есть регионы не только богатые, но и бедные. Появление “денежных мешков” должно способствовать частному здравоохранению, но не в ущерб малообеспеченным слоям населения. Вообще страховая медицина не идеал.

Будет и страховая, и частная, и муниципальная медицина. При этом могут быть разные условия размещения и питания, но качество медицинской помощи должно быть одинаковым, соответствующим общим мировым стандартам.

— “МГ” всегда уделяла внимание здравоохранению России пропорционально ее значению и роли. Как межреспубликанское издание мы будем и впредь уделять ему внимание, как и здравоохранению других суверенных республик и государств, в том числе и не вошедших в СНГ.

Ваши пожелания нашей газете?

— Я родился в Советском Союзе и не путаю наследие диктатуры с теми достижениями, которые произошли на бывших окраинах страны. Медицина многих республик фактически родилась после Октября и корнями связана с Россией. У русского народа одна особенность, может быть, уникальная: он исторически родился на интернационализме.

В этом плане “МГ” тоже оказывала помощь всему Союзу. Эта ее функция консолидации медицины всех республик сохраняется. И надо продолжать уделять особое внимание здравоохранению малых народов.

И еще. Нам всем очень нужна “МГ” как независимое межреспубликанское издание. Но с ее страниц не должны литься неквалифицированные речи. Есть только одна — научная медицина, вся остальная — антинаучная.

**Всемирная психиатрическая ассоциация
20-й всемирный конгресс по психиатрии
ПСИХИАТРИЯ В НЕСПОКОЙНОМ МИРЕ**

10 – 13 марта 2021 г., Бангкок, Таиланд

wcp-congress.com

**Региональный конгресс Всемирной психиатрической ассоциации
ПСИХОПАТОЛОГИЯ В ПЕРИОД ПЕРЕМЕН**

7 – 9 июля 2021 г., Киев, Украина

<http://2021rcp-congress.com/>

ИСТОРИЯ, ВОСПОМИНАНИЯ

Мой путь в психиатрии

Б. Н. Пивень (Барнаул)

Нам дано трудиться, но не дано
завершать труды наши

Лион Фейхтвангер



Вначале для тех, кто заинтересуется предлагаемым текстом, хочу дать пояснения, необходимые для достижения заявленной в заглавии цели.

В первую очередь считаю необходимым отметить, что данный текст появился на свет во многом благодаря Ю. С. Савенко, за что я признателен ему. Именно он в процессе наших с ним обсуждений разных проблем психиатрии подтолкнул меня к этому “подвигу” — несмотря на какое-то внутреннее сопротивление, сесть за компьютер и попробовать составить этот текст.

В данном тексте под путем в психиатрии имею в виду не только динамическое значение этого термина — путь к чему-либо, но и широкий план, охватывающий разные стороны событий (не только путь в психиатрию, но и путь в психиатрии).

В тексте не соблюдена хронология событий, так как основной акцент в их оценках ставится не на порядок их чередования, а на логическую и ассоциативную связь между ними. Детализация, возможно местами чрезмерная, помогает, по моему мнению, более объемно представлять и передавать атмосферу событийного плана.

В настоящее время стаж моей медицинской деятельности составляет 55 лет, основная часть которой тесным образом связана с психиатрией. За этот период времени происходило и произошло много разного рода событий, оказавших и оказывающих влияние как на психику отдельных людей, так и на значительные группы населения, в том числе население целых стран. В ряде этих событий пришлось участвовать и мне как с профессиональных — психиатрических позиций, так и в роли обычного наблюдателя, хотя и первое, и второе чаще были тесно связаны. В итоге накопились определенные знания и опыт, касающиеся психиатрии, которыми мне и хотелось поделиться с коллегами.

Кроме того я считал возможным осветить некоторые важные для автора события, не имевшие, казалось бы, никакого отношения к психиатрии, но тем не менее получившие в итоге психиатрическую “прописку”.

В психиатрии, как и в жизни в целом, могут случаться и случаются как негативные, так и забавные и даже комические случаи, о которых особо не принято говорить в профессиональном сообществе. Однако я посчитал полезным включить описание отдельных из них в канву наших рассуждений о психиатрии, полагая, что это расширяет и очеловечивает представления о ней.

Говоря о моем пути в психиатрии, хочу непременно также отметить большую роль разного рода случайных событий, занявших в последующем в нем большое, а в каких-то обстоятельствах, основное место.

Одним из таких событий явился своеобразный выбор будущей моей профессии. Завершая довольно успешно школу, я не строил себе особо серьезных планов на дальнейшее обучение, кроме того, что собирался получить высшее образование. В итоге выбор пал на медицинский институт (теперь это университет). Меня привлекла и все решила своеобразная “география” — институт располагался в центре Новосибирска буквально в двух кварталах от моего дома. Я тогда себе и представить не мог, что это лишь его

главный корпус, а все основные учебные базы разбросаны по всей территории этого большого города, в результате чего будучи уже его студентом пришлось испытать все транспортные прелести. Тем не менее, ничего не менял и в течение положенных 5 – 6 курсов изучал медицину, не отдавая предпочтения тем или иным предметам и особо не задумываясь о своей будущей специальности и работе, полагаясь, очевидно, на существовавшее в то время обязательное распределение выпускников по местам работы. И здесь, как это было проверено всей моей последующей занятостью в медицине, произошло важное для меня событие, явившееся началом моего пути в психиатрию. Это был экзамен по психиатрии и сдавал его я заведующему кафедрой Ц. П. Короленко, к сожалению недавно ушедшему от нас. Судя по всему, ему мой ответ понравился и он спросил, занимаюсь ли я в каких-либо студенческих кружках. Получив отрицательный ответ, предложил: “Походите к нам”, имея в виду участие в научном студенческом кружке кафедры. В результате вот уже более полувека “хожу” в психиатрии.

Именно занятия, а по сути дела, работа в кружке сформировали мой профессиональный интерес к психиатрии и заложили основы знаний в ее области. И здесь я с благодарностью вспоминаю коллектив кафедры, в составе которого в последующем был длительное время. Кафедра имела высокий научный и клинический потенциал, созданный известным в стране и за рубежом профессором М. А. Гольденбергом и его учениками.

В 1964 г. в связи с кончиной Марка Ароновича кафедру возглавил его ученик, вскоре ставший профессором и широко известным ученым Ц. П. Короленко. Это ему я и сдавал экзамен по психиатрии, определивший мою профессиональную судьбу. В последующем под его руководством я учился и работал на кафедре и получил подготовку, позволявшую, как показал опыт моего становления заведующим кафедрой психиатрии Алтайского медицинского института, принять руководство кафедрой этого ВУЗа.

Иногда с учетом приведенной хронологии я в шутку называю профессора Гольденберга моим психиатрическим дедушкой, учеником которого был профессор Короленко, ставший в этом ряду моим учителем.

В 1965 г. я закончил Новосибирский медицинский институт и получил рекомендацию для поступления в клиническую ординатуру на кафедру психиатрии. Однако при распределении был направлен на курорт Белокуриха врачом–ординатором с последующей переквалификацией на психоневролога.

Такой поворот событий, как оказалось, был обусловлен планом научных работ на курорте, проводимых Новосибирским медицинским институтом под руководством его ректора академика В. П. Казначеева. В тематике плана предусматривалось развитие и психоневрологического направления, что я должен

был обеспечивать. Однако в силу разных причин в тот период времени этот план не получил осуществления, но отдельные его аспекты выполнялись спустя много лет.

В Белокурихе я проработал два года, курируя, в основном, пациентов пограничного профиля. Здесь я убедился в эффективности лечения ряда заболеваний природными факторами. Приобретался опыт общения с больными, вырабатывались индивидуальные его формы. Для себя я сформулировал аксиому — пациент не только больной человек, но и (во многих случаях) интересный и хорошо информированный собеседник. К примеру. Однажды моя пациентка, известный экономист, во времена, о которых идет речь, сказала буквально: “Наша страна такая богатая, что как ни воруют, не могут разворовать”. Было это констатировано половину века назад, а и теперь вряд ли нуждается в особых комментариях.

В числе моих пациентов на курорте была группа глухонемых, общение с которыми в большей части с переводчиком, не только расширило мой врачебный опыт, но и спустя годы, оживило в памяти все обостряющийся в последнее время вопрос о подарках врачам, ответа на который я и до сих пор не знаю. Суть этой истории такова. Когда пришло время отъезда, группа выстроилась на площадке около моего кабинета, и старший группы от ее имени поблагодарил меня и совершенно неожиданно вручил мне подарок — обеденный сервиз. Я не пишу, как поступил с подарком в тот момент, но ниже свою точку зрения на проблему “врачебных подарков” озвучу.

После двух лет работы на курорте я получил предложение от руководителя медицинской службы Западно-Сибирского Управления Гражданской Авиации Е. Ю. Кошкиной перейти в Лабораторию авиамедицины (ЛАМ) этой службы, располагавшуюся в Новосибирске, на должность психоневролога. При этом в случае согласия предусматривалось мое обучение в МГУ на цикле по актуальным вопросам психологии.

Естественно, я не мог отказаться от такого предложения и в итоге получил знания, расширившие мой кругозор в области медицинской (клинической) психологии и вызвавшие сохраняющийся до сих пор интерес к психологии летного труда. Это были годы возрождения психологии в разных областях жизни и деятельности человека после ее разгрома в нашей стране в 30 – 50 гг. прошлого века. Одной из основных, если не главных, причин ренессанса психологии явилось развитие космонавтики, требовавшее решения многих вопросов психологического плана в проблеме “Человек в космосе”.

Занятия на цикле с нами велись как по общим, так и частным разделам психологии. Особо хочу отметить, что лекции по медицинской психологии и патопсихологии читали корифеи науки Б. В. Зейгарник и С. Я. Рубинштейн.

Часть занятий была посвящена авиационной психологии, в том числе психологической составляющей авиакатастроф. Особую актуальность данной теме придавала гибель Ю. А. Гагарина и В. С. Серегина, случившаяся 27 марта 1968 г. за два месяца до нашего цикла. Один из ведущих специалистов страны в области авиакатастроф (к сожалению, не помню его фамилии) дал нам некоторые комментарии по этой трагедии, а в числе ее предполагаемых причин не усматривал так называемого человеческого фактора. Кстати не могу не отметить, что, судя по разным публикациям, причины этой катастрофы остаются до конца не раскрытыми.

Выполняя работу в ЛАМе, я одновременно проводил по просьбам психиатров патопсихологические исследования их больных по методикам, полученным на описанном цикле, став первым и некоторое время единственным патопсихологом в Новосибирске, что трудно сейчас себе представить.

Только успев освоиться в ЛАМе, я был приглашен Ц. П. Короленко в аспирантуру на его кафедру, с которой был хорошо знаком еще со студенческой поры. Обучение в аспирантуре продолжалось с 1968 по 1971 г.г.

Тему исследования особо не пришлось искать, она вырисовывалась еще в мою бытность кружковцем и была посвящена психическим расстройствам при свинцовой интоксикации. В штате кафедры работали клиницисты высокого уровня А. С. Тимофеева, В. К. Шумилова, И. Д. Куимова, прошедшие хорошую школу практической психиатрии, опыт которых, получаемый буквально при ежедневном общении с ними, способствовал моему врачебному росту. Я был также благодарен заведующей нашим кафедральным клиническим отделением Е. В. Дементьевой, помогавшей мне учиться вести больных психотического профиля, опыта курации которых у меня фактически не было.

