

*ISSN 1028-8554*

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

---

**НЕЗАВИСИМЫЙ  
ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ  
ЖУРНАЛ**

**INDEPENDENT  
PSYCHIATRIC  
JOURNAL**

**ВЕСТНИК НПА  
IPA HERALD**

**IV**

**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 1.12.2020. Подписано в печать 15.12.2020. Формат 60×84 1/8.

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

Заказ № 2020-4-IPA.

Цена свободная

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

Отпечатано в типографии издательства “Фолиум”, 127238, Москва, Дмитровское шоссе, 157  
тел./факс: (499) 258-0828.

---

## СОДЕРЖАНИЕ

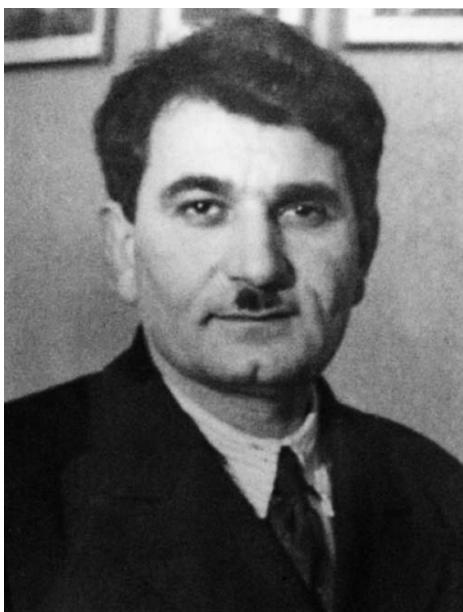
120-ЛЕТИЕ МИХАИЛА АВДЕЕВИЧА ДЖАГАРОВА . . . . .	5
К 100-ЛЕТИЮ ИНСТИТУТА СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ ИМ. В. П. СЕРБСКОГО . . . . .	6
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ	
Открываем заново расстройства “Я” при шизофрении	
— Д. Парнас, М. Зандерсен (Копенгаген, Дания) . . . . .	11
К теории психиатрии. Идя вперед, нужно постоянно оглядываться назад (часть 6)	
— Ю. С. Савенко . . . . .	16
Актуальные вопросы соотношений психиатрии и искусства — Ю. И. Полищук . . . . .	20
Деньги и власть в рыночном пространстве пси-культуры — Н. А. Зорин . . . . .	23
КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ	
Шизоаффективное расстройство — А. А. Шмилович, Е. Ю. Овсянникова . . . . .	28
ПСИХИАТРИЯ И ПРАВО	
Право пациента на получение копий медицинских документов (продолжение)	
— Ю. Н. Аргунова . . . . .	45
ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА	
“Ответить на вопрос не представляется возможным” . . . . .	49
ОБСУЖДЕНИЯ, ОТКЛИКИ, ДИСКУССИИ	
Обсуждение статьи Б. В. Воронкова “Неомрачаемость при маниакальном синдроме как диагностический критерий фазной мании”	
— С. Ю. Циркин, И. М. Беккер, Б. В. Воронков . . . . .	53
ДОКУМЕНТЫ ВРЕМЕНИ	
15 лет назад: “Обоснование” упразднения негосударственной судебно-психиатрической экспертизы и негосударственного психиатрического освидетельствования . . . . .	55
Спустя 30 лет: “Не портить людям настроение” . . . . .	59
Вторая волна использования психиатрии в политических целях? . . . . .	60
ПСИХОТЕРАПИЯ	
Эпидемия “ПТСР-20” в Республике Беларусь: время “Ч” — Ф. Б. Плоткин (Беларусь) . . . . .	62
ИСТОРИЯ	
Ойген Блейлер — жизненный путь выдающейся личности	
— Д. Хелл, К. Шарфеттер (Цюрих, Швейцария) . . . . .	69
ВОСПОМИНАНИЯ	
Мой путь в психиатрии — Б. Н. Пивень (Барнаул) . . . . .	76
ХРОНИКА	
Генеральная Ассамблея Всемирной психиатрической ассоциации . . . . .	81
Юбилейная конференция к 100-летию Московского НИИ психиатрии . . . . .	82
Зейгарниковские чтения. К 120-летию . . . . .	83
Семинар для юристов и адвокатов . . . . .	84
Региональные семинары по мониторингу психиатрических стационаров . . . . .	85
Защита прав пациентов с психическими расстройствами —	
совместная задача гражданского общества и государства . . . . .	89
Разоблачительная награда . . . . .	90
ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ТВОРЧЕСТВО	
Эрих Кестнер. 4 стихотворения в переводе Ефима Эткинда:	
“Ты знаешь край?”, “Пониже спину гни!”, “Синтетический человек”,	
“Если бы...” и оно же в переводе К. Богатырева . . . . .	91
О выдающемся переводчике Константине Богатыреве . . . . .	94
НЕКРОЛОГИ	
Юрий Федорович Орлов . . . . .	95
Виктор Маркович Шкловский . . . . .	97
РЕКОМЕНДАЦИИ . . . . .	99
АННОТАЦИИ . . . . .	100

# CONTENT

120TH ANNIVERSARY OF MIKHAIL AVDEEVICH DZHAGAROV . . . . .	5
TO THE 100-TH ANNIVERSARY OF THE SERBSKY INSTITUTE OF FORENSIC PSYCHIATRY . . . . .	6
URGENT PROBLEMS OF PSYCHIATRY	
<i>Rediscovering Disordered Selfhood in Schizophrenia</i>	
— J. Parnas, M. Zandersen (Copenhagen, Denmark) . . . . .	11
<i>To the theory of psychiatry. Going forward, you need to constantly look back (part 6)</i>	
— Yu. S. Savenko . . . . .	16
Urgent issues of the relationships between psychiatry and art — Yu. I. Polishchuk . . . . .	20
Money and power in the space of psy-culture market — N. A. Zorin . . . . .	23
DISCUSSION OF A CLINICAL CASE	
<i>Schizoaffective disorder — A. A. Shmilovich, E. Yu. Ovsyannikova</i> . . . . .	28
PSYCHIATRY AND LAW	
Patient's right to receive copies of medical documents (continuation) — Yu. N. Argunova . . . . .	45
FROM THE EXPERT'S DOSIE	
“ <b>It is not possible to answer the question</b> ” . . . . .	49
DISCUSSIONS, RESPONSES, REVIEWS	
<i>Discussion of the article by B. V. Voronkov “Inability to grieve at a maniacal syndrome...”</i>	
— S. Yu. Tsirkin, I. M. Bekker, B. V. Voronkov . . . . .	53
DOCUMENTS OF EPOCH	
<i>15 years ago: “Rationale” for the abolition of non-state forensic psychiatric examination and non-state psychiatric examination . . . . .</i>	55
<i>30 years later: “Don't spoil people's mood” . . . . .</i>	59
<i>A second wave of political use of psychiatry? . . . . .</i>	60
PSYCHOTHERAPY	
<i>Epidemic “PTSD-20” in the Republic of Belarus: time “H” for the psychotherapists</i>	
— F. B. Plotkin (Minsk, Belarus) . . . . .	62
HISTORY	
<i>Eugen Bleuler — the life of an outstanding personality</i>	
— D. Hell, K. Sharfetter (Zurich, Switzerland) . . . . .	69
MEMORIES	
<i>My path in psychiatry (part 2) — B. N. Piven (Barnaul)</i> . . . . .	76
CHRONICLE	
<i>General Assembly of the World Psychiatric Association . . . . .</i>	81
<i>Conference dedicated to the 100th anniversary of the Moscow Research Institute of Psychiatry . . . . .</i>	82
<i>Zeigarnik Readings. To the 120th anniversary . . . . .</i>	83
<i>Seminar of the IPA of Russia for lawyers and advocates . . . . .</i>	84
<i>Regional seminars of the IPA of Russia on monitoring psychiatric hospitals . . . . .</i>	85
<i>Protecting the rights of patients with mental disorders is a joint task of civil society and the state . . . . .</i>	89
<i>Revealing award . . . . .</i>	90
PSYCHOPATOLOGY AND CREATIVITY	
<i>Erich Kästner. 4 poems translated by Efim Etkind:</i>	
“Do you know the edge?”, “Lower your back rot!”, “Synthetic man”, “If only...” and it is translated by K. Bogatyrev . . . . .	91
<i>About the outstanding translator Konstantin Bogatyrev . . . . .</i>	94
OBITUARIES	
<i>Yuri Fedorovich Orlov . . . . .</i>	95
<i>Victor Markovich Shklovsky . . . . .</i>	97
RECOMMENDATIONS . . . . .	99
ABSTRACTS . . . . .	100

# 120-летие Михаила Авдеевича Джагарова

1900 – 1944



Каждый, кто ценит существование дела, а не школьные истины и авторитеты мрачных эпох, превратившиеся в догматические стереотипы, будь то писатели или художники, деятели театра, учёные или философы, должен знать, что Николай Лесков и Александр Бенуа, Николай Евреинов, Матвей Бронштейн и Густав Шпет не вошли в популярную обойму постоянно повторяемых имен, ничем не уступая в своих достижениях никому из общеизвестных. Так и среди психиатров немало имен, подчас мало известных по вине историков своих предметов.

Так, в 1934 – 1944 гг. главным врачом Преображенской больницы был ученик В. А. Гиляровского Михаил Авдеевич Джагаров, а в 1935 – 1940 гг. главным врачом больницы и директором НИИ невропси-

хиатрической профилактики им. П. Б. Ганнушкина — ученик П. Б. Ганнушкина Сергей Валентинович Крайц (1894 – 1956). Ежегодные сборники научных трудов этих больниц, редакторами которых они были, ошеломляют своим уровнем, подают пример, который трудно, даже невозможно превзойти.

Михаил Авдеевич учился в Бакинском университете, а затем во 2-ом Московском медицинском институте, который окончил в 1926 г. и был оставлен на кафедре В. А. Гиляровского, и где стал ассистентом, а затем доцентом кафедры. Он возглавил старейшую Преображенскую больницу, через которую прошла вся московская психиатрия, и руководил ею фактически 10 лет (кроме первых военных лет) в эпоху сохранившегося психопрофилактического направления Льва Марковича Розенштейна и организовал в больнице образцовый дневной полустационар, описанный в работах “Опыт организации полустационара для душевно больных” (Журнал невропатологии и психиатрии, 1937, 6-8, 137 – 147) и “Дневной стационар для душевно больных” (М., 1944, 60 с.) в соавторстве с В. К. Балабановой. Известны также его работы о психических расстройствах при действии атропина. Организовал издание ежегодных “Трудов 1-ой Московской психиатрической больницы”<sup>1</sup> членами редколлегии и авторами которых были консультанты больницы С. Г. Жислин, Е. Н. Каменева, Артур Кронфельд, П. Е. Снесарев. Во время Великой отечественной войны М. А. был главным психиатром Москвы. По воспоминаниям старых врачей предвоенный период был во всех отношениях расцветом больницы, стены были увешаны картинами известных художников, которые потом пропали, а сам Михаил Авдеевич, замечательный профессионал, клиницист и организатор, страстная деятельность натура, трагически закончил свою жизнь.

<sup>1</sup> После погромной Павловской сессии — психиатрическая больница № 3.

# К 100-летию

## Института судебной психиатрии им. В. П. Сербского, ныне Государственного центра психиатрии и наркологии

Предстоящий 100-летний юбилей института судебной психиатрии им. В. П. Сербского — учреждения, знаменитого недоброй славой во всем мире, назвавшегося именем человека, во всем диаметрально противоположного этой “славе”, не так однозначен, как считается в широкой общественности.

Конечно, несомненным фактом является создание его советской властью специально для борьбы с противниками режима, потом его критиками и, наконец, просто инакомыслящими. Но беспрецедентный масштаб в истории мировой психиатрии это получило в 1960 – 80-е годы по личному указанию Н. С. Хрущева (1959) и, особенно, Ю. В. Андропова (1969), в бытность его руководителем КГБ, а затем генеральным секретарем ЦК КПСС.

Поэтому правильнее говорить не столько о злоупотреблениях психиатрии, сколько о злоупотреблении психиатрией властями. Это по-прежнему актуальная тема для авторитарных режимов, с их чисто потребительским отношением к науке, и для ученых и врачей, вынужденных неизбежно взаимодействовать даже с людоедской властью, что не означает сотрудничества с ней. Это такая же разница, как между находившимися на оккупированной территории и коллегами. Такое сотрудничество — это размытие границ, релятивизация целевых и ценностных оснований, личностное снижение в результате самообмана и, как следствие, гомогенизация деятельности людей и организаций в их обслуживании правящего режима. В результате советская психиатрия в 1960 – 80-е годы носила отчетливый карательный характер.

Эта проблема не менее остра сегодня. Поэтому юбилей Центра им. В. П. Сербского — это, прежде всего, не просто напоминание, а живой длящийся выразительный и уже приоткрытый пример наших предпочтений и поступков. Центр им. В. П. Сербского на всегда неотрывно связан с этой проблемой во весь рост. Но всегда остается открытым почетный выход: превращать это прошлое, порочащее нашу профессию, в вечный двигатель его преодоления — стать примером самовзыскательной, действительно независимой экспертизы, а это значит настаивать на состызательности экспертов в суде, независимо от их служебного положения, а не отрицать это право.

После длительного категорического отрицания злоупотреблений, с передергиванием даже несомненных фактов, они были признаны, правда, в грубо заниженных размерах. Что касается настоящего, то злоупотребления в гражданских делах не уменьшились, но в политических целях приобрели точечный харак-

тер, например, опровергнуть обвинениями в педофилии известных правозащитников и историков. Можно поздравить Центр им. В. П. Сербского с отказом в деле Юрия Дмитриева пойти в фарватере силовиков, все ведомства которых возносили хвалу Центру им. Сербского на прежних юбилях за оказываемую помощь. Это большая дистанция после дел генерала Петра Григоренко, полковника Юрия Буданова, фигуранта дела Болотной площади Михаила Косенко и мн. мн. др.

В непродолжительный просвет в 1990-е годы Институт выпустил к своему 75-летию тиражом 300 экземпляров честную, блестящую написанную историю своей деятельности до 1950-го года<sup>1</sup>.

Создание Института в 1921 г. в период голода, когда смертность в психиатрических больницах достигала 70 %, сопровождалось уничтожением уникального высокогуманного центра, созданного в 1899 году А. Н. Бернштейном, — “Центрального полицейского приема” (для бездомных с психическими расстройствами), аффилированного в 1903 г. с Московским университетом, ставшим местом, где читались курсы лекций на уровне самых передовых европейских новаций. И на месте этого учреждения было создано другое, уже не по названию, а по существу полицейское — тюремная психиатрическая лечебница. Сюда, по ленинскому выражению “в санаторий”, была помещена лидер левых эсеров Мария Спиридонова, выдающаяся женщина, которую царская охранка отдала на поругание солдатам, а советские власти, продержав в заключении 20 лет, расстреляли в 1941 г. Но это власти, а первые директора Института и многие его сотрудники были выдающимися профессионалами. Это Е. Н. Довбня (директор с 1921 по 1930 гг.), Д. А. Аменицкий, И. Н. Введенский, В. А. Внуков, Н. П. Бруханский, А. М. Рапопорт. Все они были знакомы с европейской психиатрией не понаслышке.

Управление Институтом осуществлялось фактически Медицинской инспекцией московских мест заключения НКВД при Мосгорздраве, начальником которой была Ц. Файнберг, а главным психиатром Е. К. Краснушкин, участник многих СПЭ. Но потом он разошелся с ней. Высокий профессиональный уровень не мешал ему поддерживать все самые жесткие репрессивные меры. Так, на его совести в 1938 г. гибель Осипа Мандельштама (НПЖ, 2011, 1, 5 – 7), но

<sup>1</sup> Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского. Очерки истории. — М., 1996.

## К 100-летию Института судебной психиатрии им. В. П. Сербского

помог в 1948 г. в разоблачении симуляции Рудольфа Гесса на Нюрнбергском процессе.

В 20-е годы еще длилась гражданская война и как экскульпация психопатий и уменьшенная вменяемость, так и расширительная психиатрическая диагностика спасали от революционного террора, от очень легко осуществлявшегося расстрела, т.е. имели противоположное значение, чем в 60 – 80-е годы. Поэтому практика Института и отношение к больным и подэкспертным до 1931 г. была очень либеральной: экскульпация тяжелых психопатий в 1922 г. достигла 46,5 %, а в 1935 г. — 3 %. Разница в 15,5 раз! В 1945 г. — 12 %, в 2015 — 1%! В 20-е годы никто не направлялся на принудительное лечение. Это обосновывалось и в первом советском руководстве по судебной психиатрии 1928 г. Николая Павловича Бруханского с солидарным предисловием П. Б. Ганнушкина. Н. П. Бруханский — наиболее яркая фигура Института, зачинатель, наряду с Л. М. Розенштейном, феноменологического направления в отечественной психиатрии, познакомивший всех с “Общей психопатологией” Карла Ясперса, оставивший выдающиеся образцы описаний феноменов социальной психопатологии.

Но в 1930 г. начался год Великого Перелома, и в стране установился тоталитарный режим. «С приходом нового директора — Ципы Файнберг — в жизни Института происходит много перемен: всякие остатки либеральных тенденций искореняются, ужесточается режим содержания испытуемых, над сотрудниками устанавливается мелочная опека, насаждается казарменная дисциплина, происходят многочисленные кадровые перестановки. Старые сотрудники решительно вытесняются... Вводится политрук Института... На весь персонал распространяется Устав исправительно-трудовых учреждений, устанавливается система многоступенчатого наблюдения за сотрудниками и доносительство... Усиление репрессий увеличило число поступлений... и в 1938 г. появились первые очереди в Институт... а качество историй болезни неоднократно признавалось “очень плохим”»<sup>2</sup>. Но наряду с этим, в соответствии с психопрофилактическим направлением Л. М. Розенштейна, в структуре Института вводятся социально-психологическое отделение, кабинеты психогигиены и криминальной психопатологии.

Ципа Файнберг — директор Института четверть века (до 1950 г.), успешный администратор, обладательница очень характерного облика женщины-комиссара, была автором информативной работы о вменяемости и СПЭ в Англии и США (1944) и откровенных отчетов о деятельности Института. А ведь Институт в 1932 г. специальным Постановлением Совнаркома РСФСР был передан из Наркомата здра-

<sup>2</sup> И. А. Парнцева, И. В. Казарина, Л. И. Усова. История возникновения и развития центра // Ibid, 6-106.

воохранения в Главное управление исправительно-трудовых учреждений (ГУИТУ) и был выделен в отдельное “Исправительно-трудовое учреждение медицинского характера”, а в 1935 г. был передан в Наркомат юстиции, и только в 1938 г. возвращается Наркомздраву, когда и состоялась окончательная институциализация профессии судебного психиатра.

Но и в этих условиях кадровый состав Института остается на высоком уровне, приходят еще А. Н. Бунеев, В. И. Аккерман, А. И. Молочек, А. М. Халецкий, А. С. Дубинин, Е. М. Холодковская, Н. И. Фелинская. Наиболее крупной фигурой, наряду с Н. П. Бруханским, следует назвать научного руководителя Института В. А. Внукова, возглавившего первую кафедру судебной психиатрии (1933), выпустившего первый сборник трудов Института (1934) и возглавившего в 1935 г. Московский институт невропсихиатрической профилактики. Но оба — Бруханский и Внуков — были в 1937 г. расстреляны<sup>3</sup>, а их труды изъяты из библиотек. В 1941 г., когда немцы подошли к Москве, архив Института был уничтожен НКВД.

Инспекции 1945 г. (Т. И. Юдин и др.) и 1950 г. отметили “примитивный уровень клинических исследований испытуемых” и “грубое администрирование”. Ц. М. Файнберг была в 1950 г., т.е. в период антисемитской кампании 1948 – 1953 гг., заменена А. В. Снежневским<sup>4</sup>, с 1951 по 1957 г. директором Института был А. Н. Бунеев, а с 1957 по 1990 г. Г. В. Морозов.

После войны в Институт приходят С. Ф. и К. А. Семеновы, О. Е. Фрейеров, К. Л. Иммерман, Т. П. Печерникова, Б. А. Целибеев, а позднее такие известные исследователи как В. А. Ромасенко, Б. Е. Рожнов и М. С. Лебединский.

Но основное, чем прославился Институт за 32 года, когда им руководил всегда излучавший радущие Г. В. Морозов, было исполнение политического заказа в 30-летней кампании дискредитации диссидентов, А. С. Есенина-Вольпина, Владимира Буковского, генерала Петра Григоренко<sup>5</sup>, Натальи Горбаневской, Леонида Плюща и множества других.

Каждый парадокс — довоенная история Института, вопреки уничтоженному архиву, описана неизмеримо подробнее, чем послевоенная и современ-

<sup>3</sup> Формулировка “10 лет без права переписки” обозначала расстрел, а дата и место гибели носили обычно произвольный характер.

<sup>4</sup> Аналогичным образом С. Л. Рубинштейн был заменен в том же 1950 г. А. Н. Леонтьевым, Б. В. Зейгарник отстранена от руководства психологической лабораторией, а затем уволена и множество т.п.

<sup>5</sup> Наиболее тщательно документированное и исследованное дело генерала Григоренко подробнее всего изложено в НПЖ (1992, 3-4, с. 36 – 60). Оно вскрыло технологию типовых фальсификаций на всех уровнях.



Е. Н. Довбня



Ц. М. Файнберг



Н. П. Бруханский



В. А. Внуков



А. В. Снежневский



А. Н. Бунеев



Г. В. Морозов



Т. Б. Дмитриева

ная, — объясняется просто: исследователям из архива ничего не выдают, а сделанные выписки, даже для шутки нарисованные загогулины, принимают за шифровку и отбирают. Но режим секретности этого “режимного учреждения” в значительной мере секрет полишина. Средоточием дурной славы Института в 60 – 70-е годы было четвертое отделение Института, которое возглавлял Д. Р. Лунц, через которое проходили все политические дела. Даниил Романович Лунц — яркий пример незаурядного профессионала, жестко проводившего угодную властям экспертную практику. Побывавший в 1948 г. на экспертизе в Институте поэт Наум Коржавин отмечал еще гуманное отношение в отделе для политических, которое возглавлял А. М. Халецкий. Но именно это возмутило комиссию ветерана партии Р. С. Землячку<sup>6</sup>: мол, “создали санаторий”, с требованием “закрутить гайки”.

В последующие четверть века (до 2007 г.) отдел судебно-психиатрических экспертиз возглавлял Б. В. Шостакович, который с середины 90-х годов начал обосновывать правоту зачинателей Института

20-х годов, которые вопреки тогдашнему законодательству нередко выносили заключение об уменьшенной вменяемости, и своими работами подвел базу под введение ст. 22 УК РФ. Диаметрально поменялось и его отношение к НПА — динамика, обратная отношению руководства Института. Он гордился, что никогда, ни в 1964, ни в 1974 г., в отличие от А. В. Снежневского и Г. В. Морозова, не ставил генералу Григоренко психотического диагноза. Он дал и достоверный портрет Д. Р. Лунца.

Наиболее выдающимися клиницистами Института были Анатолий Кузьмич Ануфриев, защитивший здесь кандидатскую и докторскую диссертации, и пришедший в 1970-е годы Николай Георгиевич Шумский, который стал автором большинства психиатрических терминов в БМЭ, написал емкий учебник по психиатрии для медучилищ (с Г. В. Морозовым) и — уникальный случай — допущенный в архив, опубликовал на материале экспертиз 1962 – 1983 гг. и интервью А. К. Ануфриева выдающуюся работу “Диагностические ошибки судебно-психиатрической практики” (1997), — детальный клинический анализ и главный вывод относительно причин диагностических ошибок — отрыв судебных психиатров от общей психиатрии, от лечебного дела, от длитель-

<sup>6</sup> Вместе с Бэла Куном устроила такую кровавую баню в Крыму в 1921 г. (более 50 тыс. расстрелянных), что была отозвана.

ного наблюдения за своими подэспертными<sup>7</sup>. Но эта работа не только не используется в качестве пособия, после ее публикации автора вынудили уйти из Центра.

50-летний юбилей Института им. В. П. Сербского ознаменовался в 1971 г. награждением его орденом Трудового Красного Знамени, тогда как намного более успешный его погодок — Московский НИИ психиатрии — только Знаком Почета. Это выглядело достаточно прозрачно, так как преследования диссидентов продолжались, критика WPA нарастала, и даже большая группа научных сотрудников в 1979 г. была уволена. Уже тогда Институт им. В. П. Сербского не случайно назывался “министерством психиатрии” — здесь оседали главные психиатры МЗ СССР и другие ведущие руководители, готовили инструктивные материалы по организации психиатрической и наркологической помощи в стране и был создан ее статистический центр (З. Н. Серебрякова, А. А. Чуркин, Э. А. Бабаян, в последние годы Б. А. Казаковцев).

В 1988 г., в год издания 2-х томного “Руководства по психиатрии” семи стран Варшавского пакта под редакцией Г. В. Морозова, он был устранен с поста председателя правления Всесоюзного общества психиатров и невропатологов, а в 1990 г. — с поста директора Института по требованию WPA. Сменившая его Татьяна Борисовна Дмитриева обнаружила политический и дипломатический талант, что позволило преодолеть бойкот Института и провальный результат инспекции WPA, стать главным психиатром Минздрава, заслужить доверие Владимира Буковского, допустить НПА России к совместным СПЭ и делать либеральные заявления в полном единении с властью. Но со временем войны в Чечне вместе с властью круто изменила курс вплоть до рецидива использования психиатрии в политических целях в форме широкомасштабной “антисектантской” кампании, которую возглавил Институт, где была создана специальная группа проф. Ф. В. Кондратьева. Это обеспечило Т. Б. Дмитриевой пост министра здравоохранения в 1996 – 98 гг., что пресекло либеральный курс и грандиозно укрепило Институт: была создана кафедра социальной и судебной психиатрии на базе I ММИ, организован “Российский психиатрический журнал”, изданы руководства по психиатрии и судебной психиатрии, в том числе, переводные, создано множество организаций, которые она возглавила, множество почетных постов и званий. Все эти преференции, благодаря полной симфонии с властью, в качестве главного приоритета, вплоть до издания трех провластных политических монографий Т. Б. Дмитриевой с критикой Всеобщей Декларации прав человека за негуманность! И “обоснованием” в 2004 – 2005 гг. удушения

негосударственной СПЭ<sup>8</sup> и даже негосударственного освидетельствования<sup>9</sup> (см. стр. 67 в этом выпуске журнала). Но вместе с тем, активное участие в разработке закона о психиатрической помощи приняли сотрудники Института В. П. Котов, Б. В. Шостакович, В. А. Тихоненко, разработавший Этический кодекс психиатра, и Ю. Л. Метелица, докторская диссертация которого положила начало у нас виктимологии. Он, как и А. К. Ануфриев, стал членом НПА России. Его отдел был ликвидирован, после чего он добился выдающихся успехов в Канаде (Калгари), как и Юрий Новиков, ученый секретарь Института, бежавший в 1977 г. из Советского Союза и ставший успешным профессором психиатрии в Гамбурге. Значительная часть сотрудников Института, особенно таких как Б. В. Шостакович, Ю. Л. Метелица, В. А. Тихоненко, были людьми, противоположными недоброю славе Института. Но были и другие, сервильные и despoticные, вплоть до аспиранта Института Радована Караджича, ставшего военным преступником. Но деятельность Института определяли разнообразные и значительные вклады, которые внесли зам.директора Института Ю. А. Александровский в пограничную психиатрию и историю психиатрии, Н. Н. Иванец в наркологию, Б. Г. Кравцов в неформальную психотерапию.