Несомненно, основную роль в моем становлении и в научном, и в клиническом плане сыграл профессор Ц. П. Короленко. У нас с ним, несмотря на разницу в положении и в возрасте, сложились добрые, практически дружеские отношения, однако не мешавшие субординации.

Хочу особо отметить благоприятный психологический климат кафедры, ее творческую атмосферу, имевшие совершенно естественный характер, что воспринималось как само собой разумеющееся и стало в основном осознаваться с течением времени.

Выполнение кандидатской диссертации с параллельным совершенствованием знаний в области психиатрии, что и являлось основной целью аспирантуры, проходило успешно. Однако на этом благоприятном фоне неожиданно возникла крайне неприятная ситуация, задержавшая сроки защиты выполненной уже мной диссертации. Суть ее заключалась в следующем. Одна из терапевтических ка-

федр нашего института, возглавляемая профессором Д., базировалась в том числе в отделении профпатологии городской больницы, где Д. никогда не бывал. В этом отделении я по официальному разрешению главного врача обследовал больных, набирая клинический материал.

Однажды доцент этой кафедры, увидев меня и заинтересовавшись, чем я здесь занимаюсь, стала активно навязывать мне в научные руководители Д., мотивируя это тем, что его заведование кафедрой распространяется и на базовое отделение, и на научные исследования, проводимые в нем. В итоге в силу разных обстоятельств, несмотря на мое несогласие, Д. стал числиться моим вторым научным руководителем. Все его "руководство" свелось к тому, что он неоднократно переносил сроки встречи для так и не состоявшегося обсуждения моей работы. Правда, попросил при этом, чтобы я расписался на титульном листе оформляемой диссертации, где стояла и его фамилия. Кстати, доцент, навязавшая Д., получила за угодничество свое. Д. в моем присутствии дал ей уничижительную в профессиональном плане характеристику.

Хочу привести еще один эпизод нашего с ним общения. Готовясь к защите диссертации, я обратился к Д. помочь решить вопрос с отзывами. Дело было весной, а защита планировалась на осень. Услышав о таком сроке, Д. буквально заявил: "Да кто будет заниматься отзывами за такое время до защиты. Забудут о них. Приходите осенью". А осенью, за месяц до защиты: "Вы поздно пришли. Какие могут быть отзывы в такой спешке".

Изложенная история закончилась тем, что диссертацию я защитил, а А., спустя время, стал академиком медицины. Не знаю, вошло ли его "научное руководство" в перечень достижений, необходимых для выдвижения претендентов на столь высокое звание.

Практически сразу после защиты диссертации закончилась моя аспирантура и я был зачислен ассистентом на свою же кафедру психиатрии, где проработал в этой должности с 1971 по 1983 гг.

После защиты началось ожидание решения ВАКа, которое все затягивалось и затягивалось, определяясь целой цепочкой крайне негативных для меня событий.

Одно из них характеризовалось неопределенностью ситуации. На все мои попытки узнать о судьбе диссертации, я долгое время не получал конкретного ответа. Наконец ответ из ВАКа я получил, но он не обрадовал меня. Мне было сказано, что моя диссертация потерялась. А это был в ВАКе единственный ее экземпляр, без которого не могло быть и речи о решении судьбы моей работы. Однако все-таки определялась возможность найти выход из данной ситуации. Для этого было необходимо получить экземпляр диссертации в диссертационном отделе Центральной медицинской библиотеки и передать его в ВАК.

Причем вопросом передачи я был вынужден заниматься сам, для чего специально прилетел в Москву из Новосибирска.

Вскоре, уже будучи дома, я получил вызов в ВАК для заслушивания моей диссертации на экспертном совете. Причиной того явилось отрицательное заключение рецензента на мою работу, содержащее около десятка замечаний. Фактически речь шла о повторной защите диссертации с крайне непредсказуемым результатом.

Мне предстояло серьезное испытание, требовавшее, в том числе, и знание всей процедуры предстоящего заседания. И здесь мне большую помощь советами оказал профессор И. В. Стрельчук, которого я знал уже прежде.

В назначенное время я явился в ВАК и был приглашен на заседание совета. Видимо, я не очень волновался, так как довольно спокойно оценивал обстановку. Среди присутствующих несколько человек были мне знакомы, правда, в “одностороннем” порядке по конференциям, лекциям, учебникам.

Мне было предложено доложить о работе. Судя по вопросам, задаваемым экспертами, она вызвала у них заметный интерес. Хочу непременно подчеркнуть, что я не согласился ни с одним замечанием рецензента, опираясь не только на результаты своего исследования, но и данные литературы.

В итоге всех этих событий, спустя почти два года после завершения диссертации, она была утверждена в 1973 г., а мне присуждена ученая степень кандидата медицинских наук.

Дополню изложенное. Спустя некоторое время после защиты диссертации я узнал, что отрицательное заключение на мою работу дал П., один из ведущих психиатров страны (тогда СССР), что называется генерал от психиатрии. А это оказалось началом забавного, с позиции сегодняшнего дня, казуса. П. по прошествии времени стал в своей деятельности позитивно цитировать мои работы. Не знаю, помнил ли он при этом о своем отзыве, принесшем мне довольно много неприятностей.

Еще о ВАКе. Мои неоднократные посещения высветили еще некоторые особенности его деятельности и дали представления о “ценности” диссертационных работ.

Однажды, ожидая своей очереди к инспектору, я стал свидетелем, а точнее невольным слушателем, обсуждения двух диссертаций в совете по юридическим наукам. Я сидел рядом с помещением, где заседал этот совет. Дверь помещения была открыта и было хорошо слышно, что там происходит. Одна из диссертаций посвящалась кражам в вагонах-ресторанах и представлявший ее рецензент в своем выступлении дал ей краткую характеристику, а в заключение саркастически заявил (цитирую почти дословно — Б.П.): “Так что, дальше мы будем рассматривать кражи в ки-

осках?” Понятно, что с такой уничижительной оценкой эта диссертация вряд ли была утверждена.

Вторая диссертация была посвящена рабочему движению в одной из стран так называемого третьего мира. В отличие от предыдущей, она была благожелательно встречена членами совета. Рецензент дал ей высокую оценку и особо подчеркнул ее значимость для науки.

Приведу еще некоторые штрихи, характеризующие ВАК того времени. В диссертационном отделе Центральной медицинской библиотеки, о котором я уже упоминал выше, его сотрудница оформляла необходимые документы для передачи экземпляра диссертации в ВАК и поинтересовалась, войдя в мое положение, откуда я приехал. Услышав ответ: “Из Сибири, из Новосибирска”, констатировала, что приезжающие из наших мест по сходным делам, как мое, не дипломаты. Кто такие “дипломаты”, она особо не пояснила, но посоветовала учиться у приезжающих в ВАК из других, так называемых, южных республик. После этого я стал невольно обращать внимание на то, что не замечал прежде, а именно, на довольно теплые встречи этих посетителей ВАКа с его служащими, не в пример, сугубо сухому, а в одном случае, чему был свидетелем, недоброжелательного отношения к таким как я, сотрудников этого серьезного учреждения.

В 1971 г., как уже говорил, я был избран на должность ассистента кафедры психиатрии и пребывал в ней с переизбраниями до 1983 г. Это был новый этап в моем служебном положении в психиатрии. Здесь же хочу еще раз отметить благоприятный психологический климат, царивший на кафедре, в коллективе которой я проработал все эти годы.

На нашей кафедре тематика научных исследований традиционно посвящалась экзогенной патологии. Потом она дополнилась проблемой алкоголизма, на некоторых моментах решения которой я остановлюсь. При этом считаю необходимым пояснить, что приведенные в этом тексте сведения были получены лично мной, либо при моем непосредственном участии.

Прежде наркологическую помощь населению оказывали психиатрические учреждения. В 1975 г. из-за угрожающего роста “пьянства и алкоголизма” (был и есть такой штамп) в СССР была создана самостоятельная наркологическая служба.

Хочу с удовлетворением отметить, что кафедральные разработки в области алкоголизма как в организационном, так и в клиническом плане по ряду позиций опережали существующие. Значительным событием такого рода явилось создание первой в стране противоалкогольной лаборатории на крупном промышленном предприятии. Его инициатором и научным руководителем стал профессор Ц. П. Короленко, перенявший опыт организации и функционирования

аналогичной структуры компании Дженерал Моторс, адаптированный к нашим условиям.

Оставаясь ассистентом кафедры, я был назначен ответственным исполнителем лаборатории и проработал в этой должности до 1983 г.

Руководство предприятия позитивно оценивало нашу деятельность по снижению “алкогольной напряженности” в их коллективе и рекомендовало внедрять этот опыт на промышленных структурах его системы. Моя работа в институте, включая противоалкогольную лабораторию, была высоко, по меркам того времени, поощрена ректором академиком Ю. И. Бородиным. Он выделил мне автомобиль из ограниченной квоты для сотрудников института, порой годами ожидавших своей очереди на получение машины.

Лаборатория имела автономный, независимый от государственных структур статус, позволявший нам решать те или иные вопросы, не имея на то официального одобрения. Несомненно, при этом было необходимо брать на себя полную ответственность за полученные результаты. Приведу пример для иллюстрации такой позиции и поясню, что он относится к периоду до 1975 г.

Как-то на территории клиники ко мне обратился пьяный довольно прилично одетый мужчина средних лет, и буквально слезно просил, чтобы я поместил его в психиатрическое отделение. Свою настойчивую просьбу он объяснял тем, что у него сегодня начался запой, и он будет пить целый месяц, если его не положат в больницу. А это было время, когда официально запрещалась госпитализация лиц в состоянии опьянения. Тем не менее, я распорядился принять его. Через три дня его состояние нормализовалось, и он был выписан. Но это был редчайший случай. Для сравнения. Сейчас рекламное поле буквально забито объявлениями о купировании запоев.

Помимо преподавательской деятельности и занятостью в противоалкогольной лаборатории я не оставлял научную работу. Ее тематика отчасти становилась логичным продолжением предыдущих исследований. Так тема кандидатской диссертации привела к масштабному изучению экзогенно-органических заболеваний головного мозга и высветила необходимость развития нового направления в психиатрии — экологической психиатрии. Аналогичным образом опыт работы на курорте Белокуриха нацеливал на формирование психоневрологического раздела в общем плане лечебных курортных мероприятий. Тогда же при детальном изучении алкоголизма пришло осмысление актуальности для теории и практики психиатрии знаний сочетанных форм патологии.

С учетом намеченной цели многоаспектного изучения экзогенно-органических психических нарушений и стоящих для ее достижения задач, основанных на объемном клиническом материале, предполагалось выполнение мной докторской дис-

сертации. Ее тема: “Клиническая структура и динамика экзогенно-органических психических нарушений” была утверждена 17 февраля 1978 г. на заседании Совета Новосибирского государственного медицинского института и включена в план его научных работ. В течение трех — четырех последующих лет шло дальнейшее накопление клинического материала. Проводились необходимые дополнительные исследования, был опубликован ряд работ, полученные результаты неоднократно докладывались на конференциях.

Работая все эти годы ассистентом, я не имел сколько-нибудь серьезных карьерных устремлений. Все шло своей чередой и ничто не предвещало каких-либо изменений в моей профессиональной жизни до тех пор, пока я в конце 1982 г. неожиданно не получил предложение возглавить кафедру психиатрии Алтайского медицинского института. Вначале в виде вопроса его сделал по телефону из Запорожья профессор О. З. Голубков, а вскоре меня пригласили к ректору профессору В. Б. Гервасиеву для собеседования. По всей видимости, собеседование я успешно прошел и мне было предложено принять участие в конкурсе на замещение вакантной должности заведующего кафедрой психиатрии.

Изложенные события, судя по всему, нуждаются в определенных пояснениях. С профессором О. З. Голубковым я был знаком много лет. Кафедра психиатрии, о которой идет речь, была основана им в 1958 г. и до 1979 г. им возглавлялась. Он завершал докторскую диссертацию и с поддержкой профессора Ц. П. Короленко ориентировался на ее защиту в нашем институте, так как Алтайский медицинский институт не имел такого права. Я, в свою очередь, помогал ему в организационных мероприятиях. За время подготовки к защите, а она успешно состоялась в 1969 г., у нас сложились добрые личностные и творческие отношения, продолжавшиеся много лет. В 1979 г. Олег Захарович в силу разных причин переехал в Запорожье и возглавил там в медицинском институте кафедру психиатрии.

Спустя годы я узнал от бывшего ректора Алтайского, теперь уже нашего медицинского института, профессора В. Б. Гервасиева версию моего продвижения из ассистента сразу в заведующие кафедрой. Тому были две веские причины. Это дефицит подготовленных кадров, завершающих докторские диссертации, и соответствующие рекомендации, данные известными специалистами.

Выше я писал о том, что в данном тексте помимо сухих упоминаний и описаний, от которых могут уставать желающие познакомиться с ним, буду приводить и в чем-то своеобразные случаи.

Один из таких случаев произошел в процессе защиты диссертации О. З. Голубковым. В то время не было специализированных советов, а защиты диссертаций проходили в советах, формируемых по принципу “клинических” и “теоретических”. В результате в одном совете могли заседать представители самых

разных специальностей. Так О. З. защищал диссертацию по проблеме эпилепсии в Совете, членом которого был профессор акушер-гинеколог, присутствовавший на заседании с доцентом своей кафедры. Я сидел сзади них и невольно слышал их разговор. Он касался производственных дел. Затем, когда О. З. начал свое выступление, профессор, глядя на него, довольно громко сказал доценту: “Рано. Молод еще для доктора”. О. З. действительно хорошо выглядел, что было особенно заметно из зала. Но когда ученый секретарь зачитал его биографические данные, профессор, переспросив доцента и установив его возраст по годам, изменил свое мнение: “Нет. Ничего. Подойдет”. Не знаю, как голосовал этот член Совета, но полагаю, что вторая оценка оказалась весомее.

Как я уже писал, в 1982 г. мне было предложено возглавить кафедру психиатрии Алтайского медицинского института, на что дал согласие.

Реализация предложения предусматривала конкурсный отбор. Кроме меня участвовать в нем изъявили желание еще два человека, представлявших алтайскую психиатрию. С того времени прошло много лет, но я до сих пор с чувством брезгливости вспоминаю мелкие провокации, устраиваемые в мой адрес накануне выборов. Ни тогда, ни сейчас никого не обвинял и не обвиняю, а лишь констатирую этот факт. Здесь же считаю нужным отметить, что у меня давно до того сложились хорошие отношения со многими алтайскими коллегами-психиатрами.

4 февраля 1983 г. Советом Алтайского государственного медицинского института я был избран по конкурсу заведующим кафедрой психиатрии. За мою кандидатуру проголосовало 28 членов Совета, за моих оппонентов в сумме 5.

Как требовали правила того времени, 24.06.83 г. моя работа была рассмотрена на заседании Проблемной комиссии Совета по психиатрии УМС Минздрава РФ и включена в ее план.

Вступая в должность заведующего кафедрой, я не испытывал каких-либо серьезных производственных трудностей. Работая в Новосибирске, я в принципе был подготовлен к этой роли. Более сложным оказался “квартирный вопрос”. На его решение понадобился почти год проживания в студенческом общежитии.

Для завершения диссертации в 1984 г. мне был дан творческий отпуск. В 1985 г. она была закончена и я представил ее к защите в Ленинградский НИПНИ им. В. М. Бехтерева, на Проблемной комиссии которого состоялось ее обсуждение. В его результате члены комиссии единогласно пришли к заключению о том, что диссертация отвечает требованиям, предъявляемым к докторским диссертациям, рекомендовали принять ее к защите и назначили официальных оппонентов.

И здесь начались мои “хождения по мукам”. По непонятным для меня причинам, а я так их и не узнал, в 1986 г. остановилось дальнейшее движение процедуры защиты диссертации. Несмотря на то, что оппо-

ненты дали положительные отзывы, ее сроки постоянно откладывались на неопределенное время. На мои запросы о ситуации я получал какие-то невнятные объяснения со ссылкой на заместителя директора института по научной работе профессора А. Е. Личко. Моя личная встреча с ним ее не прояснила. Единственное, что я, наверное понял, это его боязнь ответственности перед ВАКом за защищенные в этом институте диссертации. Тем более, ходили слухи о том, что у института уже были проблемы такого рода.

Я не стал ограничиваться таким положением дел и обратился к директору института профессору М. М. Кабанову с настоятельной просьбой разрешить ситуацию по моей диссертации с учетом заключения Проблемной комиссии. Но мой довод о том, что десять докторов наук и профессоров ее членов единогласно положительно оценили мою работу и только А. Е. Личко был против, не принес успеха. М. М. Кабанов говорил о каких-то проблемах института, показав рукой на стены своего кабинета, для чего-то пожаловался на то, что он маленького размера. В заключение выразил свою своеобразную позицию, сказав, что он не против моей защиты в их институте, но что получится, если заместитель директора по научной работе А. Е. Личко выступит на Совете института с резкой критикой диссертации. Прощаясь, М. М. с некоторой долей ехидства посоветовал мне защищать диссертацию в Москве.

Здесь я считаю необходимым отметить, что спустя годы у меня было несколько встреч с М. М., о сути которых будет позже идти речь.

Силы, затраченные на выполнение диссертации, и то доверие, которое мне было оказано при избрании меня заведующим кафедрой психиатрии Алтайского медицинского института, заставляли меня вопреки всему успешно завершить диссертационную историю.

В то время в стране было всего несколько специализированных советов, имевших право принимать к защите докторские диссертации по психиатрии.

Для представления своей работы я решил выбрать специализированный совет при Первом Московском медицинском институте имени И. М. Сеченова. Этот выбор определился тем, что я почти не знал коллег, кто мог бы оказать мне поддержку. В сеченовском же институте я несколько лет назад проходил цикл усовершенствования по психиатрии для преподавателей ВУЗов и делал сообщение на кафедральном заседании о своей научной работе. Поэтому в какой-то степени надеялся на помощь его сотрудников бывшему “своему” курсанту.

Для начала в 1986 г. после ленинградской “эпопеи” я приехал в Москву и обратился к профессору Л. Г. Уровой. Она была куратором того нашего цикла. На удивление, спустя годы, она хорошо помнила мое сообщение и свое критическое отношение к теме выполняемой мной работы. Вместе с ней мы пошли к

заведующему кафедрой психиатрии профессору Н. М. Жарикову. В первую очередь я информировал его о ленинградских событиях и попросил принять мою диссертацию к защите.

Н. М. предложил кратко рассказать о работе, выслушал меня и с учетом истории диссертации при поддержке Л. Г. принял решение вначале провести неофициальную апробацию диссертации “как положено с докладом и таблицами” на кафедральном заседании.

Апробация прошла успешно и по ее результатам было принято решение официально рекомендовать принять диссертацию к защите. Для проведения ее процедуры были назначены рецензент и оппоненты и определена дата так называемой предзащиты — предварительного обсуждения работы. И здесь неожиданно, а такое случается всегда неожиданно, произошло, почти как в Ленинграде, непредвиденное. Рецензент дал на работу отрицательный отзыв. Однако при детальном анализе диссертации изменил свою оценку и согласился с моей ее трактовкой. Оказалось, что и у одного из оппонентов также имеются серьезные, как он заявил, замечания по работе. Все это вызвало при очередном обсуждении диссертации острую дискуссию. В ее итоге дано заключение о соответствии диссертации требованиям, и она принята к защите. Защита была назначена на осень 1988 г. В целом все эти эмоционально насыщенные обсуждения тянулись около полутора лет.

Защита состоялась 14.11.1988 г. на заседании специализированного совета при Первом Московском медицинском институте. Причем она была довольно трудной. Правда, можно поспорить и сказать, что легкая защит не бывает. Но здесь был особый случай. Дело в том, что этот совет принимал к защите диссертации по двум специальностям — нервным болезням и психиатрии. Моя диссертация была посвящена органической патологии, на приоритет в области которой и претендовали неврологи. Готовясь к защите, я не учел это обстоятельство. А оно себя в процессе защиты неожиданно проявило задаваемыми мне вопросами, ответы на которые были очевидны для психиатров, но могли оставлять неудовлетворение неврологов. Это были вопросы типа: “Что вы называете органическими заболеваниями?”; “Как диагностировали органические заболевания?”; “Почему эти психические расстройства вы связываете с травмами головы?”. На которые я дал, как считаю, единственно правильный ответ. Я сказал, что психиатрия, как и любая область медицины имеет свои диагностические подходы. К примеру, так мы диагностируем шизофрению и это не вызывает сомнений. Точно так же в психиатрии имеются определенные критерии органических заболеваний, на которые мы и ориентировались в работе.

Из выступавших с оценкой диссертации членов совета я хочу особо с глубокой благодарностью на-

звать заместителя председателя совета профессора Л. Г. Урсову. Именно она прежде, как я уже отмечал выше, с большой долей критики отнеслась к теме выполняемой мной работы, заявив, что в ней нет ничего нового и что диссертациями такого типа заполнена вся медицинская библиотека. Здесь же в своем выступлении на заседании совета она привела тот случай как ошибочный в своей оценке диссертации. Напротив, дала высокую оценку работе.

В целом защита прошла успешно. Но этим не ограничилась диссертационная “страда”. Предстояло ожидание решения Высшей аттестационной комиссии при Совете Министров СССР (ВАК). И оно не заставило себя долго ждать. 20 января 1989 г. мне была присуждена ученая степень доктора медицинских наук. Такую скорость можно было принять как компенсацию за предшествовавшие годы, посвященные продвижению диссертации. Правда, надо было тогда ответить на вопрос, а кто эту компенсацию обеспечил? Вскоре я был приглашен в ВАК для участия в процедуре вручения дипломов новым докторам наук. Это было время повышения его государственного статуса и авторитета в науке, что и отражало предстоящее мероприятие. Оно проходило в торжественной обстановке, чему способствовало его проведение в актовом зале ВАКа, и создавал эмоциональный подъем присутствующих здесь людей, в большинстве своем прошедших через многие трудности по пути к этому высокому званию. Всего нас было около 40 человек, представлявших разные области науки. Дипломы вручал Председатель ВАКа.