Нынешний руководитель Центра им. В. П. Сербского Зураб Ильич Кекелидзе, специалист по скоропомощной психиатрии и организации психолого-психиатрической помощи в чрезвычайных ситуациях, продолживший курс Т. Б. Дмитриевой, в частности, в отношении разрушительной реформы здравоохранения, является далеко не худшей фигурой. Не по его инициативе Центр им. В. П. Сербского поглотил Московский НИИ психиатрии и Национальный наркологический центр, но сделано это было топорно, без заботы о существе дела. Эта сверхцентрализация, вместо необходимой децентрализации в соответствии с общемировой практикой и математическими моделями, превратила Центр в монстра наподобие окружных ПБ-монстров 1914 года. Неоднократно рекомендованное, последний раз в 1990-х годах, расформирование Центра на отдельные учреждения остается приоритетным путем развития, обеспечивающим конкуренцию и продвижение вперед научных и практических проблем.

Для подавляющего большинства Центр им. В. П. Сербского остаётся, прежде всего, центром судебно-психиатрических экспертиз, тогда как еще полстолетия назад в нем были отдел детских параличей, патологии речи, психотерапевтическая группа, нар-

<sup>7</sup> См. рецензию А. Г. Гофмана в ж. “Социальная и клиническая психиатрия”, 1999, 2, 96 – 98.

<sup>8</sup> Утверждение о независимости государственных экспертов, в частности, права эксперта на особое мнение, всегда было бумажной декларацией и большой редкостью. Такие эксперты отсеивались.

<sup>9</sup> НПЖ, 2005, 2, 67 – 69.

## **Ю. С. Савенко**

кологическое отделение, где лечили высокопоставленных алкоголиков, и т.п. Наконец, в нем был большой блок лабораторий широко известных ученых.

Конечно, нельзя не отметить, что сам предмет судебной психиатрии вовлекает в непосредственное со-прикосновение с карательными органами и под их прессинг. Тем контрастнее грандиозная разница положения в 20-е и 30-е годы, к которым все возвращается. Это выразилось, в частности, еще в 2010 г., в монографии С. Н. Шишкова “Невменяемость”, в которой автор “отказался даже от попыток сформулировать в ее конце некие обобщающие выводы” относительно “решения вопроса о вменяемости — невменяемости”, в отличие от четкой позиции Д. Р. Лунца (1966). Оба игнорируют Н. П. Бруханско-го и В. А. Внукова, но Д. Р. Лунц, по крайней мере, в главном следует позиции Карла Вильманса (1927), учителя К. Ясперса. Для современной обильной печатной продукции Центра им. В. П. Сербского, в частности нескольких руководств по судебной психиатрии под редакцией А. А. Ткаченко, характерна во

многом вполне конструктивная позиция, не реализуемая в достаточной мере на практике.

Все антигерои Центра им. В. П. Сербского в психологическом отношении совершенно разные люди, но последний из них — Ф. В. Кондратьев — наиболее характерен для нашего времени — это яркое талантливое перо, легко поворачивающееся, ничего не стесняясь, в любую сторону соответственно ветру. Это признак психической нормы таких эпох.

Центр им. В. П. Сербского представляет сколок всей нашей государственной системы в миниатюре: здесь есть свои соловьевы и свои жуковы, свои рогозины и мышкины и т.п., но метаморфоз неизбежен, и стадия хищной гусеницы сменится окучиванием, а из куколки выпорхнет бабочка... И по новой. Роли разобраны, кем добровольно, кому навязаны. Такова с древности установленная закономерность, общая для всех сфер, уровней и масштабов. Но на этом поле и в этих границах сохраняется все многообразие.

**Ю. С. Савенко**

## **РЕКОМЕНДУЕМ**

### **Дискуссия о предмете судебной психиатрии и судебно-психиатрической экспертизы в журнале “Психическое здоровье”:**

- А.А.Ткаченко – 2016, 11, 3 – 14  
С.Н.Шишков – 2017, 6, 65 – 71  
А.А.Ткаченко – 2017, 8, 83 – 90  
С.Н.Шишков – 2017, 11, 83 – 90  
Ю.С.Савенко – 2018, 3, 61 – 68  
С.Н.Шишков – 2018, 7, 54 – 61  
Ю.С.Савенко – 2019, 1, 67 – 71  
С.Н.Шишков — 2019, 6, 75 – 82  
Ю. С. Савенко — 2019, 11, 79 – 80

# АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ

---

## Открываем заново расстройства “Я” при шизофрении<sup>1</sup>

Д. Парнас<sup>2</sup>, М. Зандерсен<sup>3</sup> (Копенгаген, Дания)

*Знание расстройств “я” — незаменимый инструмент в диагностике пациента с предполагаемой шизофренией. Такое знание улучшает общение с пациентом и может служить в качестве отправной точки для терапевтического вмешательства*

### Специальное сообщение: шизофрения и психоз

Расстройство собственного “я” может быть фундаментальной фенотипической чертой расстройств шизофренического спектра. Читателю следует иметь в виду, что эта статья была написана с европейской феноменологической психиатрической точки зрения [1]. В англоязычной психиатрии феноменология относится к простому непрофессиональному описанию признаков и симптомов, причем последние описываются преимущественно в их поведенческих аспектах. Симптом рассматривается как четко определенная, квазиобъективная данность [имеющая определенное и независимое существование]<sup>4</sup>, поддающаяся беспроблемной количественной оценке. Например, использование структурированного интервью предполагает представление, в соответствии с которым симптом — уже зрелый фрукт, ожидающий лишь толчка от заранее сформулированного вопроса, чтобы явиться во всей своей полноте [2]. (См.: Значение для практикующего психиатра).

Используемый здесь термин **феноменология** отличается от американского. Он относится к достоверному исследованию, описанию и концептуализации содержания и структур субъективной жизни пациента, и способов существования (например, не только

содержания бреда, но и того, как он возникает, выражается и переживается пациентом). Данный подход включает, как минимум, два следующих аспекта:

1. С пациентом следует беседовать таким образом, чтобы максимально расширить его спонтанные самоописания, из которых можно получить многочисленные конкретные примеры его ненормальных переживаний. Это требует непредвзятого отношения, предохраняющего клинициста от скороспелой материализации и классификации внутренней жизни пациента.

2. В то же время подобное интервью требует от клинициста глубоких знаний и богатого концептуального репертуара. Старое изречение гласит: “Восприятие без понятия слепо”. Другими словами, если вы не начитаны и не обучены, вы не сможете услышать то, что пациент пытается передать.

Упомянутое в названии статьи “открытие заново” касается глубокого расстройства субъективной жизни пациента при шизофрении. Для пациента искажения субъективной жизни часто являются обычным способом существования в мире, и они становятся доступными для интервьюера только тогда, когда удается облегчить саморефлексию и вербализацию больного. Следующая стенограмма интервью с пациенткой, как представляется, дает понимание, того, что положено на чашу весов:

*“Это растворенное “я”... Это действительно растворенное “я”. Я чувствую, что я — везде и ни где одновременно. Это похоже на сон, в котором меня нет. Это похоже на море, где можно увидеть рыб и растения, и есть течение воды. Так я чувствую свое присутствие. Не как рыба или растение, а как течение воды. Моя жизнь — как рукопись, написанная кем-то другим. Я не исключаю, что мое детство было не моим. Что мое детство — чужое и что я каким-то образом его переняла. Если бы вы сказали мне, что на самом деле я говорю вам о моем друге, а не о себе, я могла бы допустить это. Что мои идеи — [не мои, а] из фильма или от другого человека”.*

<sup>1</sup> Psychiatric Times, June 8, 2020, Vol. 37, issue 6; <https://www.psychiatrictimes.com/view/rediscovering-disordered-selfhood-schizophrenia>

<sup>2</sup> Josef Parnas, MD, DrMed Sci — профессор психиатрии, Центр психического здоровья Glostrup, факультет здравоохранения и медицинских наук, университетский госпиталь Копенгагена, Центр исследования субъективности в Копенгагенском университете.

<sup>3</sup> Maja Zandersen, MSc, PhD — клинический психолог и преподаватель, Центр психического здоровья Glostrup, университетский госпиталь Копенгагена и факультет социальных наук Копенгагенского университета.

Авторы сообщают об отсутствии конфликта интересов, касающихся содержания данной статьи.

<sup>4</sup> Здесь и далее в квадратных скобках вставки переводчика.

Этот очень метафорический и впечатляющий рассказ создает представление, что пациентке, кажется, не хватает стабильного и прочного ощущения себя как “якоря” и отправной точки. Обычно наше самоощущение пронизывает наши мысли, восприятие и чувства. Пациентка испытывает разобщение себя и своего мышления, речи и воспоминаний, что приводит к глобальному самоотчуждению. Несмотря на то, что такие яркие описания встречаются нечасто, большинство пациентов способны выразить словами, хотя и менее содержательно, подобные переживания.

### Что такое “я”?

Феноменология различает повествовательное “я” (личность) и минимальное или базовое “я” [3]. Если вы спросите случайного человека на улице: “Кто Вы?” человек может ответить: “Я — Пол Браун, 30 лет, работаю инженером”, и он может продолжить рассказывать о своей жизни, своих характерных чертах, когнитивных способностях, предпочтениях, целях и так далее. Этот уровень “я” мы, обычно, называем **личностной идентичностью** или, говоря техническим языком, **нarrативным я**.

Это сложная и постоянно развивающаяся личность и самоидентификация, закреплённая в биографии человека и, в значительной степени, зависящая от языка и памяти. Это нарратив, который вносит вклад в создание целостности “я” для нас самих и для других людей. Однако Пол Браун, конечно же, не скажет нам, что все, что он переживает, он переживает от первого лица; между тем, взгляд от первого лица является условием появления всех этих сложных черт личности.

Это уровень так называемого **минимального** или **базового “я”**, на котором мои психические акты (например, восприятие, мышление, запоминание) воспринимаются как мои собственные. Когда я о чем-то думаю, я не спрашиваю себя, кто думает. Но это измерение меня (“я” или “мое”) является просто неявным, автоматическим и предрефлексивным измерением всей моей психической жизни. Это элементарное чувство “я” также подразумевает чувство “самосовпадения” (я всегда заодно с собой) и аффективно чувствуемое присутствие самого себя, а также постоянство своего “я”.

Это базовое “я” — сокровенное ядро, вокруг которого формируются и объединяются более сложные черты нарратива. Мы считаем, что центральное нарушение при шизофрении и шизотипическом расстройстве заключается в нестабильности базового “я”, что приводит к различным видам самоотчуждения, основным проблемам идентичности и целому ряду когнитивных и других нарушений.

### Историческая справка

К концу 1990-х годов мы предположили, что фундаментальной фенотипической особенностью расстройств шизофренического спектра является нестабильность в самых основных эмпирических структурах сознания (т.е. расстройства “я”), идея, первоначально выдвинутая учеными, которые создали концепцию шизофрении (Kraepelin, Bleuler, Schneider, Minkowski) [4]. Наша гипотеза была основана на эмпирическом изучении американо-датских исследований групп высокого риска [заболевания шизофренией], генетической связи, а также на клиническом опыте с пациентами с первым шизофреническим эпизодом [4]. В процессе исследования мы заметили, что пациенты с начинающейся шизофренией постоянно предъявляли жалобы на пугающие их расстройства, концентрирующиеся вокруг того самого чувства своего “я” (например, описывали нестабильное ощущение “самоприсутствия”, целостности и устойчивости личности). Пациенты жаловались на отсутствие “основы” в себе, на недостаток некой субстанциальности, которая могла бы служить фундаментом для их жизненной позиции, на чувство эфемерности собственного бытия, ощущение, что реально они не присутствуют ни в самих себе, ни в мире, и испытывают нарастающее отчуждение в виде дистанцированности их собственных ощущений себя, как субъекта, от их мыслей и восприятий.

Они также жаловались на утрату смысла и ощущения естественности и очевидности окружающего мира, и социальных отношений, “кажется, что у других есть какие-то знания, которых мне совершенно не хватает” (то есть, с феноменологической точки зрения, расстройства здравого смысла) [5]. Это не вопрос понимания сложных когнитивных задач, а просто отсутствие настроек и резонанса, неспособность уловить пропорции, уместность и значимость.

Эти расстройства обычно начинаются в детстве или подростковом возрасте и влекут за собой чувство отличия от других в самом фундаментальном смысле, влияя на переживание своей внутренней жизни, мира и социальных отношений. Мы полагали, что систематическое описание расстройств “самости” возродит интерес к внутренней жизни пациентов с шизофренией. В сотрудничестве с психиатрами из Дании, Норвегии и Германии, а также с философом, мы разработали феноменологически ориентированный психометрический инструмент для полуструктурированного обнаружения и регистрации расстройств “я”: EASE [6].

EASE состоит из пяти доменов: отчуждения в когнитивной сфере, расстройства основного “я”, расстройства воплощения, расстройства границ “эго” и экзистенциальные изменения. Всего — 57 элементов, иногда разделенных на подтипы. Имеются также правила выставления оценок и руководство, знакомящее с некоторыми теоретическими вопросами и дающее рекомендации по проведению собеседования. EASE демонстрирует высокую степень надежности межэкспертных оценок у подготовленных интервьюеров (Каппа около 0,80) и высокую внутреннюю согласованность (альфа Кронбаха около 0,90) [7].

### Эмпирические исследования

EASE использовался во многих последующих эмпирических исследованиях. Эти исследования однозначно подтвердили нашу гипотезу, обнаружив, что у пациентов с шизофренией и шизотипическим расстройством наблюдается значительная гиперагрегация нарушений “я”, в сравнении с пациентами с другими непсихотическими расстройствами и биполярным психозом [8]. Расстройства “я” облегчают дифференциацию расстройств шизофренического спектра и пограничного расстройства личности, обсессивно-компульсивного расстройства, расстройств аутистического спектра [9–12].

Расстройства “я” не связаны с нейрокогнитивными дисфункциями и слабо или умеренно коррелируют с позитивными и негативными симптомами [7]. Они обнаруживают замечательную стабильность во времени в течение 5–7 лет и являются предикторами развития психоза в популяции сверхвысокого риска [8, 13, 14]. Недавнее проспективное исследование подростков, которые обращались за помощью, но не обнаруживали нарушений психотического уровня, дало достаточно точный прогноз появления расстройств шизофренического спектра (шизофрения и шизотипическое расстройство) в раннем взрослом возрасте, за 7 лет до его возникновения (чувствительность 78 % и специфичность 67 % при пороговом балле 6 EASE-задания) [15]. Важно иметь в виду, что расстройства “я”, как устойчивый признак, одинаково характерны и для шизотипического расстройства, и для шизофренического психоза. Появляется новая нейробиологическая литература о расстройствах “я” [16, 17].

Эмпирические исследования согласуются с гипотезой о том, что расстройства “я” образуют базовый фенотип шизофрении. Кто-то, пожалуй, может рассматривать это утверждение как банальность или тавтологию, поскольку сама оригинальная концепция шизофрении была конститутивно связана с клиническими доказательствами дезинтеграции “я”.

Ниже приводится наглядный случай эволюции шизофрении [18].

### Клинический случай

“Ола” — 31-летняя незамужняя женщина, работает в больничной лаборатории биохимиком. Она всегда была обособленной и чувствовала себя нелюдом в компании других. Ей нравится быть одной и заниматься “анализом” (то есть пытаться обдумывать важные экзистенциальные вопросы). Часто она может быть настолько погруженной в себя, что чувствует себя беспечесной или даже несуществующей.

Ола сообщила о двух предыдущих эпизодах того, что она называла “депрессией”, когда она оставалась дома, проводя время в Интернете с инвертированным ритмом сна и бодрствования. Она поступила в психиатрическое отделение, потому что ее беспо-

коили мысли о том, что при рождении ее подменили на другого ребенка. На вопрос об ее имени и возрасте она отвечала, что не может сказать, потому что не знает, кем она родилась и, следовательно, не знает свою истинную идентичность. Эта замена стала очевидной для нее 8 месяцев назад, когда у нее появилось беспокойство и охватившее ее чувство собственной незащищенности, после того, как она прочитала несколько старых семейных писем. Стиль писем и некоторые особенности почерка давали ей понять, что в письмах содержится скрытое сообщение об ее подмене в младенчестве. После этого она занялась поиском в Интернете своих биологических корней и обнаружила, что она — тайный потомок еврейской мистической семьи, известной с 200 г. до н.э. У нее создалось впечатление, что посторонние на улице знали, что она тайный потомок, и что люди могли читать ее мысли.

Она почувствовала облегчение, обнаружив такое объяснение, потому что всегда чувствовала, что что-то “не складывается”. Она всегда ощущала себя “странный” или “просто неправильной”; у нее была склонность наблюдать за собой в процессе разговора с другими людьми, как если бы появлялось “дополнительное сознание”, касающееся того, как ей следует говорить, как выглядят ее лицо и руки. Она чувствовала, что люди никогда не обращались к ее истинному “я”: “Когда люди говорили со мной, они говорили с другим ребенком, а не со мною настоящей. Это потому, что меня заменили другим ребенком... Общение [с другими людьми] идет наперекосяк с самого начала, потому что у меня нет моей настоящей идентичности, и меня принимают за другую... Нет никакой связи между тем, кто я, и кто — другой ребенок, они не знают, кто я, и я тоже этого не знаю. Раньше я не могла этого объяснить. Всю мою жизнь это был просто вопросительный знак: почему я не ощущаю себя на своем месте?”

В этом случае расстройство базового “я” и идентичности является очевидным и носит явно бредовый характер. У Олы развилось то, что называется *первичным бредом* или *бредовым восприятием*. Этот бред — не просто ложное представление о каких-то вещах в эмпирическом мире, он, скорее, отражает измененную структуру “я” (отсутствие базовой идентичности), которая наполняется бредовым содержанием [19]. Наша пациентка описывала чувство “непринадлежности” себе с раннего детства. Только позже оно было тематизировано, как (бредовая) идея подмены ее в младенческом возрасте; более того, этот бред, по-видимому, ведет к некоему психологическому объяснению [для пациентки в отношении происходящего с нею]. Таким образом, ощущение отличия от других предшествует обнаружению того, в чем оно состоит<sup>5</sup>.

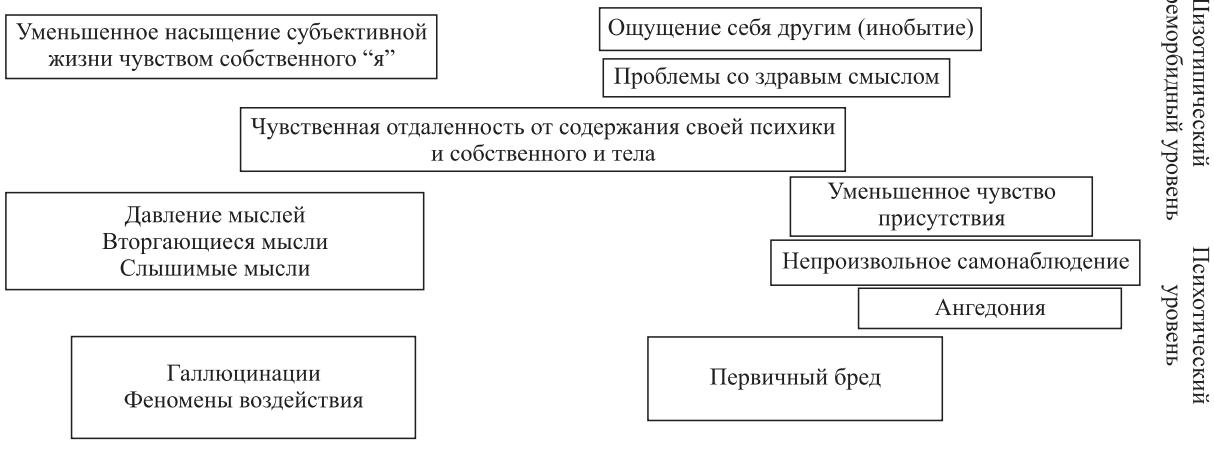
<sup>5</sup> Курсив переводчика.

<sup>6</sup> В круглых скобках вставка переводчика.

### Значение для практикующих психиатров

- Симптоматика расстройств шизофренического спектра вытекает из нестабильности наиболее глубинного уровня самоощущения
- Знание расстройств “я” — незаменимый инструмент в диагностике пациента с подозрением на развитие шизофрении
- Такое знание улучшает общение с пациентом и может служить в качестве отправной точки для терапевтического вмешательства

### Схематическое изображение психопатологических феноменов при шизофрении на шизотипическом и психотическом уровнях



В немецкой психиатрии этот феномен известен как *Anderssein* (Инобытие<sup>6</sup>) [20]. Он относится к ощущению принципиально иной экзистенциальной позиции, которую, пациент, очевидно, не может легко концептуализировать и вербализовать, и вместо этого использует расплывчатые, общие термины, такие как “я чувствовал себя как-то не так”. Переживание *Anderssein* весьма специфично для расстройств шизофренического спектра, но практически неизвестно современной психиатрии.

Казалось, что у нашей пациентки расстройство здравого смысла; она чувствовала себя некомфортно в компании других и обнаруживала феномен “непроизвольного самосвидетельствования”, когда она невольно наблюдала себя во время взаимодействия с другими. Это отличается от интроспективного самонаблюдения, потому что чувство субъективности, так сказать, удваивается, и ни одно из “двух сознаний” не функционирует как полноценная личность.

Представляется, что расстройства “я” этой пациентки сыграли генеративную роль в ее психопатологии. Схематическое феноменологическое предложение эволюции симптомов представлено на рисунке.

Резюмируя, можно сказать, расстройство основного “я” при шизофрении привело к самоотчуждению, когда фрагменты “я” становятся “другим”, что проявлялось в виде голосов, внешних влияний или характерных бредовых расстройств.

### Выводы и заключение

Изучение расстройств “я” имеет важные теоретические и терапевтические последствия. Шизофренический спектр рассматривается не как случайная смесь и бессмысленная коллекция позитивных и негативных симптомов, но как выражение глубоких структурных изменений субъективной жизни, которые часто причиняют страдания, других патологических феноменов и разнообразных дисфункций [21]. Знакомство с расстройствами “я” позволяет клиницисту понять определенные значимые модели психопатологии и заново очеловечить отношения между пациентом и врачом. Кроме того, такое знакомство улучшает дифференциальную диагностику, особенно на ранних стадиях болезни, и открывает новые психотерапевтические подходы. Наконец, патогенетиче-

ское сосредоточение на базовом фенотипе может быть более полезным и плодотворным, чем изучение причинно-отдаленных симптомов, таких как бред и галлюцинации.

**Перевод с англ. В. В. Мотова**

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Parnas J., Sass L. A., Zahavi D. Rediscovering psychopathology: the epistemology and phenomenology of the psychiatric object. *Schizophr Bull.* 2013; 39: 270 – 277.
2. Nordgaard J., Sass L. A., Parnas J. The psychiatric interview: validity, structure, and subjectivity. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2013; 263: 353 – 364.
3. Zandersen M., Parnas J. Identity disturbance, feelings of emptiness, and the boundaries of the schizophrenia spectrum. *Schizophr Bull.* 2019; 45: 106 – 113.
4. Parnas J., Henriksen M. G. Disordered self in the schizophrenia spectrum: a clinical and research perspective. *Harvard Rev Psychiatry.* 2014; 22: 251 – 265.
5. Parnas J. A disappearing heritage: the clinical core of schizophrenia. *Schizophr Bull.* 2011; 37: 1121 – 1130.
6. Parnas J., Måller P., Kircher T., et al. EASE: examination of anomalous self-experience. *Psychopathol.* 2005; 38: 236 – 258.
7. Nordgaard J., Parnas J. Self-disorders and the schizophrenia spectrum: a study of 100 first hospital admissions. *Schizophr Bull.* 2014; 40: 1300 – 1307.
8. Haug E., Lien L., Raballo A., et al. Selective aggregation of self-disorders in first-treatment DSM-IV schizophrenia spectrum disorders. *J Nerv Mental Dis.* 2012; 200: 632 – 636.
9. Zandersen M., Parnas J. Exploring schizophrenia spectrum psychopathology in borderline personality disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* July 2019; Epub ahead of print.
10. Zandersen M., Henriksen M. G., Parnas J. A recurrent question: what is borderline? *J Personal Disord.* 2019; 33: 341 – 369.
11. Rasmussen A. R., Nordgaard J., Parnas J. Schizophrenia-spectrum psychopathology in obsessive-compulsive disorder: an empirical study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* May 2019; Epub ahead of print.
12. Nilsson M., Arnfred S., Carlsson J., et al. Self-disorders in asperger syndrome compared to schizotypal disorder: a clinical study. *Schizophr Bull.* May 2019; Epub ahead of print.
13. Nelson B., Thompson A., Yung A. R. Basic self-disturbance predicts psychosis onset in the ultra high risk for psychosis “prodromal” population. *Schizophr Bull.* 2012; 38: 1277 – 1287.
14. Raballo A., Preti A. The self in the spectrum: a closer look at the temporal stability of self-disorders in schizophrenia. *Psychopathol.* 2018; 51: 285 – 289.
15. Koren D., Tzivoni Y., Schalit L., et al. Basic self-disorders in adolescence predict schizophrenia spectrum disorders in young adulthood: a 7-year follow-up study among non-psychotic help-seeking adolescents. *Schizophr Res.* December 2019; Epub ahead of print.
16. Nelson B., Lavoie S., Gaweda L., et al. Testing a neurophenomenological model of basic self disturbance in early psychosis. *World Psychiatry.* 2019; 18: 104 – 105.
17. Sandsten K. A., Nordgaard J., Kjaer T. W., et al. Altered self-recognition in patients with schizophrenia. *Schizophr Res.* January 2020; Epub ahead of print.
18. Parnas J., Zandersen M. Phenomenology of a disordered self in schizophrenia: example of an integrative level for psychiatric research. In Kendler K. S., Zachar P., Parnas J., Eds. *Levels of Analysis in Psychopathology: Cross-Disciplinary Perspectives.* Cambridge: Cambridge University Press; 2020.
19. Parnas J., Henriksen M. G. Mysticism and schizophrenia: a phenomenological exploration of the structure of consciousness in the schizophrenia spectrum disorders. *Conscious Cog.* 2016; 43: 75 – 88.
20. Motabayashi Y., Parnas J., Motabayashi Y., et al. The schizophrenia in the self-consciousness of schizophrenic patients, by Mari Nagai (1990). *Hist Psychiatry.* 2016; 27: 493 – 503.
21. Sass L. A., Parnas J. Schizophrenia, consciousness, and the self. *Schizophr Bull.* 2003; 29: 427 – 444.