Уже в самолете, возвращаясь домой, я посчитал для интереса число моих полетов в Ленинград и Москву, связанных с докторской диссертацией. Их оказалось около двадцати. Вскоре решением Государственного комитета СССР по народному образованию от 20 октября 1989 г. мне было присвоено ученое звание профессора.

Можно, если быть ироничным, считать, что последние названные приятные события завершили мою почти 20-летнюю гонку с препятствиями за учеными степенями и званиями.

Если же серьезно, то это была хорошая житейская и профессиональная школа. Оставим в стороне житейский план и рассмотрим план профессиональный. Здесь есть несколько позиций. Одна из них широко известна и звучит оптимистично примерно так: все что ни делается, делается к лучшему. Так если бы я защитил диссертацию в Ленинграде, то не узнал многих московских коллег, с которыми у меня в процессе всех этих диссертационных обсуждений повышался профессиональный уровень и возникали прочные творческие контакты. При этом общение с известными специалистами “на равных” придавало мне уверенность в себе, что было крайне необходимо в моей дальнейшей работе и больше того, давало многим урок порядочности.

В этом плане считаю важным продолжить ленинградскую историю. На фоне коренных изменений, происходящих в нашей стране в конце прошлого, начале нового веков, руководители психиатрии искали пути ее реформирования. С этой целью общественным психиатрическим организациям рассылались письма с резкой критикой состояния дел в отечественной психиатрии и предложениями показать пути их исправления. Такое письмо за подписью профессора М. М. Кабанова получил и я, как Председатель Алтайской психиатрической ассоциации, и дал на него дерзкий ответ, что сейчас бы себе не позволил. В частности я спрашивал его где он, как один из руководителей психиатрической службы страны был, когда ее разрушали. О каком плюрализме мнений в психиатрии могла идти речь, если даже в вашем институте было мнение только одно, это мнение Личко. Спрашивал также с ехидством о его кабинете, не расширился ли он.

Далее длительное время я не знал о судьбе моего ответа, да и не интересовался ей, когда неожиданно, как это уже много раз было, эта ситуация прояснилась. В 1998 г. я принимал участие в Международной конференции психиатров в Москве и в одном из тон-

нельных переходов в группе участников конференции, шедших мне навстречу, увидел М. М. Он подошел ко мне, подал руку и сказал: “Борис Николаевич! А вы были во многом правы”. Такое признание дорогого стоит. Думаю, не всякий генерал от психиатрии мог бы позволить себе подобное. Больше того, я по своей глупости бестактно возразил М. М., заявив что-то типа того, что не во многом, а во всем.

Тем не менее, все это не вызвало у М. М. негативного отношения ко мне, что иллюстрирует следующий случай. В Москве в 2000 г. проходил XIII съезд психиатров России. Я с группой коллег только вошел в вестибюль гостиницы размещения “Космос”, как ко мне подошел М. М. и сообщил приятную весть: мы с ним и вновь избранный Председатель Правления будем играть на съезде почетную роль — вести Пленарное заседание, закрывающее съезд.

Как-то так получилось, что и на предыдущем XII съезде психиатров России в 1995 г. мне выпала честь предложить кандидатуру Председателя Правления Российского общества психиатров. Это был профессор В. Н. Краснов. Он был избран съездом и успешно проработал в этой должности до 2010 г.

(продолжение следует)

ИЗ ПРАКТИКИ

Коронавирус в США: наблюдения психиатра

Юлий Фрадкин (Нью-Йорк, США)

В этой статье я предпринял попытку описать свой опыт работы психиатром в Нью-Йорке и Нью-Джерси во время пандемии. Эта работа ни в коей мере не является аналитической и не отражает мнение других специалистов.

Я работаю в университете штата Нью Джерси Ратгерс, где я состою в штате детской и подростковой психиатрии. В мои обязанности входит обучение резидентов, чтение курсов по семейной терапии и нейронаукам, супервизия психотерапевтических пациентов и проведение экзаменов для интернов.

У меня также есть частная практика в штате Нью-Джерси и Нью-Йорк, с офисом в Манхэттене.

Когда по телевизору в январе и феврале мы начали получать новости из Китая про малоизвестное заболевание, никто не уделял этому внимания. Жители Нью-Йорка продолжали свою активную жизнь, сидели в ресторанах и посещали Бродвейские шоу и концерты. Мы тоже жили своей обычной деловой суетой, планировали поездку с сыном в Барселону и Москву. К концу января новости из Китая и Италии стали гораздо более угрожающими, и врачи стали понимать, что рано или поздно эпидемия докатится до Нью-Йорка с катастрофическими последствиями, учитывая большое население города, загруженность общественного транспорта, колоссальное количество туристов и представителей бизнеса со всего мира. Политика президента и администрация штата также не способствовала решению проблемы. К моменту начала эпидемии в штате не оказалось достаточного количества аппаратов искусственного дыхания и масок, медсестер и анестезиологов. Президент Трамп до последнего момента обвинял Китай и Всемирную организацию здравоохранения в ошибках по предотвращению опасности и ничего не делал, чтобы подготовиться к потоку больных. Только 17 марта в Нью-Йорке был отдан приказ минимизировать количество сотрудников на работе, за которым 22 марта последовал приказ о закрытии школ и офисов. Город моментально опустел, в метро никого не оказалось, кто мог, стал покидать город и снимать жилье в близлежащих штатах и областях. Большинство медицинских организаций сняли ограничения по проведению телевизитов и разрешили использовать платформы, которые до это-

го считались незащищенными HIPA, такие как Zoom, Face Time, Skype или What'sApp.

В своей практике я часто пользуюсь платформой Zoc Doc, где пациенты могут записываться на визиты в мои офисы в Нью-Джерси и Нью-Йорке, читать про мою практику и оставлять замечания после визита к доктору. Для пациента регистрация и запись к специалисту бесплатна, но специалисты должны заплатить \$ 60 за каждый визит. В связи с экстраординарными обстоятельствами Zoc Doc снизил цену за запись до \$ 30 и разрешил проведение видео сессий, когда сессия проводилась виртуально с участием различных технических платформ.

Интересно, что к моменту пандемии у меня уже был опыт работы дистанционно. За год до этих событий я подписал контракт с компанией Лира, которая обеспечивала доступ сотрудникам технических фирм (Uber, Facebook и других) к медицинским специалистам. Таких пациентов у меня было не больше 10 – 15 %, так как большинство ньюйоркцев предпочитали лично посещать офис и относились к дистанционному лечению с подозрением. Я стал лечить клиентов из технических компаний, которые никогда не хотели ходить в офис, а предпочитали работать дистанционно и быстро получать лечение наиболее распространенных проблем, включая дефицит внимания, нарушения сна или тревогу.

Надо сказать, что те же самые проблемы стали наиболее значимы с наступлением пандемии.

Запертые по домам американцы оказались беззащитными перед проблемами, с которыми они никогда не сталкивались. В стране, в которой не было дефицита со второй мировой войны, люди стали запасаться консервами и туалетной бумагой. Большинство сотрудников, оказавшихся с детьми, которые перестали ходить в школу, вдруг остались с ограниченными возможностями передвигаться и развлекаться, нашли себя совершенно неподготовленными. Жалобы обычно звучали, так: “я боюсь выходить на улицу, у меня участился пульс и сердцебиение, я боюсь, что с моим здоровьем происходит что-то очень плохое, я не могу спать, я не могу фокусироваться на работе”. Жуткие новости о переполненных госпиталях и умирающих пациентах, которых некуда хоронить, заполняли телеэкраны. Изможденные люди, прико-

ванные к новостям, ожидали худшего. Количество жалоб росло экспоненциально, параллельно количеству заболевших.

В моей работе со временем оказалось, что работать дистанционно было не так трудно. Мой визит состоял из 45 минутного интервью, обсуждения лекарств, отправки лекарств в аптеку через программу, в которой я веду историю болезни и храню информацию о пациентах, обсуждения финансовых вопросов.

В следующий визит я прочитывал записи и имел возможность в реальном времени проверить, заплатили ли нам страховка.

Запросы пациентов можно было разбить на следующие типы:

“Доктор, я не могу сфокусироваться и делать свою работу сидя дома, с детьми, с ненормированным рабочим днем”.

“Доктор, у меня тревога, панические атаки, страхи”. Особенно актуальна эта жалоба была для пациентов, у которых уже было обсессивно-компульсивное расстройство и склонность к паническим состояниям.

“Доктор, я не могу спать и все время думаю про мою семью, работу или будущее”.

“Меня уволили или собираются уволить, мне необходимо собраться с мыслями, и поработать из дома”.

“Доктор у меня депрессия, суицидальные мысли, я не верю в себя и свое будущее”.

Подростки, которые оказались заперты, один на один с компьютером и социальными сетями, оказались загнанными в угол и стали жаловаться на проблемы с вниманием, депрессию и одиночество.

Дети с расстройством аутистического спектра, лишённые рутины, психологов и занятий, предоставленные самим себе и запертые в ограниченном пространстве, становились еще более агрессивными, раздражительными и неуправляемыми.

Пожилые люди, которые с трудом сидели дома, обращались с жалобами на тревогу и страхи подхватить инфекцию.

За последние 5 месяцев я имел дело с расстройствами дисморфофобического, тревожного, фобического, ипохондрические спектра, расстройствами пищевого поведения, нарушениями сна. В клинической

картине наблюдались сверхценные идеи, избирательное поведение, параноидные симптомы. За несколько месяцев пандемии резко возросло количество потребляемых алкогольных напитков и наркотических средств. По данным, опубликованным другими исследовательскими группами, посттравматические расстройства, наблюдались в 11,5 % и депрессия у 10,1 % (Lahav et al 2020) процентов населения в карантине.

Интересно, что, когда к середине июля случаев заражения стало меньше, и город стал открываться, количество пациентов с различными психиатрическими проблемами не убывало. Люди поступали с жалобами на панические атаки, тревожные расстройства, страхи, нарушение сна и проблемы с вниманием.

Постепенно пациенты стали приходить в офис, хотя требование на счет ношения масок и соблюдение дистанции отпугивало немалое число обращающихся. Количество госпитализаций продолжало расти, количество специалистов, которые были брошены на работу с психиатрическими недугами, неуклонно увеличивалось.

С 1 сентября в Нью Йорке открылись музеи и фитнес центры, но поток пациентов так и не уменьшился. В свете предстоящих выборов, усиления движения за права афроамериканцев и опасений по поводу “второй волны коронавируса” можно предсказать, что запрос на психиатрическую помощь в Нью-Йорке будет только нарастать.

Колоссальные изменения, которые произошли в моей и других практиках, сформировали ряд вопросов, на которые мы еще не знаем ответов, но которые нам неизбежно придется решать в будущем.

Сохранится ли повышенное количество запросов на психиатрическую помощь в следующие месяцы? Сохранится ли телемедицина как полноценный вид практики? Что случится с “американской мечтой” и поколебавшейся верой американцев в государство и медицину?