### **Всемирная психиатрическая ассоциация 20-й всемирный конгресс по психиатрии**

**ПСИХИАТРИЯ В НЕСПОКОЙНОМ МИРЕ**

*10 – 13 марта 2021 г., Бангкок, Таиланд*

**wcp-congress.com**

### **29-й европейский конгресс по психиатрии**

**ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННАЯ И КОМПЛЕКСНАЯ  
ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В ЦИФРОВУЮ ЭПОХУ**

*10 – 13 апреля 2021 г., Флоренция, Италия*

**era2021.kenes.com**

# К теории психиатрии.

## Идя вперед, нужно постоянно оглядываться назад

### Часть 6

*К 100-летию закона гомологических рядов  
Николая Вавилова*

В очередной части текста показано, что закон гомологических рядов Н. Вавилова представляет продуктивный пример подобия для многих других предметных областей разного уровня, охвата и масштаба, если не смешивать понятия аналогии и гомологии, с учетом также четких границ адекватного применения. Такой же метатеоретический характер носят понятия “поля”, “плана развития”, “архетипа” и др. Давняя история их неприятия была связана с идеологизацией науки, смешения идеального (дедуктивного, теоретического) и реального (индуктивно-эмпирического) подходов, пока математическая теория фракталов не показала их универсальность в природе и условность наших аналитических понятий. Но рабочие теории психиатрии неизбежно будут носить фрагментарный характер.

**Ключевые слова:** теория психиатрии, понятия “гомология” (подобия), “поля”, “плана развития”, “языка”, фракталов, хаоса.

#### От метатеорий через гомологию к теории психиатрии

Закон гомологических рядов наследственной изменчивости Н. Вавилова (1920, 1922 англ.изд.) [1], сразу показавший прогностическую способность, получивший международное признание, успешно примененный в гистологии (А. А. Заварзин, 1923) и палеонтологии (Д. Н. Соболев, 1924), как основной принцип морфологии, долго не использовался достаточно широко, вопреки своей значимости. А. А. Любищев (1957) [2] объяснял это тем, то пришло было “радикально пересматривать наши общебиологические взгляды”. Его блестящая, тщательно аргументированная критика ортодоксального дарвинизма была продолжена С. В. Мейеном и Ю. В. Чайковским в соответствии с грандиозными успехами молекулярной генетики, которые значительно усложнили и подвинули наши представления по сравнению с учебниками даже последнего времени. Теперь доказано существование, наряду с дивергентной эволюцией, широкой представленности параллельной и сетевой эволюции, правота многих идей номогенеза (Л. С. Берг) [3].

Представление о гомологических рядах универсально не только в биологии. При всем различии однослойных и многослойных наук, на оба типа распространяются некоторые общие положения. Это, например, кибернетический взгляд, видящий во всех слоях и уровнях общий аспект связи, контроля и управления, а не трансляцию по аналогии биологических и физических понятий в психологию и социологию, справедливо подвергнутую уничтожающей критике М. Н. Руткевичем в 2001 г. [4] как научно совершенно несостоятельной. Речь может идти только о метатеоретическом подходе, о частных и частичных гомологиях, т.е. о подобии в различных отноше-

ниях, но не аналогиях, не внешнем сходстве, не кальках. Так, физическое время, которое постоянно, равномерно и не зависит от внешних влияний, даже называют количественным, в отличие от качественных — “социального времени”, которое регулируется обществом, и “психологического времени”, которое переживается индивидом. И то, и другое (но по-разному) неравномерно, оно то сгущается, то растягивается и подвержено многим влияниям, как и “психологическое пространство”, которое претерпевает всевозможные искажения, деформации, наглядно передаваемые художниками экспрессионистами и хорошо известное психоневрологам. Четырехмерное пространство Германа Минковского отличается от ньютонауской физики тем, что три пространственные координаты и временная внутренне связаны, а не являются независимыми друг от друга. Если понятие хронотопа М. Бахтина конгруэнтно своему месту в гуманитарных науках, то в физике оно адекватно только для скоростей, приближающихся к скорости света, т.е. для квантовой механики, бесконечно далекой от классической ньютонауской механики, в мире законов которой существуют люди. М. Н. Руткевич так же ясно показал “несостоятельность подмены соотношения двух объективных факторов (в принципе дополнительности Н. Бора) соотношением объективного и субъективного в общественных науках, как не более чем поверхностной аналогии” [5].

Высоко эвристичное понятие “поля”, изначально виртуально всеобщего, затем открытого в качестве физического феномена электромагнитного поля и эмбрионального в биологии, психологического, социально-психологического, микро- и макро- социокультурального, в конечном счете оказалось не физикализмом, и не биологизмом в психологию. Оно не только принципиально отличалось на каждом уровне,

но было противоречивым даже на одном уровне. Акцентировались либо внутренне присущие, либо внешние силы, а потом еще сила формирующегося в ходе индивидуального развития целого. Так, зародыш, доступный наблюдению первоначальной микроскопии, выглядел достаточно развитым, что послужило концепции преформизма (бесконечных вложений) и противостоящего ему эпигенеза (последовательного развития), — альтернативы, снятой представлением Карла Бэра о вложении **плана развития**, а не готового организма. Идеи “гомологии”, “поля”, “плана развития”, “архетипа”, подробно обсуждавшиеся еще Гете<sup>1</sup> и др., восходят к Платону и Аристотелю. Пренебрежительное отношение к ним позитивистов как метафизике, схоластике, натурфилософии, идеализму не помешали им обрести подтверждение в современной математике и науке, не претендующих на завершенность своего понимания. Например, Карл Бэр, единственный, кто в середине XIX века полностью отрицал наследование приобретенных признаков, писал: “Каждый главный тип животной организации следует особому плану развития... План развития есть не что иное, как становящийся тип, и тип есть результат плана развития... Именно поэтому тип можно познать в полноте только из его способа развития”. “Надо весьма решительно различать только идеальное родство от генетического или генеалогического родства. Идеальное родство это только сходство строения” (1828). А современник и критик Дарвина Ричард Оуэн превратил понятия “архетипа” (1848) и “гомологии” (1855), которые он заимствовал из геометрии (“части, которые имеют те же пропорции”), в самостоятельные концепции [6 – 10].

Вопреки до сих пор широко распространённым представлениям, подтвердился тезис Яакоба Икскуля, согласно которому онтогенез — вовсе не последовательность клеточных делений, не самосборка клеток, подобно монтажу механических часов из отдельных частей, а целостная форма (биополе), которая постепенно дифференцируется. Т.е. “онтогенез задан не на языке деления клеток, а в терминах преобразования формы, зародыша как целого”. Он протекает “не по центростремительной, а по центробежной модели: части собираются по совершенно противоположным принципам, но в согласии с одним и тем же планом”

<sup>1</sup> Классические научные работы Гете “Метаморфозы растений”, “О форме тела у животных”, “Введение в сравнительную анатомию” были отвергнуты и опубликованы только спустя 30 лет, а его открытие межчелюстной кости (1784) — через 36 лет, в полном виде — спустя 46 лет. Они были признаны высоко продуктивными, как и в ожесточенном споре с ньютоновской физической теорией света. Гете оказался зачинателем психофизиологии света. Мы видим, что бытовавшие представления не могла поколебать даже предъявленная кость, как прежде — метеориты. Но история советской науки превзошла это.

(Ю. В. Чайковский) [10]. Мы видим, что понятие поля, на примере биополя, смыкается с понятием “плана развития”. Для живой природы в целом — это реализация своего существования каким угодно способом, отсюда поразительное разнообразие флоры и фауны в единстве со средой обитания.

Понятие “плана развития”, как конкретизация самовоспроизведения — основного признака живого, — имеет совершенно разные значения и механизмы реализации на других уровнях — биологическом (А. Гурвич) [11], психологическом (К. Левин) [12], лексико-семантическом (Й. Трир) [13] и др., и доведено до математического выражения в теории множеств (самоподобные фракталы) (Б. Мандельброт) [18].

Подобие существует не только в горизонтальном (горизонт, поле, охват сканирования), но и в вертикальном (слой, уровень, таксономический ранг), сагittalном (масштаб рассмотрения) и временном (историческом) разрезах и целостно, как рассказ, нарратив.

Обратимся в качестве гомологического примера к азбуке молекулярной генетики, известной уже более полустолетия, четко изложенной, например, в книге В. А. Ратнера “Генетические управляющие системы” [14]. Молекулярно-генетические функциональные единицы генетического кода излагаются в порядке возрастания их размеров, а точнее, генетических процессов, в которых они участвуют как целое.

Это четыре **субклеточных** иерархических уровня линейно упорядоченных компактных совокупностей, из которых самые элементарные единицы — **кодоны**, т.е. тройки нуклеотидных остатков (азотистых оснований) в ДНК или РНК, кодирующих включение одной аминокислоты в биосинтез белка. Их 50 – 60, они однозначны и универсальны для всех генетических систем, всех форм жизни на Земле (от фагов и бактерий до человека) (К. Н. С. Crick). Второй уровень — **цистроны**, т.е. совокупности кодонов, определяющие первичную структуру отдельной молекулы белка и элементарные биологические функции. Цистроны содержат 102 — 103 кодона. Третий уровень — **опероны**, т.е. совокупности цистронов, считываемых как целое в процессе синтеза м-РНК на ДНК. Четвёртый уровень — **репликоны**, совокупности последовательностей оперонов, принадлежащие определенной молекуле ДНК и редуцирующиеся как целое. Клеточный уровень начинается с **сегрегонов** — последовательностей репликонов, объединённых общностью процессов рекомбинаций в процессе мейоза и митоза. Морфологически сегрегон соответствует хромосоме. Два других уровня это **геним клетки**, который выступает как часть памяти генетической управляющей системы, и **генотип клетки** — совокупность генетических единиц всех рангов, т.е. иерархия генетических единиц.

С лингвистической точки зрения, генетический способ записи информации осуществляется двумя

тесно связанными “языками” — **полинуклеотидным**, алфавит которого содержит четыре знака, — А, Т, Г и Ц (аденин, тимин, гуанин, цитозин), из которых строятся трёхбуквенные “слова”, и **полипептидным**. Его алфавит состоит из 20 знаков, каждый из которых (аминокислотный остаток) отвечает слову полинуклеотидного “языка”, которому он изоморfen. Оба “языка” — из линейно-упорядоченных знаковых конструкций низших рангов. Линейность упорядочения — фундаментальное свойство всех материальных носителей генетической информации, только генотип не имеет линейного характера. С повышением ранга жесткость ослабляется, и в полипептидном “языке” взаимная линейная упорядоченность смысловых конструкций значительно меньше, чем в полинуклеотидном, а смысловая конструкция высших рангов обоих “языков” не является изоморфной друг другу. Это касается даже менее жесткой детерминации пола у людей по сравнению с мышами (Э. Мак-Ларен) [15].

На **языке** теоретической лингвистики, выступающей в качестве одной из универсальных метатеорий, кодоны — это слова, цистроны — фразы, опероны — абзацы...

Не все и не во всем ряды гомологичны, не все линейны, не все являются полными, не все представляют жесткие последовательности, ими не исчерпываются пути и способы развития. Это задача конкретных исследований в каждой области знания на определённом уровне, в определенных границах и условиях, но общий эскиз, схема, план, скелет, метатеоретический образец указывает нам подобие искомой теории в качестве первоначальных границ. Наследуются не только морфологические и функциональные характеристики, но также фигуры поведения (например, ритуальные танцы птиц, их пение), а у *homo sapiens* способность к рефлексии, выходу на символический уровень, духовности, и обеспечивает возможность преодолевать любые биологические потребности, даже саму жизнь. Для нас здесь примечательны многоступенчатость и первоначально линейные и жесткие процессы и последовательность еще на молекулярном микроуровне, которые на следующем клеточном микроуровне становятся все менее жесткими. Гомологии настолько очевидны, что побудили даже к гиперbole: что “процессы молекулярного и клеточного узнавания и поисковой активности, например, растущий нейрон “выступает как индивид”, и что “то же (на меньшем масштабе) можно сказать про активность растущей микротрубочки” [10].

Концепции должны обгонять эмпирию, опираясь на научные и культурные достижения разных эпох в разных предметных областях. Яркий пример — Н. К. Кольцов, сумевший в 1928 г. предсказать в общем виде молекулярную структуру и процесс репликации задолго до появления рентгено-структурного анализа. Приговаривавшийся к расстрелу в 1920 г., травимый вплоть до смерти в 1940 г., и в этих услови-

ях превзошедший западную евгенику, он был по достоинству официально оценен только в 2000 г. [16].

Теоретическая генетика, как ядерная для биологии, постепенно превращает биологию из только описательной науки в науку точную<sup>2</sup>. Мы видим, что гомологический ряд этих представлений образует и система понятий теоретической лингвистики: буква — слово — фраза — абзац — глава — раздел — за-конченный текст. И для лингвистики характерна многомерность. Так, лингвистическая экспертиза не может ограничиться анализом текстов а нуждается в аудио- и видео-записи, в силу различных фонологических характеристик, прежде всего, интонации, пантомимическом контексте, конкретном для подэкспертного ситуационном субъективном и объективном контексте.

Математические модели генетики, биологии, психологии, как однослойных наук, так и многослойных, например, экологии, оказываются лишь общим “скелетом” и не отменяют, не исчерпывают и никогда не исчерпают соответствующих описательных наук, которые правильнее называть не устаревшими, а необходимым этапом изучения и масштабом рассмотрения другого ранга, в совершенно нейтральном, а не ценностном смысле слова. Понятия ранга, слоя, уровня преследуют дидактические, сравнительные и таксономические цели для адекватности решаемой конкретной задачи. Это метатеоретический уровень, т.е общий для всех научных представлений.

Самовоспроизведение, как выяснилось, не уникальная характеристика живой природы, достаточно вспомнить морозные узоры на стеклах, горные рельефы на аэроснимках, облака, морские приливы и отливы, водовороты, смерчи и т.п. В выделившейся из области нелинейной динамики математической теории хаоса сформировался раздел, получивший название **теории фракталов** — бесконечно повторяющихся уменьшающихся самоподобных процессов, явлений, изображений, математических функций, так называемой фрактальной (дробной) размерности или размерности подобия [18].

Для нас, как медиков, значимо, что этот раздел математики возник в процессе изучения Бенуа Мандельбротом “появления монстров и других патологий в природе... и нонсенсов в различных разделах мате-

<sup>2</sup> Современное значение этого именования — “наука, умеющая определить меру своей неточности”. А. А. Любящев приводит множество примеров, опровергающих слова Фридриха Энгельса, ставшие даже для психиатров диагностическими: “Но ведь существуют же истины, настолько твердо установленные, что всякое сомнение в них представляется нам равнозначным сумасшествию. Например, что дважды два четыре, что сумма углов треугольника равна двум прямым... Поэтому науки об этом и были названы точными”. И то, и другое оказалось верным: одно для микро- и макро- мира, другое для повседневной человеческой жизнедеятельности. (А. А. Любящев) [17].

матики... *Фрактал* это статичная геометрическая конфигурация, как мгновенный снимок водопада. *Хаос* — термин динамики, подобной турбулентному поведению погоды..., непредсказуемой, что не эквивалентно случайному поведению. Математический хаос — это характерная черта именно детерминированных динамических систем, в силу **существенной зависимости от начальных условий, даже их малейших отклонений.**” “В физиологии встречается как “хороший”, так и “плохой” хаос” (J. Gleick) [18, 19]. Изучению фракталов широкие возможности открыло компьютерное моделирование.

Наконец, универсальный характер носит математическая теория катастроф. Все хорошо и задолго предвиденные (одним из ее разработчиков академиком В. И. Арнольдом) следствия которой мы испытываем в результате разрушительной реформы оптимизации службы здравоохранения, науки и образования. Так, математические модели, достигшие высокой прогностической значимости, оказываются невостребованными из-за зависимости от имперских амбиций и коррупционных интересов властей. Из этого видно, что пространство, разделяющее математические модели и конкретные прогнозы, должно быть заполнено анализом на всех ступенях лестницы качественно различных уровней. Попытки коррелировать характеристики биологического уровня с личностным поведением, опуская характеристики промежуточных уровней, чреваты неизбежными ошибками. Примером чего может служить знаменитый довод Ю. А. Филиппенко (1925)<sup>3</sup>, повторенный Г. Г. Мёллером в 1936 г.: идея наследования приобретенных свойств служит основой расизма [16].

**Теория психиатрии** необходимым образом должна быть более конкретной. Но изложенное представление открывает ясную перспективу в отношении построения теории, ранг которой адекватен исследовательской задаче, с пониманием необходимости встраивания в соседние, более общие и менее общие, ранги. Это значит, одновременно в направлении к микросимптомам и к более общим синдромам, т.е синдромальную и внутрисимптомную динамику на психопатологическом уровне и соответствующую им динамику на биологическом, психологическом и смысло-ценностно-содержательном уровне в повседневной жизни. Выделение основных стереотипов развития, нахождение основных факторов, определяющих направление этого развития, укажут и наши лечебно-профилактические меры, позволяя сделать это на наиболее ранних этапах.

Все это общетеоретично и, таким образом, довольно банально. Но более конкретные рабочие теории

психиатрии будут носить **фрагментарный характер**. Новизну будет привносить включение в рассмотрение ранее не учитывавшихся либо недооцениваемых факторов, прежде всего, временного измерения: какова та клинически доступная минимальная длительность, которая дает возможность делать значимые прогнозы направления течения и степени тяжести расстройств. А это и есть критерий искомой теории, ее способности делать такие прогнозы.

Приведенные здесь примеры показывают, что критика утверждения Людвига фон Берталанфи, что установление логических гомологий продвигает нас на пути объяснения, с позиций вопросов “Ну и что?”, “Что это дает?”, “Чему это учит?”, является узко прагматической ограниченной проблематикой этих авторов, не видящих неисчерпаемости такого подхода во множестве других, игнорируемых и/или невидимых ими направлениях. В частности, в отношении формирования все более конкретных теорий разного уровня, используя успехи других дисциплин. В этом отношении метафорой, вырастающей во вдохновляющий символ, может быть пример в начале этого текста: живя в мире ньютоновской физики, мы одарены разумом и интуицией, которые доступны физике, только приближающейся к скорости света.

Впечатляющий пример смешения гомологии с аналогией, т.е. подмены научного понятия некорректным, ненаучным, дала постсоветская психиатрия: для исполнения заказа на подавление неугодных религиозных организаций: проф. Ф. В. Кондратьев из Центра им. В. П. Сербского изобрел, по его собственному горделивому заявлению, понятие “сектомания”, как варианта наркомании, стирая границу химических и психических аддикций, и совсем наивно-буквально понимая марксистское: “религия — опиум для народа”, вот только избирательно в отношении чуждых, а не своих религиозных организаций. Тогда как, опиум в адекватных дозах — полезное лекарство. Все в термине “сектомания” ненаучно: секты характеризуются очень высоким барьером приема в организацию, а не залучают к себе, а манией называется естественная аффилиация, т.е. притяжение к привлекательной группе, из которой спустя не более трех лет большинство членов выходит. Т.е. никакой прогредиентной, необратимой патологической зависимости не отмечается. Таковы контрасты нашей действительности, когда иные ведущие специалисты ведущих учреждений подверстывают науку к любым заказам власти, что обычно оборачивается наукоподобием, вместо того, чтобы формировать и активно предлагать проекты развития.

## **ЛИТЕРАТУРА**

1. Вавилов Н. И. Закон гомологических рядов наследственной изменчивости — Л., 1980.
2. Любичев А. А. Проблемы формы, систематики и эволюции организмов. — М., 1982.

<sup>3</sup> Если бы наследование приобретенных свойств существовало, то у пролетариев и крестьян ценных генов было бы “неизмеримо меньше”, чем у других классов, живших в особых благоприятных условиях.

## Ю. И. Полищук

3. Берг Л. С. Труды по теории эволюции (1922 – 1930). — Л., 1977.
4. Руткевич М. Н. Макросоциология. Методологические очерки. — М., 1995, с. 43 – 44.
5. Руткевич М. Н. Естествознание и социология. О правомерности трансляции понятий // Социологические исследования, 2002, 2, с. 12 – 18.
6. Канаев И. И. Очерки из истории сравнительной анатомии до Дарвина. — М. — Л., 1963.
7. Канаев И. И. Очерки из истории проблемы морфологического типа от Дарвина до наших дней. — Л., 1966.
8. Нидхэм Д. История эмбриологии. — М., 1947.
9. Гёте И.-В. Избранные научно-естественные труды. — М., 1962.
10. Чайковский Ю. В. Наука о развитии жизни. Опыт теории эволюции. — М., 2006.
11. Любичев — Гурвич. Диалог о биополе. — Ульяновск, 1998.
12. Левин К. Теория поля в социальных науках // Левин К. Динамическая психология. — М., 2001.
13. Кузнецова А. И. Понятие семантической системы языка и методы ее исследования. — М., 1963.
14. Ратнер В. А. Генетические управляющие системы. — Новосибирск, 1966.
15. Мак-Ларен Э. Химеры млекопитающих. — М., 1979.
16. Бабков В. Заря генетики человека. Русское евгеническое движение и начало медицинской генетики. — М., 2008.
17. Любичев А. А. В защиту науки. — М., 1991, с. 180 – 181.
18. Кроновер Р. Фракталы и хаос в динамических системах. — М., 2000.
19. Пригожин И. Р., Стенгерс И. Порядок из хаоса. — М., 1986.
20. Арнольд В. И. Теория катастроф. — М., 2016.

## Актуальные вопросы соотношений психиатрии и искусства

### Ю. И. Полищук<sup>1</sup>

Инерция биологического редукционизма в форме медико-биологической модели психических расстройств отмечается в российской психиатрии до настоящего времени. Гуманитарным основам психиатрии не уделяется должного внимания, что отрицательно оказывается на теории и практике профилактики психических расстройств, психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации психически больных. В настоящее время необходим целостный, интегративный, биopsихосоциодуховный подход к диагностике, лечению и профилактике психических нарушений на основе союза биологических и гуманитарных наук.

**Ключевые слова:** биологический редукционизм, гуманитарные основы психиатрии, интегративный подход в психиатрии.

В российской психиатрии, несмотря на частые декларации приверженности биopsихосоциальной парадигме, продолжается непропорциональное доминирование биомедицинской парадигмы с явной переоценкой значения биологических методов изучения, лечения и профилактики психических расстройств. При стремлении к тотальной объективизации всех проявлений психической патологии при помощи разнообразных параклинических лабораторных, нейровизуализационных методов, нейропсихологических тестов, опросников и шкал многими психиатрами не учитывается важность анализа и оценки субъективных проявлений психически больных, их внутреннего мира, особенностей их переживаний. Происходит недооценка и нередко полное игнорирование гуманитарной составляющей психиатрии, которая является многослойной наукой [8]. Ярким подтверждением этого является научная платформа “Психиатрия и зависимости”, реализация которой

рассчитана на период до 2025 года [11]. Преобладающее большинство разделов и многочисленных пунктов этого документа, в реализации которого принимают участие 15 федеральных государственных научных учреждений, ориентированы исключительно на медико-биологическую модель психических и наркологических расстройств. Из перечня задач научной платформы отчетливо видно, что основные усилия научных учреждений и их сотрудников направляются на разработку и решение медико-биологических проблем психиатрии и наркологии в полном отрыве от актуальных психосоциальных проблем этих видов патологии. В этом проявляется возврат к методологии биологического редукционизма, которая не может решить насущные вопросы соотношения, взаимосвязи и взаимодействия биологических, психологических, социальных и духовных факторов в происхождении, лечении и предупреждении психических и наркологических расстройств.

Выдающийся психиатр, философ и теоретик психиатрии К. Ясперс указывал, что далеко не всё в психической болезни может быть понято и объяснено с привлечением одних только естественнонаучных

<sup>1</sup> Московский НИИ психиатрии — филиал ФГБУ “НМИЦПН им. В. П. Сербского” МЗ РФ.

категорий. “Естествознание, — писал К. Ясперс, — это основа и существенный элемент психопатологии, но то же можно сказать и о гуманитарных науках — науках особого рода” [13].

В настоящее время высказываются серьёзные опасения, что продолжающееся доминирование биомедицинской парадигмы при научных исследованиях в области психиатрии может ограничить и затормозить развитие и внедрение в практику необходимых психологических и психосоциальных методов лечения и профилактики психических расстройств [12]. Звучат призывы к интегративному, холистическому подходу, основанному на синтезе естественнонаучного и гуманитарного знания о здоровом и больном человеке [14]. Отставание в разработке теоретических и практических аспектов гуманитарных основ российской психиатрии становится всё более заметным на фоне достижений в этом направлении зарубежной психиатрии. В организационной структуре Всемирной психиатрической ассоциации давно функционируют такие гуманитарно ориентированные секции как “Философия и гуманитарные науки в психиатрии”, “Психиатрия, право и мораль”, “Искусство и психиатрия”, “Литература и психиатрия”, “Масс-медиа и психиатрия”, “Религия и психиатрия”.

Установлено, что искусство, как древняя отрасль духовной культуры, обладает значительными познавательными возможностями [2]. Оно является одним из способов постижения психического состояния человека, его личности, а также эффективным способом лечебного воздействия при психических расстройствах. Имеются в виду разнообразные способы арттерапии. С помощью искусства у людей возникают и создаются эмоциональные связи и отношения в условиях, когда ещё нет логических связей и преобладает образное мышление. С помощью искусства происходит соединение человека с другими людьми, возникает чувство сопричастности и соучастия в общих делах. Подлинное искусство способно кардинально изменить психическое состояние человека, его представления, убеждения и поведение [3]. Оно удовлетворяет эстетические потребности человека, укрепляет болезненно изменённое, деформированное сознание, делает его более широким и упорядоченным, способствует гармонизации личности. [4]

Практическая медицина, так называемое врачевание, в лице её лучших представителей ещё со времён Гиппократа считались “важнейшим из искусств”. При врачевании одни только научные медицинские знания недостаточны. Необходимо заинтересованное, эмоциональное отношение врача к больному. Врачевание, указывал академик А. Ф. Билибин, нельзя полностью свести к точным наукам. Для успешного врачевания необходим синтез научных рациональных знаний и эмоционального отношения к пациенту. В постижении болезненного состояния должны принимать участие врачебная интуиция и эмоции врача, а

не только его научные знания [1]. Г. И. Россолимо в работе “Врач и больной” писал, что врачебная профессия “демонстрирует счастливый симбиоз науки и искусства, опрокидывающий мнение об их несовместимости”. Медицина, утверждал он, это “искусство, которому не суждено покидать идущей рука об руку и слившейся с ним медицинской науки”.

Доказано, что врачебное сопереживание в ситуации врача — больной обладает познавательной функцией [9, 10]. В процессе врачевания с помощью врачебной интуиции и эмпатии пациент воспринимается более полно и целостно [5]. Многие выдающиеся клиницисты, в том числе психиатры, демонстрировали примеры блестящей интуиции в диагностике болезней, когда уже после краткого осмотра и начального общения с больным ставился точный диагноз, который затем подтверждался результатами объективных инструментальных и лабораторных исследований. Феномен эмпатии, вчувствования и сопереживания лежит в основе психотерапевтического контакта с больным и в значительной степени определяет эффективность психотерапии. В психотерапевтической энциклопедии под редакцией Б. Д. Каравасарского отмечается, что проявления и оценка эмпатии тесно связаны с такими характеристиками врача как профессиональное искусство, теплота, доброжелательность, надёжность, искренность, жизненный опыт [7]. Специальными исследованиями показана положительная корреляция между оценкой пациентами эмпатии психотерапевта и успехом лечения при применении разных видов психотерапии [10].

Другим феноменом, общим для психотерапии и искусства, является феномен инсайта (осознания, озарения), который возникает и играет существенную роль как в процессе психотерапии, так и в процессе восприятия и создания произведений искусства. Благодаря инсайту происходит расширение сферы сознания с появлением нового понимания прежде неосознаваемых связей, предпосылок и причин болезненного состояния, что способствует процессу выздоровления. Помимо указанных феноменов, сближающих психиатрию и искусство, следует также назвать импровизацию, экспромт и интерпретацию как творческие психические акты, имеющие большое значение, как в процессе психотерапии, так и в основе разных видов искусства. Импровизация и экспромт не подлежат регламентации, планированию и научному обоснованию. В их основе лежат вдохновение, интенсивное вчувствование с проникновением в контекст переживаний пациента, опора на нюансы межличностного взаимодействия и актуальной ситуации. Эти феномены возникают и проявляются при необходимости отхода психиатра от стандартной психотерапевтической и психофармакотерапевтической техники и тактики в целях большей персонализации лечебного процесса с учётом личностных реакций пациента. Интерпретация является важнейшим элемен-

том психоаналитической терапии. Толкование свободных ассоциаций, сновидений, оговорок, описок является в значительной степени особым видом искусства психиатра-психоаналитика.

О психотерапевтическом искусстве понимающей психотерапии со всей определённостью говорил Ф. Е. Василюк. Он считал, что психотерапевтическая практика и техника требуют не только научно психологической, но и искусствоведческой рефлексии с обогащением их средствами разных видов искусства. В книге Д. Бьюдженталя “Искусство психотерапевта” есть следующие разделы: “Базовое искусство ведения беседы”, “Артистизм психотерапевта”, “Психотерапевт как художник”. По мнению автора, мастерство психотерапевта проявляется в его способности соединять субъективное и объективное, искусство с наукой. Синтез науки и искусства в психиатрии и психотерапии является неизбежным и закономерным. М. Е. Бурно свой метод психотерапии творческим самовыражением определил как “научное искусство”. Во многих диссертационных работах доказан лечебный и профилактический эффект этого метода при разных непсихотических психических расстройствах, в том числе шизофренического спектра [6].

Взаимоотношению психиатрии и искусства посвящён специальный раздел в монографии Ю. С. Савенко “Введение в психиатрию. Критическая психопатология”. Автор отмечает, что вклад искусства в познание психических расстройств и всего связанного с психиатрией трудно переоценить. Он подчёркивает, что психиатры нередко постигают психические нарушения не только научным, но и художественным способом, путём вчувствования в его переживания и сопереживая ему. Среди методов, используемых в психиатрии, называется искусство расспроса и беседы с больным, которое не подлежит стандартизации ввиду уникальности личности каждого пациента [8].

Гуманитарными дисциплинами, с которыми должны быть знакомы психиатры, являются эстетика и искусствоведение. Нельзя успешно заниматься психотерапией и проводить психосоциальную реабилитацию психически больных с помощью разных видов искус-

ства без знания основ, понятий и категорий эстетики и искусствоведения. Эстетическое сознание является одной из форм индивидуального сознания, и психиатр должен уметь его оценивать, работая с психически больным человеком. В психиатрии и психотерапии наука и искусство сосуществуют на правах дополнительности, исключающей их взаимозаменяемость. Проведение анализа личности и психического состояния больного человека только с применением шкал и опросников без понимающего проникновения в его субъективный мир приводит к замене реальной живой личности абстракциями формально логического и количественного статистического анализа, ведёт к “цифровизации” психиатрии с выхолащиванием её гуманитарных оснований.

## **ЛИТЕРАТУРА**

1. Билибин А. Ф. Методологические аспекты врачевания. // Медицинская этика и деонтология. М.: 1983. С. 137 — 151.
2. Горелов А. А. Культурология в вопросах и ответах. М.: Эксмо. 2005. 288 с.
3. Лисицын Ю. П., Жиляева Е. П. Союз медицины и искусства. М.:Медицина. 1985.
4. Лисицын Ю. П., Изуткин А. М., Матюшин И. Ф. Медицина и гуманизм. М.: 1984.
5. Никифоров И. А., Полищук Ю. И., Федотов Д. Д., Костюк Г. П., Бурыгина Л. А., Белова М. Ю., Можаева Е. Г. Врачебная эмпатия как необходимое условие персонифицированного подхода к пациенту. Смоленск: Свиток, 2020. 68 с.
6. Практическое руководство по терапии творческим самовыражением под ред. М. Е. Бурно. М.: 2003. 880 с.
7. Психотерапевтическая энциклопедия под ред. Б. Д. Карвасарского. Санкт-Петербург. 1998.
8. Савенко Ю. С. Введение в психиатрию. Критическая психопатология. М.:Логос, 2013. 448 с.
9. Симонов П. В. О познавательной функции сопереживания. // Вопросы философии. 1979. № 9. С. 137 — 142.
10. Ташильков В. А. Психология лечебного процесса. Л.: 1979.
11. Трущёлов С. А. Научная платформа медицинской науки “Психиатрия и зависимости”. // Российский психиатрический журнал. 2016. № 5. С. 91 — 95.
12. Холмогорова А. Б. Интегративная психотерапия расстройств аффективного спектра. М.: ИД “Медпрактика-М”. 2011. 480 с.
13. Ясперс К. Общая психопатология. М.: 1997. 1056 с.
14. Mezzich I. E. Psychiatry for the Person:articulating medicine science and humanism. // World Psychiatry. 2007. № 6. Р. 2.

# Деньги и власть в рыночном пространстве пси-культуры<sup>1,2</sup>

Н. А. Зорин<sup>3</sup>

*“В современной политэкономии медицины наиболее хорошо слышны и вызывают реакцию, прежде всего потребности и представления о своих потребностях тех, кто располагает средствами для наиболее эффективного выражения своих потребностей: деньги и право голоса”*

Маркс Вартофский [3]

Цель работы — показать экономические механизмы развития и трансформации знания и деятельности в области пси-культуры (медицины, психологии, психоанализа и т.п.) — механизмы перераспределения богатства и власти. Многие виды деятельности, нередко созданные столетия тому назад, существуют до сих пор, прежде всего потому, что обеспечивают материальное благополучие их практикующих. Некоторые из них существуют только поэтому и, иногда, только для этого. Рассмотрены отдельные механизмы формирования рыночного пространства, идеология и личностные устремления участников процесса.

**Ключевые слова:** Пси-культура, психотерапия, психоанализ, рынок, деньги, власть.

Изложенное далее — продолжение поднятой мною прежде темы индустриального развития медицины [4] в рыночном пространстве, а также другой работы [5] (Зорин Н. А. 1986), предсказавшей нынешнее положение дел.

Обсуждаемые в этой работе формы деятельности могут быть эффективными и востребованными, и могут не быть ими. Они могли прежде, или могут теперь, давать или не давать импульс научным или практическим новшествам. Создатели теорий и соответствующих техник могли быть уважаемыми и замечательными людьми, они могли искренне верить или не верить в истинность и полезность созданного ими и т.д. Я не буду здесь обсуждать надобность, содержательную сторону или эффективность каких-либо практик<sup>4</sup>. Моя цель — показать, что в обществе существуют мощные механизмы развития и трансформации целых областей знания и деятельности (в нашем случае — медицины, психологии и парамедицины, куда я помешаю психоанализ<sup>5</sup>). Эти вопросы не принято широко обсуждать, так как это — явления экономического характера, **механизмы перераспределения богатства и власти**. Эти процессы ангажируют определенного склада исполнителей, чьи устремления и ценности сообразны их конечным целям. То есть, там есть свои выгодоприобретатели и их жертвы.

Как и в рыночной либеральной экономике вообще, усилия развития здесь, с разной степенью осознания, прежде всего, призваны за счет или при условии благосклонности власти, перенаправить любые финансовые потоки в частный карман.

У нас не в почете обсуждать то, что этика — во многом экономически обусловлена, равно, как и финансовую сторону неких практик. Заинтересованными лицами эта деятельность подается обществу как действия “благородных подвижников”, едва ли не бескорыстных “борцов с тоталитаризмом”. Для маркетинговой обертки этой деятельности более всего подходит априори гуманистическая медицина или хотя бы историческая близость к ней (напр., психоанализ — ПА). Это — избитая схема застывшего мира, которая давно не соответствует реальности. Еще Марией Оссовской (1973, [6] с. 352) были описаны постепенные изменения бурггерской этики, устранившие одно за другим предубеждения, которые сдерживали свободное развитие капитализма: изменения отношения к благотворительности, к нищим и бедным, одобрение высоких цен и низкой заработной платы, превращение экономической эксплуатации в общественный долг и т.д. Рассматриваемые в этой статье процессы относятся к такому классу проблем.

<sup>1</sup> Статья печатается в авторской редакции с пожеланием откликов.

<sup>2</sup> Удачный термин, предложенный А. Сосландом. *“Пси-культуру можно представить, как некий конгломерат, в котором переплетены академическая психология, психотерапевтические, психокоррекционные и тренинговые практики, а также и клиническая психиатрия”* [1], который я понимаю еще шире (см. далее). Многие механизмы, описываемые мною, гораздо подробнее разобраны и названы в замечательной книге Александра Сосланда [2], которую почти не цитируют “работники пси-культуры”). Настоящая статья — далекий от всеобъемлющего анализа текст, немного дополняет сделанное А. Сосландом, т.к. в его работе, к моему удивлению, вообще не упоминаются деньги.

<sup>3</sup> К.м.н., вице-президент Общества специалистов доказательной медицины; Москва. nzorin@inbox.ru

<sup>4</sup> Критики этого текста сделают вид, что этого вступительного замечания не заметили ...

<sup>5</sup> ПА, в зависимости от насыщенных потребностей его практикующих, легко перетекает из медицины в обыденную жизнь и обратно, то есть вертится вокруг нее (подробнее см. ниже).

Сердцевина проблемы в том, что бизнес и люди, его представляющие, в конечном итоге выстраивают всю окружающую среду, навязывая обществу те ценности, способы действий и те проекты инвестиций, которые призваны обслуживать их собственные интересы, обогащая их и давая им власть над этим обществом. Иначе говоря, “идеальные” интересы некоего гармоничного общественного развития, даже развития вообще, и интересы этих людей с определенного предела не совпадают. “...Развитие основных институтов индустриального общества, начиная с определенного критического порога, становится препятствием для решения тех задач, которым эти институты служат” [7]. Поэтому эти институты и частные лица нуждаются в мерах сдерживания, подобно тому, как искусственное поддержание поголовья диких животных позволяет регулировать их доступ к пищевым источникам, не давая их катастрофически истощить.

Сегодня в исследуемой области, мы имеем несколько групп бенефициаров рыночного пси-пространства, в той или иной мере связанных друг с другом.

- Транснациональные корпорации (ТНК) — производители-продавцы болезней “в одном флаконе” со средствами медицинского применения (СМП).
- Промежуточные бенифициары: движители, во-плотители нужных схем — ангажированные исследователи и практические деятели, получающие бенефициты (деньги, гранты, одобрение и т.п.) за продвижение интересов лиц первой группы, а также создающие уже свои собственные “патографические проблемы” (в частности, занятые трансформацией обыденной жизни в состояния, требующие потом их же вмешательства<sup>6</sup>).
- Продавцы конкретных услуг (врачи и иные целители/корректоры, “коучеры” и т.п.), получающие деньги от частных клиентов или государства (в рамках обязательного страхования или коррупционных схем) за свою частную практику.
- Лица, использующие медицину/парамедицину как теоретическое обоснование неких бизнес-проектов, в частности, с государственным или смешанным финансированием и т.п. Это происходит под дымовой завесой деклараций о “всеобщем благе”, “заботе о здоровье и судьбе несчастного больного”, “слезинке ребенка!” и т.п. (“Нецелевое использование” т.е. разворовывание бюджета, насильтвенное разлучение с больными родственниками<sup>7</sup> или отъем детей по надуманным или сфабрикованным обвинениям и помеще-

ние их в спецучреждения, приемные семьи<sup>8</sup>, торговля услугами суррогатных матерей и т.п. — лишь малая толика таких примеров) [8].

- Больные/клиенты, расстройства или болезни которых, приносят им те или иные выгоды (e.g. получатели выплат по инвалидности, страховкам, субсидиям для жертв какой-нибудь “Войны в заливе” и др.).

Нынешний рынок медицинских/парамедицинских пси-услуг поделен между производителями средств медицинского применения (в основном фармацевтики) и тех, кто подбирает клиентов, не попавших в крупноячеистые сети ТНК. Это — представители разных профессий, частные лица, или структуры, в разной степени аффилированные с государством. Их объединяет тяготение к психолого-психиатрической области (коррекции “неправильного” или “нездорового” поведения). Реже они ориентированы на болезни сомы (хиропрактики, иглотерапевты и пр.), нередко на довольно размытые группы расстройств психосоматического или психического свойства, то есть сферы пси-культуры<sup>9</sup>.

Здесь интересно отметить, что на первый взгляд, а также в официальных декларациях, такие виды практик, как, например, ПА, или психотерапия — (ПТ), представляются публике как антагонисты “бездушной” психофармакологии, но стоит им оказаться в пространстве Рынка, как они обнаруживают взаимное притяжение. Например, превращение обыденной жизни в “патологию” с помощью идей ПА, используется потом бигфармой для прописи этим людям соответствующих лекарств.

Некоторые формы небезвоздушных практик медицинского и парамедицинского свойства, например, ПА, или многие виды помощи, не всегда четко очерченного характера, обычно собирательно именуемые “психотерапия”, нередко созданные столетия тому назад, существуют до сих пор, прежде всего, потому, что обеспечивают материальное благополучие их практикующих. Более того, некоторые из них существуют только поэтому и иногда только для этого. То есть, некий целительный для клиента/больного результат, если и образуется здесь, то исключительно как побочный продукт основной, коммерческой деятельности<sup>10</sup>. Ряд подобных практик дает смысл

<sup>6</sup> Этот процесс даже шире, чем то, что удачно было названо А. Сосландом *патографической паранойей* или *патографической обсессией* [2]. Нечто может быть объявлено еще и неподобающим/противоправным, подлежащим “исправлению” образом мыслей и поведением.

<sup>7</sup> Показано в фильме “Вторая жизнь Уве”, <https://www.kinopoisk.ru/film/848894/>.

<sup>8</sup> Телесно-ориентированные техники Востока (иглотерапия, некоторые виды хиропрактики и т.п.) вполне можно включить в понятие пси-культуры, ибо они идеологически окрашены мистикой.

<sup>10</sup> Подобно установке камер слежения на дорогах...

существования обеим сторонам процесса. То есть, не являются в прямом смысле, сохраняющими или меняющими в лучшую сторону провозглашаемый проблемный объект вмешательства, напр., здоровье, психику, отношения и т.п., а становятся образом жизни обеих сторон, процессом ради процесса (см. ниже).

В одной из своих работ Зигмунд Фрейд указывает важную особенность ПА, "... благодаря которой он становится предметом всеобщего интереса, чего не могут добиться ни психология, ни психиатрия. При психоаналитической работе завязываются отношения с очень многими другими гуманитарными науками, с мифологией, а также с языкоznанием, фольклором, психологией народов и религиоведением, изучение которых обещает ценнейшие результаты" [9].

Широкий интерес к ПА (как и к некоторым другим учениям), нельзя объяснить его неразборчивой всеядностью — привлечением антропологии, лингвистики и пр. дисциплин. Каждая из них слишком сложна, чтобы быть предметом потребления широких масс. И вообще, все более-менее сложное никогда не может стать предметом широкого интереса и объектом досужих рассуждений, коим стал все тот же ПА. Более того, из общих соображений можно утверждать, что некая теория/практика тем распространенней, чем она примитивнее. Кроме того, сложные вещи очень трудно монетизировать. Хорошо, быстро и гарантированно платят за вещи простые, понятные, востребованные (алкоголь, секс-услуги, порнографию, наркотики и т.п.) Это означает только одно. ПА, поначалу занятие немногих образованных эстетов, быстро вульгаризировался. Выпеснувшись в широкие массы, он превратился в то, что историк П. Д. Симашенков (2020) замечательно назвал "голливудской фрейдяниной" [10] и поэтому стал так широко востребован<sup>11</sup>.

**Идеология маркетинга  
небезвозмездных пси-услуг.  
Эффективность производства:  
гарантиированная прибыль  
в кратчайшие сроки и надолго**

Несложно догадаться, что в деле, где источником заработка является клиент, идеальная успешность предполагает наикратчайший сеанс при бесконечном курсе. Эта креативная находка постепенно захватывает все пространство пси-культуры, но пальму первенства держит французский психоанализ. Начав с классической процедуры обязательной оплаты про-

<sup>11</sup> Несметное число желающих приобщиться к проведению ПА, и тучные стада алчных психоаналитиков на просторах нынешней России, как раз говорит о том, что уже давно ПА стал занятием для кухарок (и кухаркиных детей), которые хотят "управлять государством". Тут вспомнишь С. Щедрина: непонятно чего они на самом деле хотят "...то ли Конституции, то ли севрюженки с хреном...".

пущенного без уважительной причины сеанса, разновидности "act tapanqué", "французский Фрейд" — Ж. Лакан довел до логического конца сокращение длительности сеанса, вовсе устранив его, обосновав теорию и создав практику "псевдоментального сеанса" ("встреча-расставание"), когда анализант просто лично отдает аналитику деньги и уходит<sup>12</sup> [5].

С длительностью сеанса было покончено. Оставалось разобраться с бесконечностью курса, которая встречала протесты потребителей. Тирания бесконечности распространялась не только на клиентов, но и на дидактический анализ, ломая слабых духом адептов: "В марте 1977 г. молодой аналитик фрейдистской школы Жюльетт Лабен покончила с собой, не справившись с депрессией, вызванной бесконечными проволочками с получением психоаналитической квалификации" [11].

Такие истории заставляют быть осторожнее, и в рассуждениях о надобности бесконечного анализа (или ПТ) "заходить издалека", чтобы подсластить горькую пилюлю неизбежности формирования психоаналитического варианта "стокгольмского синдрома", где тиран и его жертва сливаются в экстазе взаимного "духовного" влечения, и в котором главным становится не цель, а сам процесс. "...И. Ялом, сравнивая психотерапию с жизнью, утверждает, что "убеждённость в том, что жизнь без достижения цели не полна, — не столько трагический экзистенциальный факт, сколько западный миф, культуральный артефакт. Восточный мир не допускает мысли, что у жизни есть "пункт назначения" или что она представляет собой проблему, которая должна быть решена: нет, жизнь — это тайна, которую нужно прожить". [12]. И. Ялому вторит С. Жижек (2020): "...на Востоке люди гораздо легче переносят эпидемии — они относятся к ним так же, как и ко всему остальному — как к неотъемлемому свойству жизни" [13].

"Эту точку зрения (о решении проблемы, Н. З.) разделяет большинство практикующих психотерапевтов, для которых вопрос о достижении цели терапии не становится первостепенным. Многие специалисты убеждены, что не стоит страшиться длительной психотерапии — "терапии длиной в жизнь" [12].

Это интересное признание, получило "разъяснение" в текстах признанных лидеров продажи таких

<sup>12</sup> Если бы не опасность налогового контроля, то и встреча была бы не нужна и досадная и утомительная необходимость пересчитывать наличные деньги (как известно — "эксременты" анализируемого) на которых держится практика, давно была бы устранена и "ассенизаторы золотых унитазов" уже давно обосновали бы предпочтительность электронных платежей. Есть основания ожидать расчеты в биткоинах...

услуг [14]: краткие курсы — для больных и убогих, финансово несостоятельных граждан, а для “эффективных и успешных” — сеансы пожизненные! Именно такие люди на ПТ-костылях, в обнимку со своим терапевтом, поднимутся на эвересты Духа и даже Бессмертия! Они не только вознесутся на эти высоты сами, но и почему-то обеспечат такое же восхождение своим потомкам! (то есть, все оформлено в лучших традициях Новых Васюков)<sup>13</sup>.

Вроде бы, все сказано: вне Западного мифа о цели бытия нет проблемы, которая должна быть решена, а стало быть, у той части публики, которая не разделяет Западных ценностей (или которой они еще не навязаны), не нужны ПТ или ПА. Ах нет. Без особых затей и объяснений, Западный и Восточный мифы объединяются. ПТ-ами все это сервируется больным уже под соусом Восточной философии. Клиенту, навязываются сразу два, казалось бы, противоречащих друг другу мифа: необходимость ПТ для “решения” какой-либо проблемы (которую “из нашего каталога вам подберут наши специалисты” ... — Западный миф) и ее бесконечность, как бы вытекающая из мифа Восточного об отсутствии той самой цели, которую вам только что подобрали...

Особенно интересно, что это пожизненное рабство (прямо по Дж. Оруэлу), прекрасно уживается с утверждением, о том, что ПА “...делает человека свободным”...[15].

Конечно же “...не стоит страшиться...” того, о чем можно было бы только мечтать!

“Справедливости ради следует отметить, что среди клиентов/пациентов также немало тех, кого, как и терапевтов, привлекает сам процесс психотерапии, а не результат” [12]. Действительно, сначала это — образ жизни определенного класса людей, вариант времепровождения для обеих сторон (как хождение в дорогой фитнес-центр и т.п.), мода, знак принадлежности к “избранным” и т.п. [5] И, наконец, шире — обретение смысла существования...<sup>14</sup> Здесь проблема уже выходит за пределы первоначально обираемого социального класса, захватывая простой люд. Все эти модные занятия говорят лишь о том, что человека можно заставить верить во что угодно, навязать ему любые смыслы (йогу, теннис, психоанализ,

“Бога Кузю” и т.п.), ибо жизнь подавляющего большинства — бессмысленна!

Одним некуда потратить деньги “со смыслом”, особенно когда их слишком много, и они вкладывают их как бы “в себя”, в необходимости чего их обычно убеждают терапевты. Другим они совсем не помешают, и они действительно вкладывают их в себя.... Дело это увлекательное.... Ж. Лакан под конец карьеры: “... все больше любил деньги и стал одновременно скучным и расточительным. Помимо четырех банковских счетов, он начал собирать золотые слитки. С 1970-го по 1980 г. он ежегодно зарабатывал психоанализом в среднем 4 000 000 франков” [11].

А теперь судите сами — позволит ли кто-нибудь третьим лицам покушаться на чужой “смысл жизни”, ставить под сомнение эффективность, необходимость или длительность пт /па и пр.? Поэтому критика технологий, обеспечивающих ее практикующим смысл существования, в который еще так органично встроены деньги, никогда не бывает успешной...

### Формирование рыночного пространства

Чтобы клиенты образовали Рынок нужно формировать и укреплять его пространство. При достижении определенной концентрации каких-либо идей в обществе они уже начинают самовоспроизводиться. Среда становится прозрачной. Так для огромного большинства современных французов причиной всех психических расстройств и экзистенциальных проблем является пагубное действие инцеста (как во времена Фрейда — мастурбации). Эти идеи, которые размножают СМИ, а потом, как вы уже догадались, призван выявлять ПА, являются само собой разумеющимися, и никому в голову не приходит подвергнуть их критическому осмыслению [5, с. 68].

В распространении “нужных” Рынку идей можно выделить две тенденции: (1) создание теории, обосновывающей правильность или “необходимость” внедрения тех или иных практик, которая должна сочетаться с (2) избеганием стороннего контроля над ними.

Это требует расширения сферы применения деньгообразующей технологии путем выхода за пределы области ее первоначального применения (во всех

<sup>13</sup> “Традиционно психотерапия рассматривается как краткое событие в жизни человека, зачастую нездорового и малоуспешного. И только биографии многих высокоэффективных и результативных, широко известных деятелей, повествуют о десятилетиях пребывания в психотерапии. ... .... от человека разумного к человеку духовному (!). Именно так формулируется девиз нашей Общероссийской профессиональной психотерапевтической лиги — “Ab homine sapientis ad hominem spiritualium”. ... ... создание сценариев персонального будущего для человека, семьи, организации позволяет про строить будущее на много лет вперед, вплоть до завершения жизни, и даже для следующих поколений”. [14]. Духовность — дело хорошее, но зыбкое, поэтому продавцы духовных услуг обычно диверсифицируют свой бизнес, для надежности приторговывая чем-нибудь более материальным (например, БАДами).