Ссылки

Yael Lahav,

Psychological Distress Related to COVID-19 — The Contribution of Continuous Traumatic Stress, *Journal of Affective Disorders*, 2020, in press

Клинический сюрреализм или сверхреализм? Пробный очерк психиатрии коронавируса

Марк Лейнгольд (Нью-Йорк, США)

Вступление

Здесь аналогия с искусством связана с бессилием науки (временным?) перед сюрреализмом стихии эпидемии (просится метафора “лесного пожара в сухом хвойном лесу да еще с бурным ветром”!): сверх яркая реальность смертельной опасности (для многих!) и одиночества, и добровольная клетка, и стеклянная стена так называемой “социальной дистанции”, и все это с тревогой, тревогой, тревогой.

И, наконец, ужас тех, кто серьезно заболел и начал задыхаться в госпиталях. Даже экспрессия Эдуарда Мунка не передает молчаливый — и потому особенно страшный — крик ужаса задыхающихся людей. Это бессильные рядом с бессильными, врачи и пациенты в одной ситуации. И еще -одиночество без близких рядом. Тысячи и тысячи таких людей.

Мой личный опыт (Нью-Йорк, США)

Я встревожился сразу, когда только вирус проник в Нью-Йорк, когда это были лишь десятки случаев на миллионы человек. Я немедленно одел маску, соблюдал дистанцию, изолировался и отказался от психотерапии лицом-к-лицу. С ужасом смотрел как люди в барах и ресторанах сидят буквально на головах друг друга. Потом вспыхнуло. Очень быстро (не более чем за две три недели) пожар разгорелся: тысячи, десятки тысяч тяжелых случаев болезни, сотни и сотни смертей, госпитали забиты, люди лежали в коридорах, врачи и медсестры находились в состоянии полного бессилия и даже обречённости от болезни. Страна была настолько не подготовлена, что не выдавали даже обычных масок. Но эта обречённость и бессилие особенно касались пожилых людей и стариков. В домах для престарелых умерло несколько тысяч человек, потому что даже инфицированных возвращали в эти дома, поскольку не могли принять в больнице. Социальная боязливость людей переросла в социальную массовую тревогу с элементами так называемой массовой истерии и, наконец, вспышек паники. Я усилил личную защиту: дотронулся до лица — и немедленно укол в руку до крови (негативное подкрепление — не трогай лицо!), даже на улице — не ближе 6 – 8 метров к любому человеку; за продуктами только раз в неделю, готовился как к боевой операции. Никакого лифта! Решил: пережду в своем бункере, в своей большой квартире в Нью-Йорке. О, этот страшный непрерывный, непрерывный вой сирен машин скорой помощи. Он будил утром, он ужасал днем!

Не выдержал! Сбежал во Флориду. Там две недели карантина от жены и от детей: ньюйоркцы — зачумлённые! Наконец, вернулся в семью, в свой дом и немедленно начал телетерапию с множеством клиентов, тяжело декомпенсированных коронавирусом.

Клиника

Это клинический ненаучный и предварительный набросок индивидуального опыта. Цель — “запустить” триггер профессионального интереса психологов и психиатров, акцентируя уникальность пандемии в трех измерениях: 1) клинические проявления; 2) клинические последствия болезни (возможно в силу своеобразности поражения интимы сосудов и особенно мозговых капилляров); 3) последствия огромной, массовой социально-экзистенциальной травмы: бегущее к прогрессу человечество столкнулось с внезапностью пандемии, которая нарушила Стабильность Жизни и “всесильность” (всемогущество) науки и медицины и сменилась (временно?) чувством бессильности и обреченности.

1-ое измерение. Клиническое. Это измерение глубоко синдромально и с акцентом на уникальность. Главная уникальность депрессивного синдрома в его невероятной текучести и подвижности, это изменчивость в масштабе часов. Тоскливая подавленность на следующий день может смениться полной астенией — “клиенту трудно даже поднять руку”, которая может через день смениться субъективным чувством полного выздоровления (конечно, мнимого!). А потом может обнаружиться неврологический симптом мучительной ломящей головной боли. Картина уникально пестрая для каждого клиента. Но в тяжелых случаях это спектр переживаний: тоска, тревога, паника, безнадежность — чувства задыхающегося человека с мучительным сухим кашлем. Сказывается бессилие медицины, и последним прибежищем кажется интубация и аппарат искусственного дыхания. Выйти живым из всего этого — совершенно соответствует буквальному и страшному выражению Гамлета — быть или не быть — не в абстрактном, а в абсолютно буквальном смысле слова. Вспоминается случай Бориса Джонсона, премьер-министра Великобритании, который прошел “психотерапию”, проведенную двумя медсестрами, которым он потом выразил свою глубочайшую признательность. Они не допустили его интубации, непрерывно поворачивая его тело и дозированно, но постоянно давая кислород. Это и есть “психотерапия” в таком состоянии.

2-ой аспект — последствия болезни.

Близкие по времени последствия вируса имеют одно очевидное качество: фантастический (сюрреальный) полиморфизм и кратковременную яркость проявлений. Примеры: 1. Клиентка с легкой гиперстенической биполярной аномалией сообщает с веселым смехом один оставшийся симптом — полное отсутствие запаха фекалий. Отсутствие вкуса и запаха ушло, но остался только этот необычный симптом, который ее забавляет. 2. Молодой клиент, перенесший бессимптомную инфекцию, внезапно обнаружил язвы между пальцами ног. Глубокие и болезненные (моносимптом), которые практически полностью исчезли без лечения через 4 дня. 3. У больной эпилепсией с очень частыми приступами *pti mal*, но с очень высокой функциональностью тяжелого вируса появилась хроническая дисфория, тоска, напряжение, суицидальные мысли, взрывчатость и раздражительность в адрес семьи. Однако эта дисфория очень хорошо снималась психотропными препаратами. И еще пример личностной патологии: у больной, которая прекрасно вписывалась во фрейдовскую диагностическую парадигму конверсионной истерии (у нее психогенно возникли тяжелые и внезапные суточные рвоты), после вируса рвоты исчезли, но ее заболевание трансформировалось (времененно?) в “классические” современные проявления истерии, в виде загадочности в симптомах для привлечения внимания семьи. Клиентка действовала даже родственников в Израиле. Драматизация симптомов, резко преувеличение так называемой депрессии и т.д. — до вируса все это не проявлялось. В этом случае личностной патологии использовалась селективная внушаемость и помогла так называемая “магическая терапия” (в понимании Леви-Стросса), где телегипноз сочетался с участием многих родственников ее крепкой азиатской семьи, играющих роль греческого хора. Результатом стала полная компенсация и “выздоровление”.

3-е измерение — долговременные последствия вируса. Индивидуальные последствия неизвестны, здесь нужны серьезные лонгитюдональные исследования. Но относительно последствий для общества попробую описать свои наукообразные “фантазмы” или полезные интеллектуальные игры с будущим.

Мое мнение: долговременные последствия для человечества могут быть — и это весьма вероятно — весьма положительными. Причина: массовая сверхкоммуникация “глобальной деревни” (global village). Но эта позитивность следствий сравнима с позитивностью или положительным эффектом ядерной энергии, в свое время остановившей агрессию коммунизма, или пользой космических ракет и спутников, открывших мировое пространство для заселения людьми (простой как любая пропаганда, но сильный социологический шаг — российская вакцина, изобретенная в сентябре, названа Спутник-5). Более конкретно фантазируя так: если бояться глобального всемирного оружия уничтожения, то налицо: 1) необычайно большой скачок вирусологической/вакцинальной науки, мультиплицированный всемирной

научной телекоммуникацией и сотрудничеством; 2) вирус не знает границ, и поэтому он очень легко может быть самоубийственным для изобретателя. Здесь гармония интересов: все хотят жить. Террористическое применение этого маловероятно ввиду сложных технологий и глобального страха всех государств перед этим терроризмом, что реально может быть антиутопичным предсказанием. Вирус может “вырваться” из боевых лабораторий и начать гулять по всему свету. Об этом даже страшно подумать.

Заключительные “игры” с идеями

1. Есть ситуация (буквальная) и Ситуация (экзистенциальная) или “тектонический” сдвиг в истории. В данном случае это близко ко второму.

2. Скептический (почти нигилистический) трюизм: история нас учит тому, что ничему не учит. Таким образом, можно думать о феноменологическом против позитивистского подходе к следующему триединству: 1) История; 2) Ситуация (или событие); 3) Прогнозы. Феноменология истории и ситуации может легко вырождаться в “искусство для искусства”, т.е. прагматический подход. Хотя позитивизм здесь также не подходит. Прогнозы вообще не феноменологичны, а это самое важное в данном случае. Поэтому мне кажется самым подходящим подходом к прогнозам — критический рационализм Карла Поппера. Фальсификация теорий и особенно теории будущего (falsifiability) — это теория, открывающая для нахождения ошибок. Проблемная ситуация нынешней вирусной пандемии генерирует множество пробных теорий в виду уникальности ситуации. Отсюда: изобретение прививки — не панацея от пандемии; вернувшись к первоначальной метафоре “лесной пожар”, иммунитет прививок в сочетании с так называемым коллективным иммунитетом (“Herd immunity”) загасит тлеющий мировой пожар пандемии, но естественно не решит ситуацию в целом. Здесь парадокс: 1) сделать травматическую мировую ситуацию продуктивной. Прагматика: развитие науки вирус-вакцина более приоритетно; 2) безопасность через так называемую тревогу без границ из-за страха перед искусственной эпидемией открывает новую более сложную и открытую для критики теорию.

3. Эта всемирная тектоническая травма может быть очень полезной для мира. Почему? 1) Разовьются приоритетно науки о вирусах и вакцинах. 2) Безопасность через “тревогу без границ” или “страх” перед искусственной эпидемией остановит безумие (также как это сделало ядерное оружие во время холодной войны). 3) Относительно нашего предмета: разовьется важная “метанаука” — микро- и макро социально-психиатрические теории, открытые для психиатрических интерпретаций и безумных поворотов человеческой истории, как эта эпидемия и реакция на нее. Но сейчас для большинства самое важное — стратегия выживания, посильная активность каждого из нас.

ХРОНИКА

Открытое письмо Белорусской психиатрической ассоциации

На протяжении многих недель мы следили и продолжаем следить за событиями в Республике Беларусь. Они не могут оставить равнодушными никого и, прежде всего, представителей помогающих профессий. Мы направляли письма поддержки в Белорусский Дом прав человека и другие общественные организации, а 13 августа 2020 г. президент НПА России Ю. С. Савенко от имени Совета Независимой психиатрической ассоциации России обратился с письмом солидарности к Белорусской психиатрической ассоциации.

ОБЩЕРОССИЙСКАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ



**“НЕЗАВИСИМАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ
АССОЦИАЦИЯ РОССИИ”**

Член Всемирной психиатрической ассоциации с 1989 года

Российский исследовательский центр
по правам человека
101000, Москва, Лучников пер., д. 4, подъезд 3, к. 5а
13 августа 2020 г.