<sup>14</sup> Когда А. Сосланд пишет, что он никогда не встречал людей, которые просто от скуки пришли бы на ПТ и что у всех его клиентов всегда была к.л. проблема [16], я удивляюсь: скука, пустота, т.е. отсутствии смысла жизни и есть проблема, а мода — диктует, куда с этой проблемой нужно пойти...

смыслах — пространственном, идеологическом и пр.)<sup>15</sup>. Например, из области медицины в область обыденной жизни и наоборот (проведение ПА у животных [18] и т.п.). И, конечно, расширение географическое<sup>16</sup>. Тут используются два механизма: (а) превращение обыденного в “болезнь”/“проблему” с включением этих “новых болезней” или состояний в “научные” классификации болезней (e.g. МКБ, DSM), или в разряд “неподобающего” поведения. Здесь вышеупомянутые бенефициары Рынка работают в тесном сотрудничестве. Происходит переименование коммерчески “выдоенных” или неудобных для вмешательства нозологий [19]. Создаются новые синдромы, симптомы, и целые классы болезней/расстройств, и способы их лечения, которые самим фактом своего существования обеспечивают выживание и благосостояние целых социальных групп (психоаналитиков, “кодировщиков” от алкоголизма, иглоукалывателей, хиропрактиков, мануальных терапевтов, сексологов, производителей СМП и пр.); (б) дается теоретическое обоснование того, почему те, кто еще не болен, но уже “нездоров”, или находится на разилке пути в область патологии, или неподобающих для “цивилизованного мира” деяний, нуждается в “сопровождении”

продавцов небезвозмездных услуг. Лучше всего, если удается “обосновывать” это, как бы от имени государства. Создаются Центры поддержки, коррекции и сопровождения для “неправильно” или “неправедно” живущих, во всем виноватых людей. В России создание таких структур обосновывается просто — перестановкой следствия и причины: раз такие структуры есть в “прогрессивных странах”, значит, чтобы “стать прогрессивными” нам нужно тоже их создать. Формируется возможность, прежде всего, за государственный счет, манипулировать клиентами (в частности, с помощью техники наученной беспомощности) учить, как надо или не надо жить, вплоть до ограничения дееспособности, и недобровольной институционализации. Психоаналитическая идеология здесь просто не имеет конкурентов [8]. При этом заметьте, никто не говорит о “тоталitarности”, злоупотреблениях, попрании прав граждан и т.п. вещах. Ведь “демократия” полезна в любых дозах...

(Продолжение следует,  
со списком литературы  
и комментарием редактора)

<sup>15</sup> Сюда входит и то, что А. Сосланд называет “идеобалия” и формирование “надшкольных” институтов [17], но можно было бы, без академических эквивоков назвать — “неразборчивая всеядность”, когда метят свою территорию, как во времена “золотой лихорадки”, торопятся застолбить как можно больший, потенциально прибыльный участок.

<sup>16</sup> Географическое расширение обычно объявляется докринальным и используется как показатель успешности. На деле первичным тут является пирамидальная структура финансовых отношений, общая с таковой в классических финансовых пирамидах (Мавроди и К°) или ОПГ (“отстегиванием” прибыли “наверх”, в “общак” (супервизия), которые требуют все новых адептов. ПА зарабатывает не только на клиентах, но и на подготовке самих ПА-ков, рекрутируя их повсюду и проникая в другие земли.

**XVII Съезд психиатров России**  
**ИНТЕРДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД**  
**К КОМОРБИДНОСТИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ**  
**НА ПУТИ К ИНТЕГРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ**

15 – 18 мая 2021 г., Санкт-Петербург

Формат проведения: очно-заочный  
Официальный сайт: <http://rop2020spb.ru/>

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

7 – 9 июля 2021 г., Киев, Украина

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

# КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ

---

## Шизоаффективное расстройство

Разбор ведет А. А. Шмилович<sup>1</sup>, врач-докладчик Е. Ю. Овсянникова<sup>2</sup>  
(Психиатрическая клиническая больница № 4 им. П. Б. Ганнушкина,  
27.02.2020)

Пациент: Семен Н. (имя изменено) 1987 г.р.  
(32 года), Москва

**Ведущий:** Я надеюсь, что наша аудитория сегодня будет так же активна, как обычно. Нашему пациенту можно и нужно задавать вопросы. Это обсуждение, свободная дискуссия, нет никаких ограничений и запретов, и Вы можете высказывать любое собственное мнение. В этом смысле нашего профессионального развития. Прошу Вас.

**Врач-докладчик:** Пациент — Семен Н., 32 года, 1987 года рождения. Родился в Москве, единственным ребенком в полной семье. Наследственность отягощена психическими заболеваниями, отец больного страдал шизофренией, неоднократно госпитализировался в нашу больницу, злоупотреблял алкоголем, умер в 2000 году от сердечнососудистой недостаточности.

Беременность у матери протекала с токсикозом, угрозой выкидыша. Отмечался повышенный тонус матки, со 2-го месяца беременности неоднократно госпитализировалась. Роды в срок, естественные, без осложнений.

Когда пациенту было два года, родители развелись, с отцом отношения он поддерживал, помнит его и характеризует как раскованного, душевного, компонентного человека, очень чистоплотного и аккуратного. Мать характеризует как требовательную, строгую, считает, что всю жизнь она стремится заменить отца. Называет ее гиперопекающей, однако замечает, что сам часто этим пользуется.

Раннее развитие без особенностей. Род активным ребенком, был капризным, отказывался посещать детские дошкольные учреждения, однако все-таки посещал их с уговорами. Также в дошкольном возрасте осматривался психологом в связи с гиперактивностью и страхами. Со слов матери, они проживали тогда в коммунальной квартире, его пугал сосед.

В школу пошел в 6 лет. Учился плохо, был отвлекаем, забывчив, невнимателен. В то же время, был общительным, имел много друзей, часто нарушал дисциплину. Имел склонность к гуманитарным предметам, любил литературу, русский язык, историю, немецкий язык. Тяжело давалась математика, приходилось нанимать репетиторов, поскольку он отставал от программы. Но к средней школе он программу нагнал. С 5-го класса занимался баскетболом, имел успехи в спорте. Самостоятельно выучился играть на гитаре, сочинял песни. С 7-го класса стал регулярно употреблять алкоголь в компаниях. С 12 лет попробовал марихуану вместе с двоюродным братом. Почувствовал легкость, приятные ощущения, после чего, со слов пациента, употребляет, как только появляется такая возможность. Последние четыре года регулярно — один-два раза в неделю.

В 9-ом классе пациенту приснилась девочка на два года младше, с которой даже они не были знакомы, но учились в одной школе. После этого сна он решил, что это его судьба, начал за ней ухаживать. Получив отказ, решил, что все кончено, замкнулся в себе, потерял аппетит, нарушился ночной сон, отказывался выходить из дома, хотя был очень общительным, у него было много друзей, но он все время просил маму сказать, что его нет дома, то есть забросил не только школу, но и свою общественную жизнь. Сильно похудел. Мать пациента частным образом обратилась к психиатру, и некоторое время он принимал препараты, однако ни мать, ни сам пациент не помнят, какие. В течение одного-двух месяцев состояние постепенно нормализовалось.

Пациент успешно окончил 11 классов, затем поступил в Военную академию. Там учился хорошо, имел много друзей, был очень общительным. В феврале 2006 года после сессии снова изменилось состояние, без каких-либо причин. Резко снизилось настроение, потерял аппетит, нарушился сон, стал плакать без всякого повода. Во время построения однажды расплакался, как он говорит, не знает почему. Стал думать о каких-то своих ошибках в жизни, и в этот момент подступили слезы. Появилась апатия, заторможенность, начал замыкаться в себе. Командова-

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

<sup>2</sup> Овсянникова Елизавета Юрьевна, врач-психиатр отделения № 6 ПКБ № 4 им. П. Б. Ганнушкина.

ние вызвало мать и предложило самим обратиться к специалистам. Частным образом обращались к психиатру, принимал терапию с положительным эффектом. Удалось успешно окончить семестр.

Летом того же года, после окончания семестра, ездил с друзьями в Сочи, после возвращения с отдыха настроение, наоборот, стало приподнятым. Мать говорит, что даже когда он звонил ей с отдыха, он был, как она говорит “навеселе”, очень активным. И после возвращения появилась чрезмерная активность, был растромжен, стал заявлять, что у него появились особые способности общаться с людьми. Какие, не пояснял. По настоянию матери стал принимать седативные препараты растительного происхождения, но без видимого эффекта.

После возвращения на учебу состояние продолжало ухудшаться. Стал мало спать, пропускал занятия, нарушил дисциплину, не реагировал на замечания. Позже замкнулся в себе, перестал отвечать на вопросы друзей, ссорился с однокурсниками, стал высокомерен, считал, что он выше других, талантливее. После очередной ссоры с однокурсниками был заперт в мужском туалете, там он разбил сантехнику, и был госпитализирован в психоневрологическое отделение окружного госпиталя города Подольск. На лечении находился с 3 по 31 октября 2006 г. Из выписки: “В отделении был напряжен, недоступен продуктивному контакту, к чему-то прислушивался, говорил, что беспокоят голоса внутри головы, которые дают советы. Высказывал отрывочные идеи преследования. Был осмотрен комиссионно и признан негодным к военной службе. Выставлен диагноз — шизофрения, первичный аффективно-бредовый приступ, становление ремиссии. Сам пациент и его мать наличие галлюцинаторной симптоматики категорически отрицают. После выписки принимал препараты: галоперидол, бипериден и хлорпротиксен”.

Через некоторое время, вскоре после выписки, появилась выраженная тревога, неусидчивость. Со слов пациента, он не мог ничего делать, не мог лежать, сидеть, ничем не мог заниматься, ничего не хотелось. По собственному желанию госпитализирован в 13-ю психиатрическую больницу, там находился с 7 ноября 2006 года по 30 марта 2007 г. Выписан в удовлетворительном состоянии. Из выписного эпикриза: “Рассказывает, что слышит свой голос, который говорит: “Спи ночью и днем”. Насторожен, тревожен, ищет помощи. В процессе лечения состояние длительное время оставалось нестабильным, пациент был гневлив, злобен, конфликтовал с персоналом, в первый месяц лечения отказывался от приема препаратов. Затем состояние нормализовалось, был выписан. Выставлен диагноз — приступообразная шизофрения, шизоаффективный вариант, аффективно-бредовый синдром”.

После выписки поддерживающую терапию принимал нерегулярно. Состояние длительное время ос-

тавлялось относительно стабильным. Вступил в брак с девушкой, с которой встречался еще со школы, они знакомы с четвертого класса. Восстановился в институте на факультет психологии, успешно его окончил. Но по профессии никогда не работал, работал в автосалонах, в кузовном цехе полировщиком. До настоящего момента он сменил около 12 различных автосалонов, причем работал не в частных фирмах, а у крупных производителей.

Испытывал периодически колебания настроения. На фоне подъема стал играть в музыкальной группе альтернативного направления. Сочинял музыку, чем начал заниматься еще с 7-го класса, сам писал стихи, исполнял свои песни. (*Демонстрация музыкального фрагмента в исполнении пациента*). Как мы понимаем, это песня про больницу психиатрическую.

В начале 2009 года стал значительно активнее. Заводил романы, не ночевал дома, забросил учебу, ухудшились отношения в семье. Эпизодически стал алкоголизироваться, употреблять марихуану. По настоянию матери обратился в психоневрологический диспансер. Принимал хлорпротиксен без видимого эффекта. В день госпитализации, 10 февраля 2009 года, сбежал из диспансера. Бродил по городу, нелепо себя вел, был обнаружен в кафе, где отказался расплачиваться по счету, устроил драку, был задержан сотрудниками полиции и госпитализирован в 13-ю больницу. Сам он рассказывает, что они пришли в диспансер с матерью, он испугался, что его хотят госпитализировать, сбежал. Мать говорит, что сын сбежал из диспансера, бродил по городу, ему казалось, что сейчас его обязательно заберут в больницу. Затем он пришел в кафе, настроение было на подъеме, тогда в Москву приезжала группа Offspring, и он пришел началь рассказывать, что он — представитель этой группы, что они после концерта придут в это кафе, убедил в этом администратора. Но затем произошел конфликт, он отказался расплачиваться по счету и даже затеял драку с охраной, и тогда вызвали полицию, и он был госпитализирован.

Затем, во время лечения постепенно состояние стабилизировалось. Неоднократно пациента отпускали в лечебный отпуск. Выписан он 27 июля 2009 года. Терапия при выписке: модитен депо 75 миллиграмм один раз в две недели, амантадин по 200 миллиграмм три раза в день и карbamазепин по 200 миллиграмм три раза в день. Выставлен диагноз: шизофрения параноидная, эпизодический тип течения с нарастающим дефектом, аффективно-бредовый синдром.

После выписки в течение года он регулярно принимал поддерживающую терапию, посещал диспансер. Затем снова возобновил алкоголизацию, наркотизацию. Стал уклоняться от приема поддерживающей терапии, и в течение года его состояние снова ухудшалось. С 2011 года снова нарушился сон, настроение стало приподнятым, подолгу гуляя по улицам, знакомился с различными людьми, чувствовал в себе избы-

ток сил, считал, что может все. Накануне госпитализации стал ощущать за собой слежку, считал, что за ним присматривают спецслужбы, что им интересуется правительство. Когда видел в небе вертолеты, думал, что следят за ним. Отмечал, что в метро стал узнавать незнакомых людей, испытывал ощущение, что всем окружающим известно, о чем он думает, словно его мысли все слышат. По настоянию матери и супруги госпитализировался в 13-ю больницу.

После выписки (к сожалению выписку из больницы не удалось получить) в течение нескольких лет регулярно посещал ПНД, принимал поддерживающую терапию, состояние оставалось стабильным. Работал также полировщиком автомобильного цеха. В 2015 году снова произошло ухудшение состояния, когда пациент стал высказывать бредовые идеи, связанные с длительной судебной тяжбой с сожительницей покойного отца по поводу квартиры, считал, что эта ситуация как-то связана с политическими событиями. По ночам в одиночестве часто уходил из дома, конфликтовал с родственниками, также высказывал идеи о необходимости борьбы с евреями и мусульманами. По настоянию супруги в ноябре 2015 года был госпитализирован в 13-ю больницу, выписан 2 декабря 2015 года. На поддерживающей терапии: амантадин 300 миллиграмм в сутки, галоперидол 15 миллиграмм в сутки и седалит 900 миллиграмм в сутки. После выписки состояние было нестабильным, он все время проводил дома, старался заниматься домашними делами, но стал жаловаться на вялость, сонливость. Поддерживающая терапия была изменена. Изменили на пропропазин, седалит и бипериден. Но улучшения состояния не отмечалось, в течение недели нарушился сон, фон настроения стал снижаться, стал тревожен, плаксив, по ночам рвался уйти из дома, как он говорит, бродяжничать. И снова был госпитализирован с 9 декабря 2015 года по 30 декабря 2015 года, находился в 13-й больнице. Состояние стабилизировалось, была подобрана терапия: валпроевая кислота 1,5 тысячи миллиграмм и клопиксол депо 400 миллиграмм один раз в три недели.

После выписки до настоящего года, до 2020-го, состояние оставалось стабильным. Пациент посещает диспансер, работает. Родилась дочь, он активно участвует в ее воспитании. Но в начале 2020 года снова почувствовал прилив сил, подъем настроения, стал многогречив. Самостоятельно обратился в диспансер, был направлен в дневной стационар. Там он находился с 15 января 2020 года по 10 февраля 2020 года. Отмечал улучшение в состоянии, была положительная динамика, эмоциональный фон стабилизировался, нормализовался ночной сон, перестал уходить из дома, в поведении был упорядочен.

Затем он получил травму левого коленного сустава, был оформлен лист нетрудоспособности, после чего мать пациента отмечает еще большее ухудшение состояния. Он стал подолгу сидеть дома, со временем

уходить куда-то, возобновил употребление психоактивных веществ, алкоголя. В дальнейшем перестал спать, стал подозрительным, напряженным. Приходил на прием в диспансер в состоянии алкогольного и наркотического опьянения. Супруга пациента неоднократно вызывала скорую психиатрическую помощь, но на момент приезда врачей пациент вел себя спокойно, был собран, отвечал на вопросы в плане заданного, психотической симптоматики обнаружено не было, и несколько раз скорая отказывалась его госпитализировать. Также продолжал ходить в диспансер. 14 февраля была сделана очередная инъекция препарата клопиксол депо 400 миллиграмм, но поскольку он был конфликтен, гневлив, постоянно уходил из дома, 19 февраля получил инъекцию препарата клопиксол акуфаз 100 миллиграмм. И 20 февраля был госпитализирован по вызову родственников. Пациент опять стал конфликтен, ушел из дома, сел за руль в состоянии наркотического опьянения и ездил по городу на высокой скорости. Когда к моменту прихода его домой супруга вызвала скорую, он был госпитализирован в нашу больницу.

Представитель диспансера Е. В. Кузьмина<sup>3</sup>: Я немного добавлю. За время наблюдения с 2015 года не такое уж безоблачное было состояние. Он, действительно, не был ни в каких галлюцинаторных или бредовых переживаниях, но надо помнить, что пациент все это время получал клопиксол депо, о чем есть четкие записи в карте наблюдения, эти инъекции контролировались. И доктор постоянно регулирует этот клопиксол-депо, по-видимому, ухудшения все-таки были. Клопиксол депо делается 1 раз в 10 дней, затем следующая запись на короткий промежуток осмотра — в 14 дней, потом он опять ее расширяет до 30. То есть пациент постоянно находился на лечении, возможно, этим объясняется отсутствие развития галлюцинаторных переживаний в дальнейшем. Состояния описываются как со сниженным настроением, так и с повышенным настроением. Повышенное настроение описывается как ускоренное мышление, дурашлисть, нелепость, как-то таких типичных маний не описано ни разу за этот период, что он не госпитализировался, их не было.

Употребление каннабиноидов мать не подтверждает, заявила, что она первый раз в жизни об этом слышит. Жена говорит, что каннабиноиды он употребляет достаточно регулярно, с юношеского возраста до текущего момента.

У него достаточно доверительные отношения с женой. И когда жена говорит, что у него не те глаза, что он очень быстро говорит, что он тараторит, он послушно идет с ней в диспансер на эту инъекцию. Так он и поступил в дневной стационар. Поскольку он со-

<sup>3</sup> Елена Владимировна Кузьмина, заведующая Отделением интенсивной острой психиатрической помощи ПНД № 19.

вмешал посещение дневного стационара с работой, посещения были не в рамках общего ежедневного режима а один-два раза в неделю. И наблюдающий его доктор не замечал никаких нехороших вещей, пациент оставался на прежней терапии: клопиксол депо, депакин 2 000 и тригексифенидил. Все это он переносил прекрасно.

Со слов жены, состояние оставалось стабильным, пока он не начал усиливать каннабиноиды и периодическую алкоголизацию. К нам он пришел 20 февраля, после инъекции 14 февраля клопиксол депо 400. Совершенно дурашлив, принес с собой каннабиноиды, демонстрировал нам, требовал, чтобы мы отпустили его покурить, несколько раз ходил, возвращался. Дурашливый, нелепый, но без злобности, без агрессивных переживаний. Но сделать инъекцию на тот момент мы все-таки не смогли, он нам твердо пообещал, что придет на следующий день. В этот день, 19.02 к нему выехали на дом и сделали акуфаз 50 миллиграмм. 20.02, он, как обещал, пришел в отделение интенсивной психиатрической помощи, провел у нас весь день, получал клопиксол таблетированный, дал проверить рот, оставался дурашливым, нелепым, но безвредным. И ушел домой. Дома была скора с женой, он сел за руль. И потом был госпитализирован.

Я хочу еще обратить Ваше внимание, что пациент сначала получил вторую группу инвалидности и несколько раз ее подтверждал. Впоследствии, видимо, произвел хорошее впечатление, и мы ему снизили до третьей.

**Ведущий:** Он пребывает в состоянии одурманивания, опьянения или нет?

**Е. В. Кузьмина:** Скорее, одурманивания каннабиноидного. Но он такой же описан и в течение всего дневника, что его наблюдают. Дурашливость — это типично для него в рамках обострения. Потом она уходит. — *А настроение при этом у него было какое?* — У нас он был с подъемом. Но отмечены и состояния со сниженным настроением, с пассивностью, апатией, с замкнутостью. В течение года могла быть быстрая смена фаз, в амбулаторной карте это описано.

**Врач-докладчик:** При поступлении соматический статус без особенностей. Неврологический также. Психический статус: пациент был гневлив, агрессивен по отношению к медицинскому персоналу, труднодоступен контакту. Речь была то монологом, то он отказывался категорически разговаривать. На месте он не удерживался, на замечания не реагировал, стремился постоянно выйти из кабинета. Во время беседы дистанцию не соблюдал, был дурашлив, при этом тут же раздражался, отвечал не по существу, активно жестикулировал. Фон настроения был крайне неустойчивый, с выраженной дисфорией. Мышление аморфное, малопродуктивное, речь по темпу ускоренная. Однако галлюцинаторной симптоматики ни на момент осмотра, ни далее в стационаре не обнаруживал. От лечения отказывался.

Первые дни госпитализации состояние оставалось также нестабильным. Оставался эмоционально напряжен, многоречив, навязчив, требователен, конфликтен. С врачом и с остальным медицинским персоналом дистанцию не соблюдал, требовал к себе особого отношения, не реагировал на замечания, становился гневлив, раздражителен, повышал голос, нецензурно бранился. Во время беседы активно жестикулировал. Мышление также оставалось в ускоренном темпе, непоследовательным, малопродуктивным с соскальзываниями. Фон настроения — с выраженной дисфорией. Крайне негативно относился к данной госпитализации.

На фоне лечения состояние с некоторой положительной динамикой. Стал спокойнее, продуктивному контакту доступен, в беседу вступает охотно, на вопросы отвечает в плане заданного, подробно, мимика живая, соответствует теме беседы. Фон настроения остается приподнятым. Мышление нецеленаправленное, с соскальзываниями, в несколько ускоренном темпе. Агрессии не проявляет, в режим отделения укладывается. Галлюцинаторной симптоматики также ни в поведении, ни в мимике не обнаруживает.

Лабораторные исследования все в норме. Осматривался специалистами, неврологом, хирургом, поскольку была травма коленного сустава, были сделаны назначения соответствующие. Терапевтом осматривался.

В настоящий момент терапия: клопиксол акуфаз 100 миллиграмм один раз в три дня, седалит 300 миллиграмм три раза в сутки и мидантан 100 миллиграмм три раза в сутки. Также назначение терапевта и хирурга.

По результатам патопсихологического обследования: “выявляются негрубо выраженные признаки дезорганизации когнитивных процессов, медленная врабатываемость, колебание уровня концентрации активного внимания. Невысокая результативность мнестических процессов в сочетании с умеренно-эндогенными нарушениями мышления. Расплывчатость суждений с частично сохраненными коррекционными возможностями. Со стороны эмоционально-личностной сферы выявляется повышенный фон настроения, склонность к импульсивности в поведении со снижением критической оценки своих поступков и последствий”.

**Врач-докладчик:** Спасибо. Теперь вопросы к докладчику. По истории болезни, по анамнезу, по динамике, по терапии.

— Скажите, пожалуйста, была у него галлюцинаторная симптоматика? — *Она описывается в двух более ранних выписных эпизодах, но на момент нашей госпитализации ее не было. Также пациент категорически отрицает наличие именно псевдогаллюцинаторной симптоматики, которая описывалась, но он подтверждает, что у него бредовые идеи: преследование, что его контролируют спецслужбы. И также*

он очень активно описывал, что все слышат его мысли. Это было в 2011 году, накануне госпитализации.

— Если говорить условно, у него сдвоенных фаз две, так получается? Одна — когда он был курсантом, совершенно был несостоятельный, хотели его отчислять, а потом к лету он стал получше. И вот еще одну Вы сейчас указали, да? Практически сдвоенная. Только, наоборот, он был в мании, а вернулся в больницу в депрессии, сам пришел в больницу в депрессии. — Да, однако, в выписном эпикризе не описывается снижение настроения. И сам он как-то снижение настроения не описывает — Зачем он пришел? — Он пришел, потому что не мог ничего делать, он был сонлив. Его больше беспокоило вот это. Он также активно выступает против назначения ему препарата галоперидол, но говорит, что плохо на него реагирует. — Теперь про вертолеты у меня вопрос. Вертолеты когда появились, когда за ним стали следить с помощью спецсвязи и так далее? — Это было как раз единственный раз, тогда же, когда он рассказывал, что ему казалось, что его мысли все слышат. — Так открытость мыслей, вертолеты, это было один раз? — Да, перед госпитализацией в 13-ю больницу. Это 2011-ый год. И причем супруга даже рассказывает, что он длительное время был на подъеме, в очень хорошем настроении. Его уговаривали госпитализироваться, он отказывался. И прошло очень много времени, сначала он стал гневлив, и поэтом уже, со временем, вот это появилось. И прошло, когда он госпитализировался. — А он Вам об этом рассказывал? Что ему казалось? Он с критикой об этом говорит или поверхностно? — Он рассказывает, скорее, поверхностно, что такое было. Он к этому никак не выражает своего отношения.

— А употребление наркотиков, алкоголя тогда было? Перед этим приступом? Или он развернулся это на чистом фоне? — У него с 12 лет регулярное употребление, систематическое. — А дозы меняет как-то? Он же не постоянно в наркотическом опьянении пребывает? — Он говорит, что употребляет, как только у него появляется возможность. Последние 4 года — один-два раза в неделю, постоянно. До этого как-то неопределенно. — А есть симптомы абстиненции? Когда он попадает в больницу в психозе, кроме психоза не описывается физический дискомфорт, связанный с интоксикацией? — Нет.

— Насколько я понимаю, в маниакальном состоянии можно говорить все, что угодно, а жена, мама, что говорят про интоксикацию? Я хотел уточнить это все, потому что нам будет важно. — Ну, мать пациента вообще все отрицает. Супруга иногда замечала. В тот момент, когда он употребил, он приходил домой какой-то, как она говорила, “не такой”. Но в целом супруга тоже не описывает ничего такого, чтобы это прямо определяло его жизнь. — А что на работе? Не замечали? — На работе нет. И менял он места работы по собственному желанию. Как он говорит,

ему на одном месте становится скучно, он там всех людей уже узнает и увольняется, и идет на новое.

— У меня вопрос такого позиционного характера. Так уж выяснилось, что он мой однокурсник. И мы были вместе в Сочи. И я его сейчас узнал. Я был свидетелем начала всего этого. Мне присутствовать можно?

**Ведущий:** Я не знаю, коллеги, как Вы, но я не вижу в этом большого криминала. Я бы только на Вашем месте с первого ряда пересел на последний. Поэтому что он может подумать, что Вы специально сели на первый ряд. У меня была точно такая же история, только пациентом оказался мой старый знакомый, с которым я давно не общался. Поэтому я Вас понимаю.

— Меня заинтересовала госпитализация в 2015 году, когда у него галлюцинаторной симптоматики не было, но было специфическое поведение, когда он уходил из дома и заявлял, что к нему домой кто-то проникает — это из выписки можно взять — кто-то как-то переставляет мебель, и параллельно он связывал с этим судебную тяжбу, события на Донбассе... Вы с ним не обсуждали этот вопрос? Сейчас он что-то говорит об этом? — Данную госпитализацию он никак не комментировал, хотя более ранние комментировал активно. Он говорит, что ту госпитализацию с трудом помнит. По поводу этих событий говорила мать пациента и супруга. Сам он это не комментировал, просто говорил, что был подъем, и как-то очень поверхностно это все описывал.

**Ведущий:** А психологическое исследование? Вы нам прочитали только заключение. — У меня есть заключение 2015 г., и еще он был осмотрен вчера. Сегодня, к сожалению, нет психолога, но я могу зачитаться. — Зачитайте, пожалуйста. — “Пациент продуктивному речевому контакту доступен, всесторонне ориентирован правильно. Понимает, что находится в психиатрической больнице. Со слов пациента, поступает в психиатрические больницы с 2006 года. Считает, что изменения психического состояния происходят с ним раз в четыре года. Лекарственную терапию принимает нерегулярно. Пациент называет изменения со стороны психики расхлябанностью, описывает такие симптомы как повышенный эмоциональный фон, настроение отличное, сокращение времени сна, увеличивается желание общаться с окружающими, стремление к творчеству — пациент пишет песни и стихи, исполняет их под гитару. Перед госпитализацией пациент также стал замечать изменение состояния, решил, что ночью будет писать стихи. Инициатором обращения за медицинской помощью выступила жена, которая, с его слов, препятствовала походу в магазин за чаем.”

В настоящий момент пациент жалоб не предъявляет, на поставленные вопросы отвечает немногоСловно. Периодически отклоняется в своих ответах от заданной темы. Отмечаются признаки неусидчи-

## **Шизоаффективное расстройство**

вости, в процессе беседы и обследования пациент несколько раз просился сходить в туалет, за водой, просто погулять по коридору. Склонен вступать в общение с окружающими его людьми. При расспросе со стороны когнитивных процессов отмечает плохое запоминание имен, людей, телефонов и адресов.

В ситуации обследования пациент легко воспринимает инструкции к предложенным интеллектуальным заданиям, при этом не всегда выдерживает их в процессе выполнения. Пациент знаком с большинством экспериментальных методик, поскольку многократно проходил психологическое обследование. Склонен комментировать задания, рассказывать про свои психологические знания, опыт во время обучения. Темп деятельности довольно быстрый, с колебаниями. При обращении со стимульным материалом неаккуратен, склонен к хаотичным, импульсивным действиям, при работе с методиками медленно вырабатывается последовательная тактика выполнения заданий.

По объективному материалу обследования представляется возможность сделать следующие выводы. На примере обследования произвольного внимания с помощью функциональной пробы таблицы Шульта выявляется замедленная врабатываемость пациента в деятельность с последующим улучшением результатов. Временные показатели — 61 секунда, 69, 59, 52 и 47. Уровень концентрации внимания неустойчивый. Непосредственная произвольная память с невысоким объемом первичной фиксации материала. При заучивании материала наращивание объема сохранно.

Следовое воспроизведение со снижением объема и наличием слов-привнесений. Кривая запоминания: 6, 8, 9, 9, 10, 5. Логически опосредованные процессы памяти на примере предъявления краткого сюжетного рассказа — со снижением продуктивности, в первый раз за счет невнимательного прочтения, второй раз — за счет привнесения собственных оценок и интерпретаций поведения персонажей, что уводит пациента от четкого изложения сюжетной линии.

Описанные нарушения гностических и аттенционных процессов могут указывать на остаточные явления дезорганизации психической деятельности со снижением продуктивности когнитивных процессов.

При построении ассоциативных связей для запоминания понятий, методика "Пиктограмма", ассоциативные образы формальны, фрагментарны и микрографичны. Объяснения ассоциативных связей с тенденциями к расплывчатости, с пафосными, трагическими акцентами. При построении предметных категорий отмечаются суждения с расплывчатой структурой в виде использования неадекватно широкого критерия. Расплывчатые суждения встречаются также при сравнении понятий.

Установление причинно-следственных связей по серии сюжетных картинок не нарушено. Нарушения

мыслительной деятельности характерны для эндогенной природы патологии, имеют умеренно выраженный характер.

Коррекционные возможности частично сохранены. Пациент в ряде случаев способен корректировать свои суждения, продуктивно использовать направляющую помощь. Явления нецеленаправленности также снижают коррекционные возможности, поскольку пациент при замечаниях импульсивно начинает выполнять действие с самого начала, не пытается скорректировать свои ошибки по ходу деятельности.

Данные прицельной личностной диагностики выявляют в актуальном состоянии пациента повышенный фон настроения, активности, ощущение ресурсного состояния и нереализованности заложенного потенциала. Может появляться избирательность внимания и восприятия с игнорированием значимости имеющихся проблем и ситуаций. Сочетание повышенных шкал экзальтации и демонстративности может указывать на восторженное восприятие действительности, склонность к самодемонстрации и ребячливому поведению. Снижение критической оценки своих поступков и их последствий. Присутствует склонность к импульсивным формам реагирования и поведение с пренебрежением социальными нормами, восприятие их как условности, в большей степени ориентацию на свои желания и стремления.

Таким образом, по итогам проведенного обследования, выявляются негрубо выраженные признаки дезорганизации когнитивных процессов, медленная врабатываемость, колебание уровня концентрации активного внимания, невысокая результативность мистических процессов в сочетании с умеренно-эндогенными нарушениями мышления, расплывчатость суждений с частично сохраненными коррекционными возможностями. Со стороны эмоционально-личностной сферы выявляется повышенный фон настроения, склонность к импульсивности в поведении со снижением критической оценки своих поступков и их последствий".

**Ведущий:** Спасибо. Приглашаем пациента.

## **БЕСЕДА С БОЛЬНЫМ**

— Проходите сюда, присаживайтесь. Давайте знакомиться. Меня зовут Андрей Аркадьевич. Вам хватит голоса так, чтобы вся аудитория услышала? Или микрофон Вам? — Надеюсь, что хватит. — Если что, у меня есть микрофон. Но я тоже тогда буду без микрофона. Так, Семен, все присутствующие здесь — врачи, психологи, здесь нет никого постороннего, это специалисты, которые знают, что такое конфиденциальность. Так что Вы можете не волноваться. — Только здесь один момент. — Давайте. — В присутствующих в зале есть один человек, которого я лично

знаю, мы с ним учились в одном университете. — Это Вас как-то беспокоит? — *Нет-нет, просто Вы говорите...* — Может быть, это даже неплохо? Этот человек — специалист, врач? — Да, врач. — И он может нам помочь, может быть, какую-то дополнительную информацию дать о Вас? — *Вполне возможно.* — Вы не возражаете? — *Нет, нет.* — Ну, отлично! Хорошо, как Вы сейчас себя чувствуете, что Вы можете сказать о своем самочувствии? — *Легкое волнение. То есть в связи с тем, что столько врачей сидит. Первый раз я вижу столько врачей рядом с собой. А так, в принципе, все нормально, все хорошо.* — Легкое волнение в связи с выступлением вашим? — Да-да-да, ораторское. — Постарайтесь все-таки как-то справиться с этим волнением, ладно? — *Окей.* — Потому что нам важно узнать, что с Вами происходит и происходило. Вообще, как Вы сами считаете, есть ли у Вас болезнь? Что с Вами? Почему так много госпитализаций? Почему так часто Вы оказываетесь в диспансере, в больнице? И инвалидность, кажется, у Вас оформлена, насколько я знаю. — *Инвалидность, да, есть.* — Вы еще молодой человек, Вам 30 с небольшим лет. — Да, все верно. На какой вопрос первый отвечать? — Первый, есть ли у Вас болезнь? — Да, я считаю, что болезнь у меня есть. Не знаю, как она называется, но она есть. — По Вашему мнению, откуда она? — Вообще, есть несколько вариантов развития событий, откуда она у меня. Во-первых, у меня отец имел заболевание шизофрении. А, во-вторых, у меня была травма головы в детстве, достаточно серьезная. Во-вторых, вот травма головы. Во-вторых, травма головы, а, в-третьих... в-третьих, даже не знаю. Нет, наверное, две причины. Первая, все-таки это наследственность. — Наследственность. Травма головы. — И травма головы, да. Но я больше склонен к первой — к наследственности. — А допускаете ли Вы во многом, что врачи называют болезнью, на самом деле, какие-то проблемы с характером? Может быть, какие-то Ваши просто обычные человеческие особенности вашей личности? Или все это болезнь? — Просто я вспоминаю первый раз свою госпитализацию. Вполне адекватные люди заметили, что во мне что-то не так. И я думаю, что если бы это был характер, они бы сказали: «Ну, чего-то парнишку штормит, характер у него, наверное, такой». Но они поняли, что это не характер. — Хотя первый раз, насколько я помню, там была безответная любовь? — *Нет-нет, первый раз, Вы имеете в виду?.. Я про госпитализацию говорю.* — А, Вы про больницу? — Про госпитализацию, да, уже конкретно, когда понятно, что болезнь. Любовь, там это все уже... — Это в школе? — Это в школе, да. Депрессия была первая, это так. — Вы ее называете депрессией? — Ну, мне на тот момент казалось, что да. Отсутствие аппетита, отсутствие вообще желания жизни. Не суициальные мысли, а отсутствие желания жизни элементарно. А что касается первой госпитализации, это да. Ну, люди, ко-

торые... грубо говоря, если в Военном университете офицеры и мои сослуживцы, они видели мое состояние, если бы они подумали, что это просто характер, они подошли бы, дали мне по чайнику и сказали: «Веди себя хорошо». Но если бы даже они так сделали, я бы не смог себя вести лучше, так как уже было плохо. — Это было в Подольске, да, насколько я помню? — Да, увезли меня в Подольский военный госпиталь. — Там военный госпиталь? — Да-да-да. — Да. И Вы тогда были комиссованы? — Я тогда был комиссован, да. Но я восстановился в этом же университете, только в качестве студента. И закончил его. Хотя врачи говорили, что я не закончу. — Но работаете Вы не по специальности? — Я даже не пробовал по специальности работать. — Да, Вы работаете мастером, связанным с покраской автомобилей? — Полировка. — Полировка, да. — Автомобилей, да. — И я так понимаю, что Вы частенько меняли места работы, автосалоны? — Да-да-да, менял. — С чем это связано? — Вообще, не люблю долго на одном месте сидеть. Полтора-два года максимум. Я люблю менять места. — Почему? — Либо это было еще по причине, например, я работаю, и опять у меня начинается подъем, да, госпитализация какая-нибудь, приходилось уходить. Ну, это было пару раз. Либо, например, с мастером каким-нибудь нестыковки, с начальством, тоже приходилось уходить. — А какого рода нестыковки бывали с мастерами? — Какие-то рабочие моменты. Там он приказывает то-то делать, а я понимаю, что это делать не нужно, например. И начинается конфликт. Такие нюансы. — То есть, давайте так, Вы не могли никак уступить? — Нет, я уступаю, но в разумных пределах. Когда человек уже наглеет, то извините. Но это тоже не так часто было, что я уходил с работы по причине конфликта, это, может, один раз. Я просто сейчас не буду вспоминать, сколько этих работ было. — Насколько мы все поняли, в вашей истории болезни, теперь уже будем ее называть тогда болезнью, не только подъемы и спады настроения. Там есть и всякие такие симптомы, которые мы называем бредом. — Да, и бред. — И даже вроде бы и галлюцинациями. — Галлюцинации я вот не припомню, на самом деле, в своей... Может быть, знаете, какая ситуация? Это мне ставили голоса, например. — Да. — Заезжаешь в больницу, тебя закалывают галопериодолом. Врач тебя вызывает на разговор. И спрашивает тебя чего-то про голоса. И ты такой сидишь, у тебя слюни текут. И: «Голоса есть?» Ты такой: «Да, есть голоса». И врач пишет: «Голоса есть». Все, есть голоса. Вот таким образом. — Хорошо. А что, если текут слюни, то нельзя сказать: «Нет, нет голосов»? — В этом состоянии, понимаете, чего-то там понять бывает. Голосов не было. — Но сейчас Вы, слава богу, не в таком состоянии. — Слава богу, да. — Поэтому скажите уже в нормальном состоянии, были они у Вас или нет? — Нет, голосов у меня никогда не было. Никогда. У меня была...

— Никогда? Но Вы представляете, что это? Вам рассказывали, может быть, пациенты? — Я представляю, что люди просто идут и сами с собой говорят. То есть отвечают кому-то. Кому-то отвечают, то есть с кем-то говорят. То есть, как будто ему в голову закидывают какую-то фразу, и он на нее отвечает. У меня такого не было. У меня была мыслительная жвачка, как мне один доктор сказал. — Что это? — Это когда ложишься перед сном, ну, ложишься спать, и весь день, например, ну, не весь день, основные дни, основные моменты дня ты начинаешь пережевывать: «Вот зачем я так поступил? Вот, может быть, мне надо было так сделать, а я сделал так? Может быть, вот так?» И вот так вот жуешь, жуешь, жуешь, жуешь... — Ну, ясно. — И вот это бывает у меня. — И хочется от этой жвачки избавиться? — Да, хочется избавиться, да. Вот такие моменты у меня были. — А было так, что эта жвачка есть, но Вам не хочется от нее избавиться? А, напротив, она даже Вам нужна и помогает. — Бывало такое. Наверное, такое тоже бывало, да. — И в этой жвачке есть как будто бы что-то такое сверху? Что-то Вам туда вкладывается? — Я понимаю, о чем Вы говорите. Нет, таких сверх каких-то инопланетных или внеземных... — Божественных. — Божественных, таких, наверное, не было. — Как-то просто бывало?.. — Бредовые мысли... у меня были бредовые мысли. — Давайте про бред тогда. Да, давайте про бред. — Про бред, да. Бредовые мысли. Была вообще абсолютно бредовая мысль то, что я в детстве поругалась с одним эстонцем, и мне в бреду казалось, у нас, в нашей стране проблемы с Эстонией из-за того, что я как раз с этим эстонцем поругалася. Вот такое. Прямо я верил в это истинно. — А там действительно в этот момент были проблемы с Эстонией у нас? — Они до сих пор у нас продолжаются, насколько я знаю, эти проблемы. И я верил, что это, наверное, из-за того, что мы тогда... — С Вами связано? — ...с Ваней поругались, и не надо было. — А еще какие-то истории про бред? — Еще про бред? Чего еще? — Тут мы все обращаем внимание на эту историю с вертолетами. — А, вертолеты, да. Вертолеты — это... ну, как бы все говорят, «большой брат», да, все за нами... за нами следит «большой брат», типа. И я считал, что эти вертолеты — это «большой брат». Только именно за мной следят, не за всеми, а конкретно за мной, потому что мое это, я такой вот важный персонаж, что именно за мной следят. Но это, я говорю, в качестве бреда, в моменты бреда это было. Не всегда. — Значит, так скажем, отправной точкой этого бреда было то, что Вы считали себя большим?.. — Большим важным, да, персонажем. — Важным персонажем, которого побаивается «большой брат»? — Ну, да. Наверное, что-то, раз за мной следят, значит, я чего-то там делаю. — Чем-то интересен? — Чем-то интересен, да. — И как же эта слежка видна была? Где Вы ее обнаруживали кроме вертолетов? — Кроме вертоле-

тов? — Потому что вертолеты-то действительно летают у нас тут. — Где еще? Люди казались, люди, идущие на улице, за мной следующие, казались, что они за мной идут. Я — налево, они — налево, я — направо, они — направо. Вот так. — А что-то такое фантастическое прямо совсем? — Фантастическое? — Люди меняют облик, например. Раз — и лицо прямо, как в кино, раз... — А! Я говорил, да, то, что в метро встречаешь человека, смотришь на него, видишь, как будто это твой знакомый, грубо говоря, из другого города. И ты смотришь, это вот он! Вот он! Но ты подходишь ближе и понимаешь, что это не он. Хотя ты был на 100 % уверен, что это он. Или вообще не подходишь к нему. То есть это не то, что тебе показалось, а вот прямо как галлюцинация, наверное, получается тоже. — А бывает наоборот? Когда знакомый человек вдруг начинает менять свой облик, и Вы его совсем не узнаете? — Нет, нет, такого не было. Нет, такого не было. Такого не было. — В эти моменты, когда возникал бред, возникал страх? — Нет, страх вообще отсутствует. У меня в стадии подъема страха вообще нет. Вообще никакого. — Но бред, же был не только во время подъема? — Бред? Во время подъема. — Только? — Только, да. В обычном состоянии... ну, в депрессии у меня не было бреда. Бред — только когда у меня подъем. Вообще, все мои психические проблемы возникали тогда, когда у меня была стадия подъема. Когда я в норме, когда я в ремиссии, у меня никаких проблем нет с этим. Мне ничего не кажется, никто, никакие вертолеты, никакие самолеты, ничего такого нет. А, еще вот бред! Телевизор. Вот, телевизор включаю, и радио тоже, включаешь радио, например, говорил только что с человеком о чем-то личном. Говорил, включаешь радио — и продолжается тема... — Этот разговор. — То, что ты говорил, она продолжается, да. Это совпадение, понятно и ежу, но ты на тот момент думашь, что это... — Неспроста. — Неспроста, они слушают, да. Или телевизор, то же самое, тоже чего-то тебе показалось, и ты тоже веришь свято, что это прямо про тебя снимают, сейчас прямой эфир прямо ведут. А трезвой головой думаешь и понимаешь, что это бред. — Доходило до такой степени, что вообще весь мир менялся? Все вокруг, казалось, имеет именно к Вам отношение. — Да, было, наверное. — Не просто телевизор, а вообще все! — Да, такое было. Но это было, наверное... да, это было, знаете, как? Этоказалось, что я — мессия, то есть... ну, это уже пик, это все, шиза полная, что я — спаситель второй, здесь Антихрист, он уже есть, типа, а есть мессия. И мессия — это я. И то есть я иду по улице, и все, я вижу всех. Я захожу в церковь, захожу в булочную, там воняет вонючими какими-то булками, захожу в туалет, там тоже вонь. Захожу в церковь, там хорошо. Вот в церкви со мной хорошо. А вот люди вокруг, которые в церкви, они там шарятся, попы вот эти пузатые ходят, мне они отвратны.

И думаю: “Вот, наверное, Бог дает мне такое, что вот...” — Предназначение. — Предназначение, что да, ты видишь все эту грязь, и ты должен с этим как-то... Но это, опять же, это в стадии, когда уже совсем шиза. — Но мессия в прямом смысле, то есть Вы чувствовали, что Вам надо эту миссию какую-то?.. — Нет-нет, я не чувствую, что чего-то надо делать. Просто вот то, что вот такие знания: сейчас вот период такой, а чего дальше, там покажут дальше. Но, я говорю, в стадии, когда уже полная шиза. — Хорошо. Вопрос, который тоже интересовал большую часть моих коллег и меня тоже, вопрос относительно употребления. Кроме каннабиса?.. — Ничего. — Точно? — Ничего. Один раз... — Никаких? — Один раз я пробовал амфетамин, мне покойный, кстати, друг, который вышел в окно из-за амфетамина как раз, подсыпал в стакан, ну, насыпал, подсыпал неправильно говорить, насыпал в стакан. Я выпил. И носился я, чего-то там сутки с лишним я носился, короче, по Москве. После этого я понял, что это не мой наркотик, вообще, абсолютно. И кроме каннабиса я больше ничего никогда в жизни не употреблял. Хотя были и попытки, угощали и героином, угощали и кокаином, но я отказывался всегда. — Почему? — Я понимаю, потому что химия — это, для меня, по крайней мере... — Это же кокаин и героин, это же не химия. — Ну, я не знаю. — Особенность кокаин. Это натурпродукт. — Я знаю просто его последствия. Я знаю последствия героина — героиновая зависимость, да? — Да. — Кокаин — это слишком дорого, как говорится. Ну, я даже и пробовать его не стал. А геройн, просто есть примеры в жизни. А каннабис — это растение. Которое растет из земли. — Да. Я понял, Вы только траву курили или гашиш тоже? — Гашиш тоже. Но гашиш не очень люблю. — А чем у Вас отличается приход от травы и от гашиша? — Гашиш большие как-то... седативного эффекта больше. — Ну, да, как у всех — То есть если под марихуаной хочется, появляется жизнедеятельность, то есть я пишу музыку, стихи, убираюсь дома, пылесошу, полочку какую-нибудь повешу, еще что, ну, как деятельность, то гашиш — хочется просто залипнуть перед телеком, сидеть, втыкать. — Но, тем не менее, Вы употребляли и тот, и другой наркотик, да? — Ну, как бы... — Я не думаю, что выбор происходил только потому, что у Вас было в наличии. Наверное, это еще Вы отталкивались от своего состояния? — Нет. — То есть то, чего Вы хотели? Хотели успокоиться или хотели, наоборот, возбудиться. — Нет, там по деньгам еще разница была. — Ну, не такая уж там и большая разница. — Ну, не такая уж, но копейка рубль бережет. — То есть Вам было в этом смысле все равно, то, что было, то и употребляли? — В этом плане да, да. Просто гашиша была доза меньшая. — А доза тоже зависела от того, сколько у Вас есть? А если у Вас, допустим, много есть? Вы как себе дозировали? — Нет, это жад-

ность, да. Это жадность. Когда много, делаешь много, когда мало, делаешь мало. — Ну, понятно. А если очень много? Или такого не было? — Очень много? У меня не было очень много. — Понятно. Разница же тоже есть, наверное, от дозы? Состояние, я имею в виду. Возьмем только траву. Одно дело, Вы выкурили один косяк, а другое дело, что Вы там целый мешок за день скурили. — Во-первых, я еще раз говорю, у меня не было никогда мешка. — Ну, хорошо. — И никогда большие грамма я никогда в руках не держал. Ну, может быть, полтора грамма. И, соответственно, покурить один косяк мне хватало на целый день. Ну, на полдня точно. Нет необходимости выкурить косяк и через полчаса еще раз его выкурить. — Вы понимаете, мы пытаемся разобраться, какие из Ваших состояний связаны с болезнью, а какие — с употреблением. Поэтому я такие вопросы и задаю. — А! Я считаю, что марихуана абсолютно не влияет на мои бредовые состояния. Именно когда я покурю, например, сейчас, когда был у меня подъем, последний подъем, тогда тоже были бредовые мысли. И когда я курил, меня успокаивало. И вставало все... меня успокаивало, седативка, все, я никуда не хотел бежать, я понимал, что у меня три пропущенных, мне нужно перезвонить, ответить, сказать и так далее. — То есть марихуана оказывала лечебный эффект? — Не лечебный, но седативный... ну, лечебный. Но лечебный, это грубо сказать, конечно. Помогает. То есть у меня вот эта тряпичка, она убиралась с помощью марихуаны. — Тряпичка есть и сейчас небольшая, я вижу. — Я просто волнуюсь, да, сейчас. — Но та тряпичка, о которой Вы говорите, это тряпичка все-таки другого плана, не такая, как сейчас? — Да, да-да. — А какая она? Что это? — Это суета. Как бешеный, как уголелый носишься. — Ускоренность? — Да. — А когда Вы в депрессии, какой эффект от марихуаны? — А в депрессии я был последний раз в 2009 году. Нет, не 9-ом. Короче, больше десяти лет назад я был в депрессии, я уже не помню, какой там. В депрессии я не употреблял марихуану. — И потребности нет? — Мне вообще не хотелось ничего делать в депрессии. Это было в 2006 году, депрессия. — Как складываются Ваши отношения с супругой сейчас, насколько они стабильны? — С супругой отношения не очень, так как для нее стало открытием, что я на протяжении всех этих лет употребляю марихуану. И она... — Для жены стало открытием? — Да, я все это время от нее скрывал. — Как Вам это удавалось? У нее что, насморк все время? — Удавалось, были свои ухищрения. Нет, действительно, это я не обманываю Вас. Многие мои друзья знали, и многие удивлялись: “Почему она тебя до сих пор не спалила?” Но когда пришел момент признаться уже... ну, просто там момент, она берет мои... говорит: “Дай телефон”. Я беру телефон, и она говорит: “Дай, я посмотрю”. И я понимаю, либо я сейчас ей отдаю и все, и она все узнает, либо я забираю и начинаю дальше врать, продолжая врать.