Тел./факс: (495) 625-06-20
E-mail: info@npar.ru
Тел.: (495) 621-03-20

*Президенту Белорусской
психиатрической ассоциации
О.А.Скугаревскому*

**Уважаемый Олег Алексеевич!
Уважаемые коллеги!**

В эти страшные и одновременно вдохновляющие дни Независимая психиатрическая ассоциация выражает свою поддержку и солидарность с коллегами и всем гражданским обществом Беларуси. Мы восхищены тем, как белорусский народ отстаивает свое право на свободу и человеческое достоинство, – признак высокого гражданского самосознания и психического здоровья.

Мы не сомневаемся, что вы, как представители одной из самых гуманных профессий, выступаете против незаконных арестов и пыток, беспрецедентной жестокости и насилия в отношении мирных граждан, протестующих против политики Лукашенко.

Мы уверены, что вы сможете оказать помощь всем пострадавшим и будете способствовать прекращению насилия и восстановлению мира и спокойствия в вашей стране.

Мы верим, что в эти трудные дни вы вместе со своим народом. Желаем вам проявить стойкость и гражданское мужество и уверены, что это принесет белорусскому народу заслуженные свободу и справедливость.

Мы с вами! Жыве Беларусь!

Президент НПА России

Ю.С.Савенко

Отравление Алексея Навального — запретная версия

Отравление Алексея Навального, очевидное для всех близких, стало предметом общественного обсуждения, в частности, на “Эхо Москвы”, одной из немногих независимых радиостанций. Бросалось в глаза, что обсуждавшие диагноз омской больницы тщательно обходили очевидный факт мощного психологического прессинга не только извне, но и в форме самоцензуры в отношении прозрачного мотива власти и суеты силовиков в штатском. Ведь было сказано: “Версия об отравлении не рассматривается”. Устранение политических противников — традиционный оперативный прием со времен установления советской власти: “нет человека — нет проблемы”, как говорил вождь.

Для нас важно рассмотреть мотивы и поведение врачей. Чрезвычайно выразительными были: 1) удвоение первоначально объявленного срока токсикологического анализа; 2) формулировка диагноза и 3) отказ требования быстрой транспортировки, хотя от таких больных лечебные учреждения стремятся избавиться при малейшей возможности.

В отличие от комментария на “Эхе Москвы” Евгении Альбац, которая пресекла попытки израильского врача не осуждать омских коллег, мы согласны с ними и видим сильное доказательство этого в выставленном ими диагнозе в ситуации явно предписанных им действий.

Диагноз: “нарушение обмена веществ” — смехотворен, это не диагноз, а откровенный отказ от него, это протест в форме SOS, наподобие “прорытие тоннеля в Лондон” (из “Покаяния”). Когда неясен нозологический диагноз, он выставляется со знаком вопроса, наряду с другими, либо ставится синдромологический диагноз, в котором невозможно ошибиться, так как это фактически то, то у всех перед глазами. Следовало написать: “кома неясного (гипогликемического?) генеза”. Выбранная врачами формулировка, т.е. отсутствие констатации комы — самого основного синдрома — сигнал для всех о принуждении. Этот достаточно известный прием в многочисленных комментариях не был отмечен.

Очередное разоблачение

Зам. министра науки и высшего образования, конституционалист П. А. Кучеренко, курирующий назначение (даже если они называются выборами) ректоров университетов по всей России, возглавлявший до этого (с 2012 г.) аппарат Комитета Совета Федерации по конституционному законодательству и государственному строительству, которым руководит сенатор Андрей Клишас, тот самый Комитет, через который шли все самые адские законодательные новеллы, — от Крыма до обнуления — пойман на плагиате в своей кандидатской диссертации и присвоении чужой статьи, коряво переведенной на английский язык роботом, опубликованной в венесуэльском журнале *Espacios*, знаменитым охотником за плагиаторами, создателем программы Диссернет Андреем Заякиным. Вот как больше сотни ректорских кресел занимали люди, ничего общего с наукой не имевшие, которые приобретали диссертации на диссеродельных фабриках (см. подробнее “Троицкий вариант — наука” от 16.06.2020, с. 3). Поистине “кадры решают все”.

Пандемия коронавируса (COVID-19) привела к ежемесячной публикации более полутысячи работ с огромным процентом сомнительных по качеству. Нескольким из них попали даже в самый авторитетный медицинский журнал “The Lancet”. Проведенное расследование заставило объявить, что статьи следует считать отозванными. Характерно, что авторы предоставили коллегам только обработанные сведения, предоставить “сырые” данные они отказались (И. Якутенко “Троицкий вариант — наука” от 16.06.2020, с. 4).

Поспешное объявление об отечественном первенстве в разработке вакцины от COVID-19 было сразу же “подмочено” объявлением о “100-процентной” успешности, словно не азбучная истина, что такой результат свидетельствует об ошибке в подборе образцов. Что не помешало безответственно подsunуть это Президенту.

Основы работы общественных наблюдательных комиссий по контролю психиатрических больниц и экспертных учреждений

Семинар с таким названием состоялся 5–6 сентября в Москве. Впервые с начала выполнения проекта “Предотвращение пыток и жестокого обращения в местах принудительного содержания людей с психическими расстройствами”¹ 30 его региональных участников смогли встретиться “лицом-к-лицу”, обсудить уже проведенную работу и планы на ближайшие месяцы. К сожалению, долговременное планирование по-прежнему под вопросом, поскольку прогнозы в отношении пандемии весьма противоречивы и в целом не слишком обнадеживают.

Тем не менее, несмотря на сложную эпидемиологическую ситуацию, членам общественных наблюдательных комиссий некоторых регионов, участвующих в проекте, удалось посетить психиатрические больницы и экспертные отделения. И это были уже не просто ознакомительные “экскурсии”, а апробирование инструментов мониторинга, разработанных экспертами проекта, в частности, карты наблюдения, которую члены ОНК заполняют во время посещения больницы.

Апробировать эту карту наблюдений удалось членам ОНК Республики Татарстан (Казанская ПБСТИН), Новосибирской, Свердловской, Калининградской (ПБСТИН в Черняховске), Ростовской и Нижегородской областей, а также Санкт-Петербурга. В рамках проекта отдельным психиатрическим учреждениям была оказана гуманитарная помощь (средства индивидуальной защиты, антисептики, бесконтактные термометры), а в психиатрическом стационаре Волгодонска, благодаря усилиям координатора проекта Леонида Петрашиса, обустроили прогулочный дворик для пациентов.

К сожалению, не все отделения удалось осмотреть в ходе посещения, некоторые были закрыты на карантин, не везде удалось пообщаться с пациентами — но в целом начало положено. Многие сотрудники психиатрических учреждений понимают, что **подобные посещения — не одноразовая акция, а систематический процесс, и члены ОНК — не просто посетители. Результаты посещения должны восприниматься не только как критика, а как возможность изменить ситуацию к лучшему с помощью общества, которое, наконец, получило доступ в довольно закрытую систему психиатрической помощи.**

С учетом уже проделанной работы семинар был организован не как чисто учебное мероприятие, а как

рабочая встреча региональных участников проекта. В первый день перед участниками выступили эксперты и члены Наблюдательного Совета проекта, обозначив ключевые точки и проблемные места в работе наблюдателей, как внутри психиатрических учреждений, так и за их пределами.

Член наблюдательного совета Т. В. Клименко рассказала об особенностях общественного контроля в психиатрических учреждениях **с позиции органов здравоохранения** и специалистов медицинских организаций, поделилась опытом организационно-методического сопровождения психиатрических и наркологических учреждений, которое осуществляет Центр им. В. П. Сербского, отметила большую роль критики и рекомендаций общественных организаций в процессе повышения эффективности службы, а также остановилась на некоторых неурегулированных проблемах оказания психиатрической помощи, в частности, обратила внимание присутствующих на **использование видеокamer в палатах психиатрических больниц.** Выступление эксперта проекта Ю. Н. Аргуновой было посвящено правовым основам применения недобровольных мер в психиатрии, причем она остановилась не только на таких всем известных как недобровольная госпитализация и принудительное лечение, но и осуществление диспансерного наблюдения, и проведение судебно-психиатрической экспертизы в недобровольном порядке. Особо была отмечена **двусмысленность ситуации с назначением СПЭ на стадии доследственной проверки**, когда у подэкспертного еще нет никакого правового статуса: он и не обвиняемый, и не подозреваемый, не потерпевший и не свидетель. Ю. Н. Аргунова также обратила внимание присутствующих на то, что **до сих пор не разработан закон о принудительном лечении, о необходимости которого профессиональное сообщество говорит уже более 15 лет.** Член наблюдательного совета А. В. Бабушкин, рассказывая о том, как можно использовать опыт, полученный членами ОНК при мониторинге мест лишения свободы, при посещении психиатрических стационаров, вспомнил шутку, с которой его когда-то встречали руководители психиатрических учреждений: “кто к нам с общественным контролем придет, тот с диагнозом уйдет”. К счастью, сегодня это уже не так, и члены ОНК имеют возможность свободно проверять соблюдение прав пациентов. А. В. Бабушкин посоветовал во время посещения не ограничиваться так называемыми “экскурсионными маршрутами”, а **проводить тотальную проверку всех помещений** в пределах воз-

¹ См. НПЖ, 2020, 2.

можностей комиссии и обязательно включать объекты по случайному принципу: а где у вас палата № 5? А что у вас в подвале? И т.п. Он также напомнил, что нужно интересоваться наличием книг в библиотеке, подчеркивая необходимость их разнообразия и **наличия информационно-правовой литературы**. Эксперт проекта О. А. Гузенко, двадцать с лишним лет работавшая в должности заместителя главного врача психиатрической больницы, и член ОНК третьего созыва, обратила внимание на некоторые детали, связанные с психическим состоянием пациентов, которые не всегда понятны членам ОНК. Так, она подробно остановилась на **правилах применения мер физического стеснения и мер изоляции**, а также сообщила, что в наблюдательной палате, где находятся пациенты в остром состоянии, не должно быть тумбочек. Эксперт проекта Д. Г. Бартнев заострил внимание на некоторых **несоответствиях российского и международного законодательства в отношении прав людей с психическими расстройствами**, в частности, разном подходе к пониманию инвалидности, мер стеснения и изоляции. Он также подчеркнул, что **видеонаблюдение в палатах — это недопустимое вторжение в сферу частной жизни пациента, для его применения должна быть четкая правовая основа, и при наличии соответствующей жалобы оно может быть оспорено в Европейском суде по правам человека**.

Первый день завершился обсуждением практических вопросов: Ю. Н. Аргунова рассказала о том, какие записи следует искать в историях болезни и как их анализировать, Л. Н. Виноградова остановилась на особенностях беседы с пациентом, а региональные координаторы Л. В. Петрашис (Ростовская область), Г. Н. Постников (Томская область), Д. А. Халяпин (Свердловская область) и А. Н. Листков (Нижегородская область) поделились своим опытом выстраивания отношений с руководством региональных органов здравоохранения и администрацией психиатрических стационаров и экспертных отделений.

Во второй день семинара участники, разделившись на группы, обсуждали предложенную им карту мониторинга психиатрических больниц разного типа и карту посещения экспертных отделений, а региональные координаторы обрисовали перспективы работы в своих и соседних регионах. **В большинстве регионов первоначальное недоверие администрации психиатрических стационаров удалось преодолеть** и, таким образом, работа по проекту может продолжаться.