*Я решил отдать ей телефон. Она увидела там информацию определенную, и все, начался скандал. Человек смотрит "Первый канал" каждый день, с утра до вечера, у нее зомбированный мозг. "Наркотики — это ужасно! Наркотики — это плохо! Как я могла жить с наркоманом все эти годы и так далее!" И поэтому сейчас она уже... ну, я сомневаюсь, конечно, что мы разведемся, но она уже неоднократно мне об этом говорит, что: "Скорее всего, я с тобой разведусь". Хотя все это время, пока я употреблял, мы жили вместе, у нее не было никаких ко мне претензий. — То есть у Вас было?.. — Гармония. Гармония в семье была. — Все в порядке? Не было конфликтов серьезных? — Не было. Нет, были конфликты, но бытовые, обычные. Но не такие, что там... Тем более, много денег я из бюджета семейного на это не брал никогда. Не было того, что там, не знаю, 20 % семейного бюджета тратил на это. — А она работает? Или она сейчас с ребенком? — Она работает. Ребенок в садике, она работает. Я тоже работаю сейчас, я сейчас на больничном. — Вы работаете, как и раньше, в каком-то из автосервисов, да? — Я работаю, да, в определенном автосервисе, в кузовном цеху, полирую машины после окраски. — Да. — Четыре графика у меня по 12 часов. — Смотрите, Вы оказались в больнице 20 февраля. — Да. — В этот раз. Сегодня у нас... — 27-ое. — 27-ое, прошла неделя всего лишь. И то, что я читал, и мы все видели это состояние, описание Вашего состояния на момент госпитализации, тут даже есть доктор, которая Вас видела непосредственно, может быть, Вы узнаете ее? Здесь, когда Вы были в отделении таких неотложных состояний. Это прямо разница, как будто небо и земля. Вы сами-то тоже так ощущаете, что за эту неделю Вы прямо совсем другой? — Ну, да. Есть, да. — А Вы помните хорошо, что было? — Конечно, я помню, как я приходил в дневной стационар. Там смешно вспоминать, конечно. Ну, я был... я хамовато себя вел с персоналом, грубил, может, даже. Обращался с персоналом на "ты", хотя люди старше меня по возрасту. Ну, не очень хорошо себя вел, мягко говоря. — Там была, ладно, мы сейчас не о культуре поведения, мы сейчас об агрессии, о гневе. Вы были раздражены, на что? — Да, да. Я хлопал дверьми, уходил, сказал: "Не буду Ваше лечение. Отстой Ваше лечение. Я сам все сделаю". И хлопнул дверью. Но это такое поведение прям. Хотя они меня ждали на следующий день. Я приходил. Но все повторялось. — И там вот какие-то за рулём у Вас были нехорошие подвиги? — Были. — А это Вам куда-то надо было ехать, Вы куда-то спешили? — А это как раз я за марихуаной ездил. Ездил за марихуаной. — Ясно. А что случилось ночью вот перед госпитализацией? Жена вызвала ночью сконную? — Не, вечером. — Вечером? — Ну, поздним вечером. Ничего, я... — За день до этого Вы сделали инъекцию. — Да, сделал инъекцию. Я пришел. Там, знаете, какая ситуация? Там вообще был цирк. Я взял*

*гитару, пошел в магазин наш, у нас там магазин в моем районе круглосуточный, и там круглосуточно продают алкогольные напитки, ну легкий алкоголь, пиво. И мы там с местными алкашами, грубо говоря, начали играть под гитару, начали нас напаивать, мы еще больше играем, нас еще больше напаивают. Все. Как раз вечер, жена приехала домой, я пришел пьяный домой. И я говорю: "Мне нужно чай купить. Я не хочу спать ночью, я хочу пойти, взять крепкого чая и пить чай, и сидеть за компом, за компьютером". И, значит, я пришел домой, она пришла... короче, она меня не выпускала из квартиры. Я ее силком от двери оттянул, грубо тоже там. Ну, не ударил, ну так, короче, никогда так не делал с ней. Короче, говорю: "Мне нужно просто за чаем. Что ты делаешь?" И пока я ходил за чаем, она позвонила в скорую. Когда я вернулся, скорая уже приехала, и мы поехали сюда. Вот такая. А так я пью. — Понятно. — Или, может, я что-то путаю. — Вы мне представляетесь человеком достаточно хорошо образованным и понимающим, что такое психиатрия, что такое ваша болезнь. Возможно, Вы даже прочитали про нее или посещали занятия по психообразованию. — А я не знаю, я не знаю, какая у меня болезнь. Какая у меня болезнь? — Вы не знаете? — Я не знаю. — А, ну вот, видите. — Не, я в последний раз слышал — параноидальная шизофрения. Последний раз я слышал. — Такой диагноз Вам однажды выставлялся, да. — Да. А сейчас — не знаю. — Мы здесь собирались на такой большой консилиум как раз, в том числе, и с этой целью, чтобы собрать все мнения специалистов и высказать Вам в итоге консолидированное диагностическое суждение. — Ну, вот да там, да. — Есть разные мнения на этот счет, скажу Вам сразу. Ну, так вот, Вы знаете все это хорошо. Вы знаете прекрасно, к чему приводит употребление алкоголя, к чему приводит отказ от лекарств, или перекурирование марихуаны, скажем так. Правда ведь? Но Вы, тем не менее, все равно это делаете, находясь в ремиссии. Я про ответственность. — Перекурирования марихуаны у меня не было, потому что у меня нет возможности перекурировать марихуану. У меня нет столько денег, чтобы я перекуривал как Снуп Догг. А в ремиссии я находился... я находился в ремиссии, я и до сих пор считаю, что мне можно выпивать пиво иногда. Потому что отказаться полностью от пивных напитков я... Даже с друзьями в бар идем, ну я же не буду сидеть и молочный коктейль пить. — А допускаете ли Вы, что у Вас есть зависимость? — Пивная? — Ну, и марихуановая. — В принципе, да, допускаю, есть. Небольшая есть. — Может быть, Вам нужна помочь нарколога? — Нет, у меня даже от сигарет есть зависимость. У меня от всего есть. От молока у меня есть зависимость, я молоко люблю. — Может быть, нужна помочь нарколога? — Не, я считаю, мне не нужна помочь нарколога. — Не нужна? — Считаю, нет. — Но психиатра — нужна? — И психиатра не нужна. Понимаете,*

если бы тогда не приехала... Нет, ну сейчас мне помогли, спасибо большое. Но если бы тогда жена не вызывала, я бы и дальше гулял, дальше пил с гитарой там. — Но Вы же знаете, к чему бы это привело. — А к чему? Не знаю. — К психозу опять. К тому бреду, который Вы описываете. — Ну, а финал-то, финал-то какой? — Ну, слушайте, финал непредсказуемый и, к сожалению, небезопасный. — Вот, а мне иногда интересно, к чему бы меня могло это привести. — Ну, это бывают очень печальные финалы. В нашей практике мы сталкиваемся регулярно с такими. — А только печальные или бывают еще непечальные? Или, как правило, только печальные? — Все бывает. — Вот. Мне поэтому интересно. — Вы авантюрный человек. — Да, да. — Готовы рисковать. — Ну, я да. — И жизнью, и здоровьем. — Не, ну здоровьем, жизнью... Ну, на... — А у Вас дочь. — Я знаю, да. — Ну, ладно. Семен, я предложу моим коллегам несколько вопросов еще. Хорошо? — Ради бога, да.

— Прошу Вас, коллеги, вопросы.

— Семен, Вы так хорошо рассказывали о своих бредовых переживаниях и других своих переживаниях. Скажите, пожалуйста, Вы оговорились, что в период, когда Вы к нам ходили, у Вас тоже были бредовые переживания". Что Вы имеете в виду? — Бредовые переживания? А, у меня был, вот, да, был день встречи выпускников относительно недавно, 15 лет. И как раз парень там один у нас принес марихуану. И мы покурили марихуаны, и мне показалось под марихуаной, что я полностью осознал бессознательное Фрейда. И я просто всех своих одноклассников читал как с листа. То есть они что говорили, как себя вели, какие у них жесты были. И мне казалось, что я полностью их понимаю. Вот такой момент. Хотя... — Это был момент или это все длительно было? — Не, не, после этого продолжалось, да. То есть вот с этого момента началось. Но вплоть до тех пор, когда я к Вам ходил. — То есть это была неделя, две? — Ну, где-то так. Не, неделя, неделя. Где-то неделя. — А подъемы сейчас? — Такой вот, как, который Вы видели? — Вообще. — Да вообще, мне жена говорит еще, с какого там? Ноябрь, сентябрь, октябрь, ноябрь, декабрь. С января месяца говорит, что тебе уже надо было ехать. — Полтора месяца. Вот подъем. А вот восьмеркой ходили? — Да, да, да. Ну, это так, чисто дурачился. — Вы дурачились? — Дурачился, дурачился, ради шутки. Ради шутки.

— Скажите, Вы сейчас рассказывали историю, когда у Вас такой инсайт наступил, и Вы видели всех своих одноклассников. И Вы связываете именно с приемом марихуаны? Правильно? Я так понимаю, процесс запустился после приема марихуаны? — Да, я понял, что так, да. — А вот если провести аналогию с тем случаем с вертолетом — тогда тоже запустился процесс после приема марихуаны, когда Вам казалось, что большой брат следит за Вами? — Нет... ну в принципе... — Или это было на чистом фоне, без приема

каннабиса? — Не, вертолеты без каннабиса были. А вот эти одноклассники — это все-таки под этим. Но там не совсем бред был. Там реально я увидел какие-то моменты в одноклассниках, то, что я понял, одна девочка нравится другому пациенту. И в конце вечера я так и понял, что они в итоге ушли вместе. То есть это изначально было по их поведению видно. Но это не говорит, что я такой вот Зигмунд Фрейд. — Ну, а когда у нас Вы сидели, было ощущение тогда, что Вы знаете, о чем мы думаем, что мы на самом деле собой представляем? Притворяемся как? — Нет, нет. У Вас было попроще как-то. — А тогда, когда Вы поняли про этого парня и девушку. На этом все? Или что-то еще? — Да не было бреда тогда больше. Особо бреда не было больше. Просто был подъем, понимаете, вот это раскочегаривание, что бежать, лететь, прыгать, не знаю, скакать. — Ощущение собственной силы. — Да. Я объяснял здесь доктору, что, грубо говоря, сейчас бы на краю стола стоял маленький стаканчик вот такой, я бы теннисным мячиком вот так просто кинул бы и попал бы в него с одного раза. И в этом состоянии я бы мог так сделать. Но сейчас — нет. То есть это какой-то такой подъем духа.

— Скажите, пожалуйста, Семен, а вот с интоксикацией как-то связано воспоминание? — Нет. — Перед тем, как попасть сюда, много приняли? — Нет, не много. Сюда, попасть сюда? Нет, не много. — А как часто вообще? — Как часто вообще курю? — Нет, последний месяц. — Последний месяц как раз мало, потому что так сложилась ситуация, что их негде было взять. — И спиртное Вы нешибко употребляете? — Спиртное вот как разшибко было, потому что нечего было, и было спиртноешибко. Я даже в дневной стационаре пришел пьяный один раз. — А в состоянии интоксикации или в состоянии маниакального подъема, вот это ощущение, что Вы попадете шариком в стакан? — Это не ощущение, это так и было бы. — Когда чаще? В каком состоянии чаще бывает подобное? — Чаще, конечно, в состоянии подъема. Потому что так я не сделаю никогда просто так. А это не ощущение, это я не придумываю. Это действительно так. Ну, не то, что прям попал бы, ну в смысле попал бы, но не только шариком делают. Делают просто ловкость, зоркость — все вот, чувство, ощущение зрения, осязания, все вот улучшается. Как будто под наркотиком, но это не наркотики, это просто подъем мой. — То есть это в подъеме? — Это в подъеме, да. — В интоксикации такого нет? — Нет, нет, такого нет. Да это интоксикация, сидишь расслабленный или, наоборот, занимаешься какими-нибудь полезными делами.

— Скажите, пожалуйста, Вы всю жизнь были по характеру такой, как сейчас? — Да, наверное, нет. Я раньше был более склонен к такой... В школьные годы, например, 7–10 класс, я был очень агрессивный. Когда были модные фанатские движения всякие,

фанаты, скунхеды, и мы тогда очень яро любили драться. Прям агрессия кипела у нас. После этого я поступил в военный университет, с ребятами учился, и там уже эта агрессия куда-то ушла. То есть там как-то голова встала на место. Там уже более как-то лояльно стал к людям относиться. И более пугливый, может быть, даже стал, какой-то такой. Ну, и как-то так волнами все. Ну, характер, не знаю, основные черты характера, наверное, остались те же. — Какие? — Какие. Добротолюбие, наверное, самое главное. Человечность. Справедливость. Чувство справедливости. И какие-то еще, не знаю. Добрая, наверное, тоже. Я вообще человек не очень злопамятный. — Да. И общительность Вам тоже присуща. — Общительность, да, наверное. — Вы любите тусовку? — Люблю большие компании, да. — Предпочитаете ее больше, чем находиться с самим собой? — Да, это однозначно. С людьми мне интересней, чем одному с собой, самому с собой. Если только не в процессе написания там музыки или еще что-нибудь — тогда один. — Ну, да, это тонкий процесс творческий, там муга, там все. — Да, да.

— Я бы хотела узнать, Семен, Вы пишете стихи с детства? С какого возраста? — Не с детства. Где-то с 13. — С 13 лет. А вот муга, скажем, озарение к Вам приходит в состоянии покоя или в состоянии, когда подъем? — Вот лучше всего пишется в состоянии подъема, самое лучшее время. — В состоянии подъема. А в ремиссии Вы что-нибудь написали? — В ремиссии как раз ничего. — Ничего. — Вот последние 4–3,5 года я ничего не писал. Текста вообще не шли. — То есть только в подъемы? — Был подъем, да, и у меня сразу три текста. — А марихуана? Она помогает? — Нет, она не дает. Она никак, вообще никак. Кто-то говорит, что там покуришь, и у тебя там озарение. У меня нет такого. — То есть в 13 лет, получается, первый такой подъем был? — Не, не, в 13 лет мы там, в 13 лет как-то начинал, там вот эти стихи. — Просто рифмовал? — Да там. Огонь, вода. Там не знаю даже, сейчас не могу подобрать эти слова. — А сейчас серьезно занялся? — Ну, не серьезно, нет. Почему серьезно? Я никуда не рвусь, чисто для себя. Для себя, для друзей, для знакомых.

— Еще один вопрос. Вы давно принимаете литьй, да? Седалит? — Седалит, не знаю. Я последние 1,5–2 года на клопиксоле. — Только клопиксол? А седалит? — Клопиксол и депакин. — Только сейчас назначили. Давно Вы депакин принимаете? — Депакин? Ну, сколько... сколько, я не знаю.

**Ведущий:** У меня еще вопрос есть. А бывает похмелье? — Бывает. — Алкогольное? — Алкогольное, да. — И какое оно? Проявляется как? — Головные боли, тошнота. Крепкий чай, прогулка. — Трясун? — Ну, бывает, если совсем уж сильно выпить. — Бывает? — Если совсем уж сильно выпью. — Что такое крепкий чай, прогулка? Ну, что Вы там? — Нет, я не похмеляюсь, нет, нет. — Никогда? — Один раз вот

похмелился в своей жизни с пивом. Но это закончилось опять второй же пьянкой. Поэтому я нет, не похмеляюсь. — То есть получается, такого... — Таблетки от головы найз, нурофен. — Ну, понятно. То есть пиво не снимает похмелья? — Не, оно снимает, но это если продолжать пить. Но я-то таблетку найза и нурофена, и все. И чай, крепкий чай. — Этого достаточно? — Ну, поболеть придется там час-два. Я привык, у меня вообще бывают головные боли частенько, мигрени. Раз в месяц прям мигрень меня посещает. И бессонница раз в полгода у меня бывает. — Скажите еще, в какие сезоны в основном происходит подъем настроения? — Ноябрь, декабрь, январь — вот это три моих месяца. Ноябрь, декабрь, январь. — Всегда стабильно, примерно в это осенне время, у Вас начинается это состояние? — Да, да, да. Летом никогда не было. — Есть ли еще вопросы? Ну, тогда, Семен, может быть, есть вопросы у Вас? Ко мне или к кому-то из коллег моих. — Да нет, наверное. Спасибо. Поблагодарить хотел всех, что потратили на меня время свое. Надеюсь, оно с пользой тоже было. — С пользой. Но нам-то главное, чтобы оно Вам было с пользой. Мы хотим сейчас сделать все, чтобы Вы больше не попадали в больницу. — Не попадал сюда. — Да. Нам это совсем не интересно, чтоб Вы здесь лежали стационарно. — Понял, да. — Вот амбулаторная служба — это да, это очень важно для Вас. Но это зависит на 90 % от Вас, от того, как Вы в ремиссии будете ответственно относиться к своему здоровью. Это главное. И лекарственная терапия — это то, что может Вас действительно остановить от подъемов. — Да. Ну, у меня еще такая зависимость, раз в 4 года именно происходит рецидив. Непонятно, почему. — Мы это заметили тоже, да, такую зависимость. 4 года. — Ладно. — Ладно, все. Счастливо Вам. Удачи. Всего хорошего. — Спасибо.

## ОБСУЖДЕНИЕ

**Врач-докладчик:** В первую очередь мы рассматриваем основной диагноз — это приступообразная шизофрения, шизоаффективный вариант, маниакальный тип. В пользу данного диагноза свидетельствует наличие проявлений гневливой мании, как, например, при поступлении пациента. В течение всех госпитализаций доминировали именно аффективные нарушения. Выраженный эйфорический гневливый аффект, что определяло и поведение больного, и также его дурашливость, двигательное речевое возбуждение. Его демонстративное поведение и полное отсутствие критики к ситуации, к своему поведению на момент этих подъемов. Также, с его слов, отсутствие галлюцинаторной симптоматики, которая описывалась иногда. Также в пользу данного диагноза указывает наличие длительных устойчивых ремиссий на поддерживающей терапии. Его тип психологической конституции — гипертимный, и сохраняющаяся до

сих пор некоторая положительная оценка своего состояния на момент стационаризации.

В более ранних выписках указывался другой диагноз, параноидная шизофrenия, эпизодический тип течения с нарастающим дефектом. В пользу данного диагноза указывает наличие описанных псевдогаллюцинаций, хотя он это отрицает. Также симптом открытости мыслей, наследственная отягощенность, сохраняющаяся некоторая некритичность и впечатление об изменении личности больного. Но последнее, скорее, со слов супруги и матери, которые говорят, что он изменился по сравнению с тем, какой он был до первого эпизода болезни, он стал более холoden, хотя занимается ребенком, но очень отстраненно, и вообще не настолько эмоционально теплый к своей семье, чем был раньше.

Ну, также есть вероятность биполярного аффективного расстройства, поскольку имеется фазность процесса, доминирование аффективных нарушений в картине заболевания, наличие сдвоенной фазы, и присутствие ремиссии между аффективными приступами. Но мы больше склоняемся к первому названному диагнозу -приступообразная шизофrenия, шизоаффективный вариант, маниакальный тип.

**Ведущий:** Хорошо. Спасибо. Какие-то у Вас рекомендации по терапии, по ведению больного дальнейшему?

**Врач-докладчик:** В настоящий момент мы планируем придерживаться данной терапии, планируем клопиксол пролонгированный и седалит, под контролем литья в крови.

**Ведущий:** Хорошо. Спасибо. Прошу комментарии и свое мнение.

— Я психолог, поэтому мне немножко неловко высказывать мнение относительно диагноза. Как Вам сказать? Он очень стройно говорит, очень классно рассказывает, и у него очень интересные суждения о том, что он употребляет, как употребляет, что он в периоды употребления марихуаны становится очень активным. Очень стройно он все это рассказывает. Нет каких-то серьезных нарушений мыслительной деятельности. У меня сомнения закрались на тему того, что это вообще психическое заболевание. Это может быть расстройством личности и употребления психоактивных веществ. — Может быть.

**Ведущий:** Хорошо. Кстати, психологи тоже, вполне, могли бы высказать свое мнение.

— Я бы, наверное, высказался в пользу более тяжелого диагноза с учетом его социальной дезадаптации, наличия инвалидности, множественной госпитализации. И непонятный сейчас социальный статус. Да, он в браке, да, есть работа, но часто нет. Социаль но очень неблагополучный. А что касается фазности, мне кажется, это его внутренняя картина болезни. Если посмотреть на медицинскую документацию из доклада, то, по-моему, там не очень ясный аффект, не очень ясно видна фазность, это, скорее то, как он сам

объясняет свое состояние. То есть мне кажется, что он сам наверняка думает, что у него биполярное расстройство. Но судя по тому, что он высказывает, скорее, это F20.

— Я за шизоаффективное расстройство. Потому что, во-первых, он у нас в отделении лечится, мы его наблюдаем и видели при поступлении маниакальное состояние, которое, кстати, быстро копировалось на литии. Сейчас у него 0,6 литий. И я так понимаю, что он так быстро из мании не выходил. Ну, и, конечно же, здесь что? Раннее начало болезни, часто бывает при аффективных патологиях. Потом высокая критика, я считаю, что он критичен к своей болезни, он даже с такой насмешкой иногда говорил, что это он делал в бреду. Он четко отделяет, что он делал при приеме каннабиноидов, и что он делал в состоянии повышенного фонового настроения. Плюс ко всему, сезонность. Он говорит, что всегда ноябрь, декабрь, январь, в это время у него бывают подъемы. И, собственно говоря, он довольно сохранный. Хотя супруга с мамой говорят, что он изменился по характеру, но все мы со временем меняемся по характеру. Здесь я вижу, что когнитивно он сохранен. И, соответственно, всегда конгруэнтный аффект и бред, он сам говорит, что все бредовые состояния, вся психотика, которую мы набрали, идет только в состоянии повышенного фона настроения. — Понятно. Значит, F25, Ваша точка зрения? — Да. — И, соответственно, какие рекомендации в связи с этим по терапии? Такую же оставить? — Я думаю, что очень у него хорошо пошел литьй, мы это продолжим. Ну, и клопиксол его удерживает, была длительная ремиссия.

**Ведущий:** Хорошо. Спасибо. Еще мнения, какие? Пожалуйста, Виталий Николаевич.

**В. Н. Гладышев:** Когда мы готовили пациента на разбор, он поначалу казался достаточно простым. Но вот сейчас я вижу, что мы не ошиблись. Он не простой, есть, о чем поговорить, именно в плане более тяжелого течения его процесса. Хотя на первый взгляд, имеется аффективная симптоматика, она зафиксирована. И психотические расстройства, бредовая симптоматика, поведенческие расстройства — на фоне измененного аффекта, они уходят, когда уходит аффект.

Но я думаю, что мы здесь все-таки очень мало места уделили его зависимости от психоактивных веществ. И высажу несколько крамольную мысль, что картина клиническая несколько изменена и смягчена приемом наркотиков, потому что эта седация, изменения химического состава смягчают его поведение и не дают развиваться большим психозам. Ну, это я просто с дискутабельной точки зрения скажу.

Вообще для меня, я лично приверженец именно глауенства аффективной симптоматики, и на аффективной симптоматике именно может быть не только конгруэнтный аффект, но я убежден, что и не конгруэнтный. Если бред уходит вместе с аффектом. В дан-

ной ситуации, как бы он плохо себя ни вел, но смотрите, он работает, больше 4 лет он не госпитализировался, ходил в дневной стационар, был на приеме, принимал лекарственную терапию. Да, ему ее корректировали, но удерживался на работе, переходил из одного места в другое место.

Коллеги, Вы знаете, я в этом не вижу ничего особенного, потому что это только мы часто, как устроились в одну больницу, так здесь и работаем. А другие вполне себе меняют места работы, ищут. Он работает в приличных немецких больших салонах, никакой гаражный сервис не присутствует, там и соцпакет, и отпуск, и все остальное. Он играет в рок-группах, мы об этом сейчас не говорим, но там есть регулярные репетиции, они приходят, репетируют. Все репетиции, как он мне сказал, проводятся только в обычном состоянии, потому что там дисциплина, и человек не работает в группе, если он употребляет наркотики, алкоголь. В этом плане он тоже как бы остается на плаву.

По формальным признакам мы остановились на диагнозе шизоаффективное расстройство, все-таки у него были симптомы, которые можно отнести к симптомам первого ранга, открытость мыслей, галлюцинации. Я согласен. Мы очень легко порой отрицаем то, что написано нашими коллегами. Мы говорим: “Да нет, это так они написали, но ясно же, что этого не было”. Да? И вот сейчас он говорит: “Да не было у меня никаких галлюцинаций никогда. Этого не было”. Я всегда к этому осторожно отношусь и призываю так же аккуратно наших докторов относиться к записям своих коллег, сделанным ранее, если они не укладываются в Ваши теперешние представления.

Поэтому симптоматика была, и он был, конечно, очень брутален. Действительно, могло закончиться и более печальными последствиями, он очень рискованно ездил, вел асоциальный образ жизни к тому моменту. Он нуждается в продолжении терапии, в prolongированных лекарственных препаратах. После купирования острой фазы необходимо психообразование, реабилитационные мероприятия. Я хочу, чтобы наша служба подхватила этого человека по реабилитационной программе, выписка должна быть в полустанционарное отделение, чтобы преемственность была соблюдена. И действительно, его надо вести по жизни и, может быть, таким образом, мы сможем восстановить его функционирование.

Но это действительно сложный человек. Он сложнее, чем обычный биполярный пациент, который, может быть, ищет сам порой помощи. Он мне сказал одну вещь хорошую: “Вы знаете, больше всего на свете я боюсь той депрессии, которая у меня была в 2006 году”. Он помнит, что было 14 лет назад, что он хотел просто умереть, и это состояние было настолько тягостным, что он готов вынести все, лишь бы не вернулась та депрессия, которая была в 2006 году. Это я к тому, что мы должны понимать, как наши пациенты переносят депрессивные состояния, насколько

ко им тягостно, насколько им нужна помощь именно в депрессии. Ну, это так, к слову. Наш диагноз — приступообразная шизофрения.

**Ведущий:** Спасибо большое, Виталий Николаевич. Я скажу свое мнение. Спасибо всем. Я очень рад, что у нас проходят такие разборы, причем, в таком, довольно оживленном обсуждении. Потому что мы в очередной раз занимаемся классической на сегодняшний день дифференциальной диагностикой внутри группы эндогенных психических заболеваний. И это очень хорошо, потому, что это как раз и есть то самое клиническое мышление, от которого принципиальнейшим образом, я в этом убежден, зависит и наше терапевтическое участие в таких пациентах.

Это самое интересное поле — между биполярным аффективным расстройством и шизофренией, поле, в которое укладывается очень многое всего. В МКБ-10 есть рубрика F25, которую мы знаем как шизоаффективное расстройство, которое одной ногой стоит в биполярном расстройстве, а другой ногой стоит в шизофрении. Вы предпочли ту ногу, которая в шизофрении, потому что периодическая шизофрения или приступообразная шизофрения, шизоаффективный вариант — это отечественный перевод 10-й МКБ. На самом деле ничего такого в 10-й МКБ нет, там звучит просто “шизоаффективное расстройство”. Но для того, чтобы нашим врачам было легче к этому адаптироваться, написали, что это периодическая, то есть приступообразная шизофрения.

Соответственно, в этом поле действительно очень много сложностей. И проходил бы наш клинический разбор в Санкт-Петербурге, в Институте Бехтерева, в больнице Скворцова-Степанова, или еще где-то, 99 % поставили бы биполярное аффективное расстройство, я даже не сомневаюсь, поскольку это другая клиническая школа, не московская школа психиатрии. Сегодня здесь я слышу очень много мнений о том, что вообще это никакое не шизоаффективное, речь идет о параноидной шизофрении, а все аффективные расстройства, которые есть, это либо вторично, либо это вообще внутренняя картина болезни, а на самом деле все там идет непрерывно, параноидно и проградиентно.