В ближайших планах — **двухдневный семинар для юристов и адвокатов**, защищающих права граждан с психическими расстройствами, целью которого является обеспечение доступа к правосудию людей, находящихся в закрытых психиатрических учреждениях. Это одна из самых уязвимых категорий населения, которая, как правило, не может самостоятельно защищать свои права. Роль членов ОНК здесь чрезвычайно велика. Они могут беспрепятственно посещать психиатрические учреждения, выявлять имеющиеся нарушения прав и служить мостиком между пациентами и адвокатами.

В заключение следует отметить, что **Минздрав России с большим интересом и пониманием отнесся к проекту**. Заместитель министра Олег Олегович Салагай выразил сожаление, что не может присутствовать на семинаре в связи с чрезвычайной занятостью (сотрудники Минздрава работают сейчас 7 дней в неделю!), прислал видеобращение к участникам семинара и пригласил руководителей проекта принять участие во Всероссийском форуме по общественному здоровью в России, в который специально включили секцию по взаимодействию членов ОНК с органами здравоохранения в свете новых полномочий общественных наблюдателей. Будем надеяться, что это сотрудничество будет продолжено.

Л. Н. Виноградова

Профессиональное сообщество против дискриминации ЛГБТ

Открытое письмо депутатам Государственной Думы

Мы, представители психологических, психотерапевтических и психиатрических ассоциаций и сообществ, считаем необходимым выразить своё беспокойство по поводу законопроекта сенаторов Е. Мизулиной и Л. Нарусовой, внесённого 14 июля этого года. Наша позиция основана на имеющихся у нас профессиональных знаниях в области психического здоровья.

Отсутствие дискриминации — важнейшее условие психологического благополучия любого человека. В опубликованных законопроектах закрепляется прямое поражение в правах гомосексуальных, бисексуальных и трансгендерных граждан России. Мы видим, что он основан на ошибочных представлениях о человеческой сексуальности и гендерной идентичности.

В 1999 году отечественная медицина, вслед за Всемирной Организацией Здравоохранения, перестала считать гомосексуальность и бисексуальность болезнью или психическим отклонением. Однополые отношения включают в себя привязанность, заботу, нежность, любовь — всё то, что свойственно понятию счастливой и благополучной семьи. Мы понимаем, что вопрос об однополых браках — это очень эмоционально заряженная тема для нашего общества. Тем не менее, эта дискуссия уже ведётся, и в России на данный момент существует множество однополых союзов, которые оформили свои отношения в других государствах. Мы убеждены, что все граждане нашей страны должны иметь возможность реализовывать свои семейные права.

Всемирная Организация Здравоохранения также исключила трансгендерность из списка психических расстройств. Экспертами трансгендерность понимается не как болезнь, а как особое состояние, связанное с сексуальным здоровьем, при котором приписанный при рождении биологический пол не совпадает с внутренним самоощущением. И это приводит к серьёзному дистрессу, который может подрывать психическое здоровье трансгендерного человека. Одним из этапов необходимой помощи для трансгендерных людей является возможность совершения перехода, который включает в себя не только медицинские меры по коррекции пола, но и смену имени и гендерного маркера в документах.

В нашей стране существует выстроенная система помощи трансгендерным людям (первые стандарты были опубликованы Минздравом СССР еще в 1991 году). Российское Министерство Здравоохране-

ния сделало серьёзный шаг вперёд в этом вопросе два года назад, утвердив форму справки, облегчающую смену документов для трансгендерных людей. Мы не понимаем, зачем необходимо сейчас разрушать эту систему и обрекать трансгендерных граждан на бессмысленное страдание из-за невозможности спокойно и последовательно социализироваться в соответствии со своим гендерным самоощущением. Принятие дискриминационных поправок приведёт к росту уровня самоубийств, тревожных расстройств и депрессий среди трансгендерных людей.

Мы убеждены, что дискриминация и оскорбление многих граждан РФ не допустимы в законотворческой деятельности. Мы надеемся, что наш голос будет услышан в дискуссии о данном законопроекте, и вы не станете принимать поправки, которые заведомо ухудшают психологическое здоровье россиян, и в очередной раз раскалывают наше общество. Семейное законодательство касается каждого человека, и поэтому любые изменения в него должны вноситься с большой осторожностью и только после обстоятельного общественного обсуждения с участием экспертов.

*Российская психотерапевтическая ассоциация
Общество семейных консультантов
и психотерапевтов
Коллегия по этике в психологии и психотерапии
Сообщество сексологов и гендерных психологов
Ассоциация EMDR России
Ассоциация когнитивно-бихевиоральных
терапевтов
Европейская Федерация
Психологических Ассоциаций
Нарративное сообщество “Край”
Независимая психиатрическая ассоциация России
Движение “Психология за права человека”*

Комментарий главного редактора “Независимого психиатрического журнала”.

Присоединяясь к доводам и оценкам приводимого письма, мы считаем необходимым называть вещи своими именами. Дискриминация трансгендерных меньшинств — это все еще не осознаваемая многими разновидность расизма, подобно неизжитой, несмотря на грандиозные усилия в США, дискриминации афроамериканцев, государственного антисемитизма в царской России и послевоенном Советском Союзе, завершившимся практически полным выездом евреев в Израиль (в России вместо прежних 6 млн их

осталось около 100 тыс.) и переключением ксенофобии, как и в европейских странах, на эмигрантов из разных стран (некоторые из которых вызываяще повторяют новояз современных российских расистов: “я — черножопый”). Не случайно Московская Хельсинкская группа, опережая нас, издала серию брошюр по этой проблеме.

Чрезвычайно огорчает объединение авторов законопроекта — Л. Нарусовой с одиозной Е. Мизулиной. Впрочем, и такой известный социолог, издатель Макса Вебера, как Л. Ионин, не остановился перед фальсификацией веберовской дефиниции “секты”, чтобы обосновать презрительное отношение к меньшинствам (см. его книгу “Парад меньшинств” и наш отклик на нее¹). Преодоление расизма, даже в его открытых формах, затрудняется потребностью в “козле отпущения”, издавна используемого властями.

Воззвания таких организаций, как например, рекламно именуемая себя “Наука за правду”, легко узнаются по пропагандистскому стилю и передергива-

нию цитируемых источников. Они, как обычно, обличают в пропаганде элементарную информированность и апеллируют не к человеческому достоинству, свободному выбору и правам конкретных людей, а к интересам правящего режима, державы, повторяя известные врачам со студенческой скамьи знаменитые слова Цицерона относительно абортотворцев в период, когда Римская империя испытывала недостатки в рабах и солдатах: мы должны наказывать женщин, крадущих у Республики причитающихся ей граждан. На хорошо известные науке данные о высокой смертности при запрете абортов этим авторам наплевать, не говоря уже о правах меньшинств. Позиция Всемирной организации здравоохранения для них — “геноцид”, а мнение Американской психологической ассоциации и Американской психиатрической ассоциации — “диктатура политической корректности и идеологический экспансионизм”. “Ученые запуганы. Помогите им”, — обращаются они к нынешней российской власти.

Ю. С. Савенко

¹ Ю. С. Савенко. Отечественная психиатрия в эпоху упадка // НПЖ, 2015, 1, 9 – 18 (раздел “Пример нарастающего манипуляторства”, стр. 10 – 13). Мы разместили этот отрывок на сайте НПА России.

**Всемирная психиатрическая ассоциация
и греческая психиатрическая ассоциация**

Тематический конгресс по интерсекционному сотрудничеству

**ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ТРАВМА: ГЛОБАЛЬНОЕ БРЕМЯ
ДЛЯ ПСИХИЧЕСКОГО И ФИЗИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ**

11 – 13 декабря 2020 г., Афины, Греция

www.wpathematic.org

ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ТВОРЧЕСТВО

Бертольд Брехт (1898 – 1956)



Бертольд Брехт — выдающийся немецкий драматург и реформатор театра, поэт-бард, работавший во всех жанрах, создатель теории эпического театра — рационально-политического, антиязыческой системы Станиславского, излагающий ситуации в необычном ракурсе, превращая самые повседневные из них в яркие символы, которые афористически озвучиваются актерами, эпизодически сбрасывающими сценическую маску. Тем самым грубый натурализм сочетается с очевидной условностью. Основатель театра “Берлинер-ансамбль”. Вернувшись из эмиграции после падения нацистского режима, он, как марксист, поселился в восточном Берлине. Работая в ГДР, Брехт подвергался цензуре и нападкам за формализм, пацифизм, нигилизм, космополитизм... Когда после отказа его друга и любимого актера-певца Эрнста Буша от проверки лояльности, Хоннекер потребовал удалить из песни одной из пьес Брехта имя Буша, Брехт после попытки сопротивления исключил всю песню. За двойственную коллаборационистскую позицию в период берлинского восстания рабочих 1953 г. он и его пьесы в течение более десятилетия подвергались в Австрии и ФРГ бойкоту. Зато в 1954 г. ему присудили международную Сталинскую премию. Когда в 1955 г. Брехт спустя 20 лет после своего первого визита приехал в Москву, тогда еще бывшую театральную Мекку, он убедился, что советский театр отброшен на полвека назад. Он резко постарел и умер от инфаркта сердца на 59-ом году жизни.

ГЕРМАНИЯ¹

*Пусть другие говорят о своем стыде
я скажу о своем.*

Германия, мать бледная как смерть!
Сидишь ты оскверненная среди

Других народов.

И среди запятнанных
Бросаешься в глаза.

Из сыновей твоих беднейший
Лежит в земле сырой.
Когда проголодался он,
Твои другие сыновья
Подняли руку на него.
Об этом знает свет.

¹ Стихотворение написано в 1933 г., когда к власти в Германии пришел Гитлер.

И с этими поднятыми руками,
Поднятыми на брата своего,
Те братья чванно по тебе шагают,
Тебе в глаза смеясь.
Мы это знаем.

И в твоём доме
Громко голосит одна лишь ложь,
А правда
Замолчала.
Разве нет?

Тобою угнетатели гордятся,
А угнетенные тебя клянут.
Эксплуатируемые
Пальцем в тебя тычут,
Эксплуататоры всемерно чтят систему,
Придуманную в доме у тебя!

И видят все,
Как ты подол скрываешь кровавый свой,
Что пропитался кровью
Твоих же самых лучших сыновей.

Заслыша вести из твоих пределов, смеются люди.
А едва узрев тебя, хватаются за нож,
Как будто ты — разбойница.

Германия, мать бледная как смерть!
Как сыновья изгадили тебя,
Что ты теперь среди других народов
Посмешищем и пугалом сидишь!

ИЗ ХРЕСТОМАТИИ ГОРОЖАНИНА

Я — дерьмо, и от себя
Не жду ничего, кроме
Слабости, предательства и тлена,
Но теперь я замечаю:
Стало лучше; ветер
Парус мой поднял, пора и мне
Лучше быть обычного дерьма —
Сразу стало мне намного легче.

Быв дерьмом, я часто замечала,
Что, напившись, просто так ложусь,
И плевать мне,
Кто меня тревожит; я теперь не пью —
Сразу стало мне намного лучше.

К сожаленью,
Приходилось делать
Многое, что вредно; яду
Съела столько я, что лошадь
Померла бы — ну, а мне

Только так и можно было
Выжить; мимо не прошел
И кокаин — я была похожа
На подстилку без костей,
Но в зеркало взглянув —
Сразу все немедля прекратила.

Вечно мне хотели приписать
Сифилис, но нет,
Не получилось; только отравлять
Мышьяком меня могли: те трубки
Ставить, из которых день и ночь
Гной тек. Кто бы мог подумать,
Что еще я мужиков сведу с ума?
Сразу же я принялась за это.

Тех, кто мне ничем полезен не был,
Я не выбирала — только тех,
Кто был нужен. С чувством
У меня, теперь проблемы, даже с влагой,
Но попусту я тоже не хожу,
Вверх и вниз все движется, но
В целом чаще вверх.

Неприятельницу злостную свою
Я овцой зову, ее узнать
Можно хоть по взглядам мужиков.
Но за год один
Брошу я привычку эту точно —
Я уже как будто отвыкаю.

Я — дерьмо; но все вокруг
Мне должно служить на благо, я
Вверх иду, я
Неизбежна, будущее — я,
Скоро стану вовсе не дерьмом я, а
Цементирующим раствором, из
Которого возводят города.

(Так говорила мне одна женщина.)

РЕШЕНИЕ²

После восстания семнадцатого июня
Секретарь Союза писателей
Велел раздавать на аллее Сталина листовки,
В которых написали, что народ
Правительства доверье обманул
И лишь работою с удвоенным упорством
Его вернуть бы мог. Не легче ль было б
Правительству народ весь распустил
И выбрать новый?

² 17.06.1953 в Берлине вспыхнуло восстание рабочих, подавленное советскими войсками. 20.06 Секретарь Союза писателей ГДР Курт Бортели, член ЦК СЕПГ выступил в "Нойсе Дойчланд" с резкой критикой рабочих, написав, что им придется больше работать, чтобы "этот позор забылся". После этого в прессе разгорелись дебаты, приведшие к отставке Бортеля.

НЕКРОЛОГ

Цезарь Петрович Короленко 1933 – 2020



14 июля 2020 г. на 87-м году жизни скончался от коронавирусной инфекции Цезарь Петрович Короленко, выдающийся психиатр, психотерапевт, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки Российской Федерации (2002), член-корреспондент СО АН высшей школы, член секции транскультуральной психиатрии Всемирной психиатрической ассоциации и ВОЗ, действительный член Нью-Йоркской академии наук, почётный профессор Новосибирского государственного медицинского университета, член редколлегии журнала *“Антропология и медицина”* (Лондон), один из основателей современной аддиктологии. В 1990-х годах вице-президент Независимой психиатрической ассоциации России, участник ее съездов и семинаров.

Цезарь Петрович родился 3 октября 1933 года в Брест-Литовске, который в 1921 – 1939 гг. входил в состав Польши как Брест-над-Бугом. Ему было 6 лет,

когда в сентябре 1939 г. город захватили немецкие войска, а спустя неделю передали (согласно “Пакту Молотова-Риббентропа) Красной Армии. Отец, выпускник Ягелоннского университета в Кракове, погиб в 1939 г. Мать, которая в годы немецкой оккупации в 1941 – 43 гг. спасла около 100 еврейских детей, — а все евреи, составлявшие более 40 % населения были расстреляны, — после освобождения и переселения к родственникам в Новосибирск, попала в лагерь на Колыму. Цезарь Петрович закончил Новосибирский мединститут (1956 год), в котором он — клинический ординатор (1956 – 1958), аспирант (1958 – 1961), ассистент (1961 – 1964) и после смерти проф. М. А. Гольденберга, в течение 42 лет, до 2006 г. руководил кафедрой психиатрии Новосибирского мединститута.

Материалы кандидатской (1962 г.) и докторской (1966 г.) диссертаций, посвящённых клинике и патогенезу алкогольных психозов, послужили формиро-

Цезарь Петрович Короленко

ванию концепции аддиктивных расстройств. Сам термин “*аддиктивные расстройства*” был впервые в России предложен им в начале 70-х годов. Ц. П. создал школу психиатров, работающих по этой проблематике и защитивших более 50 кандидатских и докторских диссертаций. В 2001 году он предложил первую в России классификацию нехимических аддикций.

Ц. П. Короленко — автор 25 монографий и более 300 научных публикаций. Одна из работ Ц. П. (в соавторстве с *Диковским*), предлагавшая классификацию алкоголизма на основе выделения форм с психологической и физической зависимостью, в советский период не смогла выйти на родине из-за идеологической цензуры. В 2001 г. он опубликовал совместно с психологом Н. В. Дмитриевой монографию “Психосоциальная аддиктология” (262 с.), в 2000 г. — “Идентичность в норме и патологии”, в 2003 г. — “Психоанализ и психиатрия” (660 с.), а в 2006 г. — “Личностные и диссоциативные расстройства” (446 с.). Многие годы Ц. П. публиковал в зарубежных журналах работы по этнопсихиатрии на материале полевых исследований канадских эскимосов, в экспедициях к которым неоднократно участвовал. Проф. Ц. П. Короленко участвовал с докладами во многих всемирных конгрессах в

Ванкувере, Торонто, Монреале, Квебек-Сити, Андорре, Варшаве и др. Владел английским, немецким, венгерским и польским языками.

По итогам голосования секции ВОЗ по транскультуральной психиатрии профессор Ц. П. Короленко занимал девятое место в международном рейтинге психиатров.

Зная Цезаря Петровича и сотрудников его кафедры с 1969 г., я еще тогда, столетия назад, в советский период, когда это позволяли себе немногие, был впечатлен его свободным независимым образом мышления и поведения, творческой активностью, дружным увлеченным коллективом его клиники. Это было время расцвета Новосибирска, его Академгородка, средоточия всевозможных новаций. И очень естественно, что Цезарь Петрович сохранил эту независимость от официоза на протяжении последующих десятилетий. Мы гордимся, что он присоединился к нашей деятельности.

Скорбя об утрате, мы выражаем глубокие соболезнования жене, сыну, родным, близким друзьям, многочисленным ученикам и сотрудникам кафедры Цезаря Петровича.

Ю. С. Савенко

РЕКОМЕНДАЦИИ

Упанишады. — М., 2019.
Панчатра. — М., 2020.
Малланага Ватсьяна. Камасутра. — М., 2019.
Пятигорский Александр. Буддийская философия мысли. — М., 2020.
Лютер Мартин. Следует ли христианину бежать от смертоносной чумы? — СПб., 2020.
Философский проективный словарь. Новые термины и понятия. — СПб., 2020.
Подорога Валерий. Парабола. Франц Кафка и конструкция сновидений. — М., 2020.
Подорога Валерий. Аналитическая антропология литературы. — М., 2020.
Бодрийяр Жан. Общество потребления. — М., 2020.
Фромм Эрих. Быть человеком. Концепция человека у Карла Маркса. — М., 2020.

* * *

Морозов П. В., Беккер Р. А., Быков Ю. В. Титаны психиатрии XX столетия. — М., 2020.
Боткин Сергей. Побеждая смерть. — М., 2020.
Мечников Илья. Записки старого биолога. — М., 2020.
Миронова Наталья. Великая эпидемия: сыпной тиф в России в годы Советской власти. — М., 2019.
Новоселов Валерий. Смерть Ленина. — М., 2020. (Наиболее полное исследование, автор — психиатр).
Бурденко Николай. Военный госпиталь. — М., 2020.
Диккенз Ричард. Расплетая радугу. Наука, заблуждение и потребность изумляться. — М., 2020.
Сас Томас. Вера в свободу. Практики психиатрии и принципы либертарианства. — М.-Челябинск., 2020.

* * *

Вейле Гу. Общий обзор китайской культуры. — М., 2020.
Бакунин М. А. Государственность и анархия. — М., 2020.
Нечаев С. Г. Катехизис революционера. — М., 2020.
Огрызко Вячеслав. Лицедейство, страх и некомпетентность. Советская модель управления искусством и культурой. — М., 2020.
Арруцца Ч., Бхаттачарья П., Фрэйзер Н. Феминизм для 99 процентов. Манифест. — М., 2020.
Костырченко Г. Тайны политики: от Брежнева до Горбачева. — М., 2019.
Миркин Яков. Правила неосторожного обращения с государством. — М., 2020.

* * *

Соколов Леонид. Галицкая Русь. 1772 – 1914. — СПб., 2020.
Русские авантюры. Идентичность, проекты, репрезентации. — М., 2019.
Никитин С. Как квакеры спасали Россию. — М., 2020.
Бойд Джулия. Записки из Третьего Рейха. Жизнь накануне войны глазами обычных туристов. — М., 2020.

* * *

Брехт Б. Теория эпического театра. — М., 2019.
Малевич К. Черный квадрат. Супрематизм. Мир как беспредметность. — М., 2019.

* * *

Седакова Ольга. Четыре поэта: Райнер Мария Рильке, Поль Клодель, Томас Стернз Элиот, Пауль Целан. — СПб., 2020.
Гез Оливье. Исчезновение Йозефа Менгеле. — М., 2020.

ABSTRACTS

To the theory of psychiatry. Going forward, you need to constantly look back (Part 5)

Yu. S. Savenko

In a historical context, it is shown how Jaspers' General Psychopathology found itself outside the ongoing confrontation between natural science and humanitarian knowledge. Although the humanities have not abandoned the concepts of quality and values, the modern mathematical apparatus is no longer such a Procrustean bed for them as before. The problem of units of analysis of psychiatry in comparison with other sciences is discussed.

Key words: psychiatry and philosophy, scientific knowledge, classification of sciences, science of Nature and Man, units of analysis in psychiatry

Titular Councilor Goliadkin and Syndrome of Subjective Doubles

S. V. Motov, V. V. Motov

The collision of the protagonist of Dostoevsky's *The Double*, titular councilor Goliadkin, with his own double is the culmination of the novel. The article discusses the evaluation of *The Double* both by literary scholars who scrutinize the work in terms of its artistic strengths and weaknesses, and by psychiatrists concentrating on a psychopathological assessment of the protagonists' experiences and behavior. A brief description of delusional misidentification syndromes is given. The syndrome of subjective doubles is considered in more detail.

Key words: Dostoevsky, "The Double", delusional perception, delusional misidentification syndromes, syndrome of subjective doubles

Patient's right to receive copies of medical documents

Yu. N. Argunova

The issues of realization of the patient's right to receive extracts and copies of their medical documents are considered. It is pointed out that this issue is not settled in departmental regulations, which leads to a violation of the rights of citizens. The judicial practice is analyzed. The need to supplement the order of the Russian Health Ministry dated May 2, 2012 No. 441n or the order dated June 29, 2016 No. 425n or the adoption, as required by law, of a separate normative act governing these legal relations is substantiated.

Key words: patient's rights, issue of copies of medical documents

"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.

Key words: travelers, religion, mental illness, assessment, integrated treatment, prognosis

Опечатки

В статье "Медицинское и немедицинское применение препарата бупроприон" (обзор литературы) (НПЖ, 2020, 1, стр. 20 – 23) неправильно указаны инициалы второго автора. Следует читать: Н. А. Соболев. Принюсим извинения Никите Александровичу.