Я не могу, конечно, говорить здесь ни о какой непрерывности и ни о какой прогредиентности. Давайте начнем с анамнеза. Немножко сумбурно, потому что я волнуюсь, эта тема очень мне важна. Болезнь длится, я посчитал, 18 лет. Нашему пациенту всего лишь 37, а болезнь длится с 9 класса. Вспоминаем, что именно тогда был первый аффективный эпизод, связанный с несчастной любовью, безответной. И ему тогда было 17, да? 16. Чуть поменьше, получается. Несчастная любовь безответная, он испытывает депрессивный эпизод, который сегодня описывает как спонтанную аффективную fazу. Когда я его спросил, Вы помните, как было тогда, он не начал рассказывать нам как реактивные пациенты, как психогенные пациенты, о том, что вот, тогда я не мог простить ей то, что она

мне, — ну, в общем, что-то такое с акцентом на ситуацию. А он сказал, что тогда я впервые испытал состояние, в котором я находился в таком состоянии малой активности, у меня не было настроения. В общем, не было никакого упоминания психотравмы. Это была настоящая, самая настоящая первая спонтанная аффективная фаза. Не очень типично для начала параноидной шизофрении, правда? Гораздо типичнее для начала некоего аффективного заболевания и, скорее всего, эндогенного.

Но дальше, к сожалению, его фазы стали носить абсолютно спонтанный характер, и с каждой последующей фазой стало понятно, что они биполярные, сдвоенные, и что преобладают маниакальные фазы. Маниакальные фазы очень длительные, очень интенсивные. И давайте мы представим себе настоящее большое биполярное аффективное расстройство, особенно 1-го типа, при котором во время маниакальной фазы нет вообще никакого бреда. Такое возможно или нет? Давайте мы вспомним предшественника БАР. А предшественник БАР — это маниакально-депрессивный психоз. Психоз. И именно этим словом Крепелин назвал это заболевание не случайно, потому что он указывал на то, что при маниакальном депрессивном психозе, особенно при маниакальных фазах этого психоза, обязательно возникают бредовые идеи величия, бредовые идеи особого значения, в том числе и персекоторный бред тоже.

Таким образом, современная концепция БАР предусматривает, как правильно сказал Виталий Николаевич, и не только конгруэнтные, но и неконгруэнтные аффекту, особенно маниакальному аффекту, бредовые и даже галлюцинационно-бредовые расстройства, и даже симптомы первого ранга, которые описаны у нашего пациента. Хотя вот такого четкого вкладывания мыслей, скажем, по крайней мере, сегодня мы не слышали. Возможно, в прошлом это и было.

Естественно, говорить об абсолютно классическом биполярном расстройстве невозможно. Естественно, здесь есть очень много, я соглашусь, и микрокататических симптомов начальных фазовых приступов, которые были у него уже после госпиталя Бурденко, когда он ушел, прям в настоящую кататонопараноидность в тот или иной момент. Но невозможно игнорировать ремиссии и невозможно игнорировать ремиссии такой частоты, когда ставишь диагноз параноидная шизофрения. Ну, нельзя закрывать глаза на такие ремиссии, в которых пациент не просто не теряет семью, а он ее находит. И он находит, судя по тому, что мы видим и слышим от пациента, вполне себе счастливую и благополучную семью. Он находит семью, в которой рождается ребенок, спустя много лет болезни. Он находит вполне квалифицированную работу, несмотря на то, что она не по профессии. Но самое главное, у него еще есть и высочайшая социальная активность, активность, которая

не может быть такой высокой и увеличивающейся у пациента с прогredientным течением шизофрении, когда социальная активность, наоборот, тает как лед этой зимой.

И смотрите, что мы видим, в конечном итоге, сегодня на экспериментально-психологическом исследовании: явных очевидных нарушений когнитивных функций по эндогенному типу нет. В беседе с пациентом мы видим абсолютную стопроцентную критику. Я не могу сказать, что он формально критичен. Да, конечно, он, может быть, недоговаривает каких-то своих мыслей, но в целом он совершенно спокойно разговаривает о том, что это болезнь, что у меня бывает бред, что я не хочу возвращаться в то состояние, которое было при депрессии и так далее, спустя 18 лет параноидной шизофрении. Возможно ли такое с непрерывным течением? Я не могу себе этого представить.

И смотрите, как он сожалеет о том, что произошло. Он еще неделю назад был в мании без критики абсолютной, грубой, гневливой, дурашливой, дисфоричной мании, а сегодня ему чуть-чуть не хватает, чтобы все-таки сказать слово “извините”. Он так вроде бы к этому подходит, но на “извините” пока не хватает лития, может быть, или чего-то еще. Но он абсолютно очевидно выходит из маниакального состояния. Может быть, “извините” и не нужно. Потому что, как мы понимаем, “извините” с корнем “вина”, и здесь, возможно, это “извините” пойдет, как мы знаем, в другую фазу, где эти вины могут стать гипертрофированными, и мы получим уже депрессивный приступ. Поэтому, может, как раз и хорошо, лития достаточно.

Теперь вот очень важный момент относительно, — опять же, анамnestически я пока еще веду анализ, — относительно его наркотизации и особенно алкоголизации, я бы так сказал даже. Потому что наркотизация носит вполне умеренный характер. Это классический нормотимический эффект малых доз марихуаны. Собственно, в большинстве европейских стран продается каннабис в малых дозах. А в тех странах, где легализована медицинская марихуана, она выписывается для нормотимии. Большая часть биполярных пациентов описывают нормотимический эффект марихуаны. Посмотрите, как он хорошо его описывает. Я его спрашиваю, какой эффект от марихуаны во время маниакального состояния? Он говорит: “Когда я покурю, у меня вот прибивается вот это мое безумие, — как он сказал, — вот этот мой трясун, когда у меня всего много”. И конечно, он ее применяет, и применяет без повышения дозировок, применяет без каких-либо абstinентных состояний, без перехода на другой более сильный наркотик, как это бывает при истинных наркоманиях и так далее. Так же он употребляет алкоголь. И вот здесь как раз, к сожалению, я бы акцентировал внимание именно на алкогольном злоупотреблении. Вот это, к сожалению, то, что действительно может привести к довольно серьезным по-

терял психического здоровья у нашего пациента. Те изменения, в том числе когнитивные, которые сегодня могут напоминать частично, как мне кажется, именно процессуальный дефект, на сегодняшний день относится уже к начинающейся алкогольной деградации. И симптоматическое употребление пива, и я думаю, что там не только пиво, но и другие алкогольные напитки, — в данной ситуации очень вероятно может привести к истинным алкогольным запоям, настоящим, диссоманическим таким состояниям, которые закончатся второй стадией алкоголизма со всеми вытекающими отсюда последствиями. Но это даже не самое главное. Главное, что это закончится изменениями личности в ту сторону. И весь этот романтический, скажем так, аффективный биполярный склад его личности заменит алкогольное упрощение, уплощение, деградация и примитивизация.

Значит, в психическом статусе я считаю, что на сегодняшний день сохраняется все-таки легкий гипоманиакальный флер, но при этом абсолютно точно видно лекарственное участие в его психическом состоянии, его постоянный трепет, который он с трудом сдерживает, заламывая даже руки за спинку кресла, чтоб это было не видно, он стесняется явно стесняется этого. Это, конечно, экстрапирамидный трепет, и ничего тут не поделаешь, все-таки зуклонентиксол — препарат с достаточно мощной дофаминовой блокадой, и понятное дело, что эта экстрапирамидная симптоматика присутствует.

И, тем не менее, я думаю, что все-таки клопексол — не его препарат. Не только с учетом того, что он его так плохо переносит, и у него экстрапирамидное расстройство, но еще и потому, что он не совсем подходит под предупреждение, под препарат, позволяющий нам предупредить или предотвратить срыв аффективной фазы в ремиссии. Для меня это вопрос между биполярным аффективным расстройством и шизоаффективным психозом. Это вопрос абсолютно риторический, потому что в этом конструкте для меня это в принципе знак равенства.

Я не вижу необходимости что-то менять с точки зрения лекарственной, разбираясь в конструкте между шизоаффективным расстройством и биполярным. Но, тем не менее, любителей скрупулезного ананкастного диагностического подхода я адресую к великолепным работам нашего автора, Галины Петровны Пантелеевой, которая много лет занималась дифференциальной диагностикой шизоаффективного психоза, шизоаффективного расстройства. На мой взгляд, в мировой практике это одни из самых удачных работ. Там вышла серия диссертаций, посвященных именно этой проблеме, в которых в конечном итоге вся эта группа шизоаффективных расстройств была очень красиво поделена пополам — на шизодоминантную и аффектдоминантную формы. И вот эта самая аффектдоминантная форма, которая, как мне кажется, как раз и есть у нашего пациента, лежит все-таки больше

в полюсе биполярного расстройства, а шизодоминантная форма лежит в полюсе приступообразной шизофрении, если говорить нашими старыми конструкциями. Или еще, может быть, лучше сказать, приступообразно-прогредиентной шизофрении или шубообразной, которую раньше мы знали именно таковой.

И вот в этих работах очень хорошо приведена definicija прямо по каждой психической функции — по мышлению, по аффекту, по вниманию. Кстати, в психологическом исследовании у него преобладает расстройство внимания. Там прямо несколько раз подчеркнуто, что именно расстройства внимания определяют продуктивность его когнитивных функций и всего остального. И, как мне думается, этот пациент как раз ближе к аффектдоминантной форме.

Почему это так важно? Потому что при шизодоминантной форме мы нормотимический эффект достигаем, прежде всего, за счет нейролептика, и нормотимик в данной ситуации выступает все-таки препаратом второго выбора, для улучшения, для повышения эффективности нейролептической терапии. При аффектдоминантной форме мы ограничиваемся и вообще можем перевести пациента на монотерапию нормотимиком и с нейролептиком вообще не связываться. В принципе, не исключено, что его нон-комплаенс связан как раз с плохой переносимостью нейролептической терапии в ремиссиях. А достижения комплаенса, как мы знаем, при биполярном расстройстве не менее актуально, чем при шизофрении, а может быть, даже и более актуально. И поэтому, с моей точки зрения, этого пациента вполне можно вести на монотерапии нормотимическими препаратами, в том числе и сейчас, постепенно уводя из его лекарственной схемы нейролептики, особенно такие как зуклонентиксол. Литий держится хорошо в крови, 0,6, насколько я знаю. И, на мой взгляд, это идеальный вариант для такого пациента как этот, для пациента с классическим вариантом первого типа биполярного расстройства, читай — шизоаффективного расстройства с аффектдоминантной формой.

Обращает на себя внимание еще один момент. Вы не случайно обратили внимание на личностные расстройства нашего пациента. С моей точки зрения, его взаимоотношения в семье представляют очень большой интерес с точки зрения приложения психотерапии. Психотерапии, ориентированной, прежде всего, на его личность, а не на работу с его болезнью, с его аффективными и наркоманическими расстройствами и так далее. У него очень интересная личность — достаточно сложная и одновременно богатая, в которой, как мне видится, много противоречий, конфликтов с самим собой. Мне очень понравилась песня, которую Вы поставили. По-моему, в этой песне много хорошего и тонкого юмора относительно людей в белых хатах и так далее.

На мой взгляд, очень важно дополнять лекарственную терапию у таких пациентов психотерапевтической работой, и здесь подойдет и групповая, и индивидуальная психотерапия. Я думаю, что в таком режиме наш пациент действительно может на длительное время, а то и до конца своей жизни оказаться в той самой ремиссии, в которой ему не потребуется ни инвалидность, ни госпитализация, ни что-то еще. В этом смысле у меня вполне благоприятный прогноз. Это мое частное мнение. Я, естественно, понимаю прекрасно, что в нем тоже есть свои пробоины и свои слабые места. Но пока я клинически вижу эту ситуацию так.

— *И все-таки, если не клопиксол, то какой нейролептик?* — Для меня, в принципе, если говорить о биполярном расстройстве 1-го типа или шизоаффективном с преобладанием маниакальных фаз, препаратами выбора являются атипики, у которых название заканчивается на “апин”. Это, соответственно, кветиапин, оланzapин, и даже клозапин. Но только не те названия, которые заканчиваются на “дон”. — *А арипипразол?* — Я понимаю, что арипипразол тоже рекомендуют в таких ситуациях, но это уже, знаете, препараты выбора по эмпириическим предпочтениям, но никак не по научным. Вы меня спросили про мои личные эмпирические предпочтения, они у меня такие. Хотя я прекрасно понимаю, что арипипразол тоже стоит на первом месте, когда мы говорим о таких аффективных расстройствах.

**В. Н. Гладышев:** Его музыкальное творчество довольно интересно, и мы хотели немножко разнообразить подачу информации, выбирая песню. На самом деле он работает в нескольких направлениях. У него есть совершенно современный рэп, я думаю, очень хорошего уровня, насыщенного такого, плотного, и талантливого, я бы сказал. У него рифмы, как он говорит, не бровь-огонь, бровь-любовь-морковь и так далее, а такие своеобразные рифмы. Вот эта песня была с неким драматизмом, мы ее прекратили, потому что там потом некоторые слова, барышням нежелательно слушать. Но у него есть и достаточно жесткие хардовые песни. В общем, он работает в не-

скольких направлениях. И его песни чем-то берут. Мы несколько прослушали, и все они нам не показались творчеством психически больного человека. И мы выбрали эту песню, потому что он поет о нас, о психиатрической больнице. Все помнят и Высоцкого, и Галича, которые тоже иногда эти темы затрагивали. И он пел о том, о чем у него душа была, — и решетки там, и врачи приходят, они не понимают нас.

И еще маленько добавление. Я думаю, что если ему изменить диагноз, то у него будут проблемы с инвалидностью.

**Ведущий:** Да, будут проблемы с инвалидностью. Это как раз очень интересная тема. Возможно, она касается уже моей паранойи, но у меня есть ощущение некоторой установочности в его госпитализациях. Я прекрасно понимаю, что это мои досужие размышления и так далее. Но, тем не менее, я не могу исключить и агgravацию. То есть не диссимуляцию, а агgravацию каких-то психических расстройств, в том числе и психотических, которые мы знаем по анамнезу. В тот момент, когда у него была МСЭК в диспансере или в 13-й больнице, у него вдруг появлялись параноидные переживания, и он в слюнах говорил: “Да, у меня есть голоса”.

Я видел много пациентов с биполярным аффективным расстройством, которые очень любят выступать, рассказывать про свои аффективные нарушения, и рассказывают это не просто, а с некоторой долей преувеличения, мягко говоря. Эта агgravация может быть связана не только с получением группы инвалидности, но с чем угодно, в том числе, допустим, каким-то семейным аспектом его жизни. Ведь все же происходит на глазах у жены, которая не знает ничего про потребление марихуаны, а тут узнала. “Так у меня проблема не из-за марихуаны, а из-за того, что я психически болен. А это повод для того, чтобы ты меня пожалела”. В общем, я понимаю прекрасно, что здесь я уже выступаю как психолог, а не как психиатр, скорее. Но мне кажется, что этого не хватает в работе с этим пациентом. Ладно. Спасибо вам большое, дорогие коллеги, за отличный разбор.

# ПСИХИАТРИЯ И ПРАВО

---

## Право пациента на получение копий медицинских документов (продолжение)

Ю. Н. Аргунова

Рассматриваются утвержденные приказом Минздрава России от 31 июля 2020 г. № 789н порядок и сроки предоставления пациентам медицинских документов (их копий) и выписок из них. Подчеркивается, что установленный порядок, в т.ч. в части выдачи копии медкарты, в полном объеме без каких-либо условий, изъятий или ограничений распространяется и на пациентов психиатрической службы. Указывается на несогласованность данного нормативного акта с Федеральным законом от 31 июля 2020 г. № 271-ФЗ, внесшим изменение в ч. 2 ст. 22 Федерального закона “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” в отношении прав законных представителей несовершеннолетних пациентов, достигших возраста, установленного ч. 2 ст. 54 указанного федерального закона.

**Ключевые слова:** права пациента; выдача копий медицинских документов

Итак, свершилось! Министерство здравоохранения Российской Федерации 24 сентября 2020 г. зарегистрировало, наконец, долгожданный приказ Минздрава России от 31 июля 2020 г. № 789н “Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них”. Данный нормативный акт призван обеспечить механизм реализации положений ч. 5 ст. 22 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” (далее – Закон № 323-ФЗ) о праве пациента получать медицинские документы, отражающие состояние его здоровья, их копии и выписки из них.<sup>1</sup> Для разработки данного механизма министерству потребовалось 9 (!) лет.

**Порядок и сроки предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них** (далее — Порядок) устанавливают правила и условия выдачи медорганизациями пациенту либо его законному представителю меддокументов, отражающих состояние здоровья пациента, в т.ч.:

- медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях;
- результатов лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных видов диагностических исследований;
- иных меддокументов;
- копий меддокументов и выписок из них, если законодательством РФ не предусмотрен иной порядок предоставления (выдачи) меддокумента опреде-

ленной формы, копии меддокумента либо выписки из меддокумента.

Для получения меддокументов (их копий или выписок) при личном обращении или по почте пациенту либо его законному представителю следует представить запрос об их предоставлении *на бумажном носителе*. Запрос подписывается законным представителем пациента в случае если пациентом является несовершеннолетний, не достигший возраста, установленного ч. 2 ст. 54 Закона № 323-ФЗ<sup>2</sup>, либо лицо, признанное недееспособным. Запрос может быть сформирован *в форме электронного документа*. Он подписывается пациентом либо его законным представителем с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи или простой электронной подписи посредством применения федеральной

<sup>2</sup> Имеются в виду несовершеннолетние в возрасте моложе 15 лет и больные наркоманией моложе 16 лет. В этой части установленный Минздравом Порядок не согласуется с новой редакцией ч. 2 ст. 22 Закона № 323-ФЗ. В тот день, когда был издан приказ Минздрава, Президентом Российской Федерации был подписан Федеральный закон от 31 июля 2020 г. № 271-ФЗ, который внес изменения в ч. 2 ст. 22 Закона № 323-ФЗ. Была частично устранена имевшаяся коллизия между общими положениями ст. 64 Семейного кодекса РФ и специальными нормами ст. 22 Закона № 323-ФЗ в отношении права законных представителей несовершеннолетних, достигших 15 лет (наркоманов, достигших 16 лет) на информацию о состоянии их здоровья. Теперь согласно ч. 2 ст. 22 Закона № 323-ФЗ информация о состоянии здоровья лиц, уже достигших возраста, установленного ч. 2 ст. 54 Закона № 323-ФЗ (т.е. несовершеннолетних старше 15 лет и несовершеннолетних больных наркоманией старше 16 лет), но не приобретших дееспособность в

<sup>1</sup> Подробнее об этом — см. предыдущий выпуск журнала.

государственной информационной системы “Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)”, единой системы идентификации и аутентификации, федеральных государственных информационных систем в сфере здравоохранения, государственных информационных систем в сфере здравоохранения субъектов РФ, медицинских информационных систем медорганизаций и иных информационных систем, предназначенных для сбора, хранения, обработки и предоставления информации, касающейся деятельности медорганизаций и предоставляемых ими услуг.

Запрос составляется в свободной форме и содержит:

1) сведения о пациенте (его законном представителе):

- фамилия, имя, отчество (последнее — при наличии);
- реквизиты документа, удостоверяющего личность;
- адрес места жительства (места пребывания);
- почтовый адрес для направления письменных ответов и уведомлений; номер контактного телефона (если имеется); адрес электронной почты (при наличии);

2) наименования меддокументов (их копий или выписок), которые пациент либо его законный представитель намерен получить, и период, за который он намерен их получить;

3) сведения о способе получения запрашиваемых документов (на бумажном носителе — при личном обращении или по почте; в форме электронных документов — посредством направления в личный кабинет пациента (его законного представителя) на Едином портале государственных и муниципальных услуг с использованием единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения или посредством информационных систем, указанных в ч. 1 и 5 ст. 91 Закона № 323-ФЗ);

4) дату подачи запроса и подпись пациента либо его законного представителя (для письменного запроса).

---

полном объеме, предоставляется не только этим лицам, но также их законным представителям до достижения этими лицами совершеннолетия. Впрочем, изменения, внесенные в ч. 2 ст. 22, привели к новой коллизии норм. Она возникла между ч. 2 ст. 22 и п. 4 ч. 4 ст. 13 Закона № 323-ФЗ, по-прежнему допускающей предоставление родителям сведений, составляющих врачебную тайну несовершеннолетнего, без его согласия лишь при условии, что он не достиг возраста, установленного ч. 2 ст. 54. То есть предоставление сведений родителям несовершеннолетних, достигших возраста, установленного ч. 2 ст. 54, возможно лишь с согласия несовершеннолетних. Несмотря на имеющиеся противоречия в законе, медорганизации с учетом новой редакции ч. 2 ст. 22 Закона № 323-ФЗ будут вынуждены рассматривать запросы на получение меддокументов (их копий и выписок) также и от законных представителей несовершеннолетних пациентов 15 лет (больных наркоманией 16 лет), что вызовет некоторые трудности.

При отсутствии в запросе перечисленных сведений и (или) документа, подтверждающего полномочия законного представителя, медорганизация в письменной или электронной форме информирует об этом пациента либо его законного представителя в срок, не превышающий 14 календарных дней со дня регистрации запроса.

В случае запроса оригиналов следующих меддокументов пациенту либо его законному представителю предоставляется их копия или выписка из них, за исключением случаев формирования указанных меддокументов в форме электронных документов:

- медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях;
- медицинская карта стационарного больного;
- история развития новорожденного;
- история развития ребенка;
- медицинская карта ребенка;
- индивидуальная карта беременной и родильницы;
- история родов;
- медицинская карта стоматологического пациента;
- медицинская карта ортодонтического пациента;
- протокол патолого-анатомического вскрытия (ст. 14, 67 Закона № 323-ФЗ);
- протокол патолого-анатомического вскрытия плода, мертворожденного или новорожденного;
- медицинская карта прерывания беременности.

Закрепление в данном нормативном акте права пациента получить полную копию медкарты (истории болезни), а не отдельные составляющие ее документы, заслуживает безусловной поддержки. Данное право пациента приходилось долгие годы отстаивать в суде. Надеемся, что теперь многочисленные судебные споры между пациентом и медорганизацией будут сведены к минимуму.

Вместе с тем, следует предостеречь медработников от желания истолковать выше приведенную норму таким образом, что решение о том, предоставить пациенту копию медкарты (как указано в его запросе) или заменить ее выпиской, отдано на их усмотрение.

При подаче запроса лично, а также при личном получении меддокументов пациент должен предъявить документ, удостоверяющий личность, а законный представитель — также документ, подтверждающий его статус.

Предоставление копий меддокументов и выписок из них на бумажном носителе осуществляется в количестве 1 экземпляра.

К меддокументам (их копиям, выпискам) могут прилагаться аналоговые изображения (рентгенограммы, флюорограммы, фото-, киноизображения, микрофото) или цифровые изображения на цифровых носителях (магнитных лентах, CD- и DVD-дисках, магнитно-оптических дисках), за исключением меддокументов в форме электронного документа, при условии наличия в медорганизациях соответствующих

архивных данных. Указание на необходимость их предоставления должно содержаться в запросе.

Как следует из п. 8 Порядка, максимальный срок выдачи меддокументов (их копий) и выписок из них с момента регистрации запроса в медорганизации не должен превышать сроков, установленных законодательством о порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации. При этом в нормативном акте дается ссылка на Федеральный закон от 2 мая 2006 г. № 59-ФЗ “О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации” (далее — Закон № 59-ФЗ). Как известно, согласно ч. 1 ст. 12 Закона № 59-ФЗ предельный срок рассмотрения обращений составляет 30 дней со дня регистрации обращения. Применительно к рассматриваемым правоотношениям такой срок представляется явно завышенным. У медорганизаций, как правило, нет причин затягивать рассмотрение запроса, они могут руководствоваться более приемлемыми, как говорят юристы, “разумными” сроками, например 10-дневным сроком.<sup>3</sup>

Установленный Минздравом Порядок предусматривает лишь один случай ускоренной выдачи меддокументов. Установлено, что в случае нахождения пациента на лечении в стационарных условиях или условиях дневного стационара, выписка из меддокументов, копии меддокументов предоставляются пациенту либо его законному представителю *в суточный срок с момента обращения* (абз. 2 п. 8).

Выписка из меддокументов на бумажном носителе оформляется в произвольной форме с проставлением штампа медорганизации или на бланке (при наличии), подписывается врачом (фельдшером, акушеркой), заверяется печатью медорганизации (при наличии). В оттиске печати должно идентифицироваться полное наименование медорганизации, соответствующее наименованию, указанному в ее учредительных документах (уставе), и выдается пациенту (его законному представителю).

Копии меддокументов, изготавливаемые на бумажном носителе методом ксерокопирования, заверяются на последней странице отметкой “Копия верна”, подписью ответственного медработника с указанием его фамилии, инициалов, должности и даты выдачи копии, а также печатью (при наличии), на оттиске которой должно идентифицироваться полное наименование медорганизации, соответствующее

наименованию, указанному в ее учредительных документах (уставе).

При формировании меддокументации в форме электронных документов в соответствии с Порядком организации системы документооборота в сфере охраны здоровья, утвержденным Минздравом России<sup>4</sup> в соответствии с п. 11 ч. 2 ст. 14 Закона № 323-ФЗ, медорганизация по запросу изготавливает на бумажном носителе копии электронных меддокументов и выписки из них.

При наличии технической возможности меддокументы и выписки из них в форме электронных документов, подписанные усиленной квалифицированной электронной подписью медработника, а также усиленной квалифицированной электронной подписью лица, уполномоченного действовать от имени медорганизации, направляются пациенту или его законному представителю в соответствии с Порядком организации системы документооборота в сфере охраны здоровья в части ведения меддокументации в форме электронных документов, в т.ч. посредством направления с использованием единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения в личный кабинет пациента (его законного представителя) на Едином портале государственных и муниципальных услуг с использованием единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения.

Сведения о медработниках должны быть внесены в Федеральный регистр медицинских работников единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения<sup>5</sup>, а сведения о медицинских организациях — в Федеральный реестр медицинских организаций единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения.<sup>6</sup>

Работник медорганизации, на которого возложены функции по предоставлению меддокументов (их копий и выписок), осуществляет:

- 1) регистрацию запросов в день их поступления в медорганизацию;
- 2) хранение поступивших запросов;
- 3) оформление копий меддокументов;
- 4) выдачу меддокументов (их копий) и выписок из них, а также направление электронных документов;
- 5) ведение, в т.ч. в электронной форме, журнала приема запросов и выдачи меддокументов (их копий) и выписок из них.

<sup>3</sup> См., например, ч. 1 ст. 48 Закона о психиатрической помощи, предусматривающую 10-дневный срок рассмотрения вышеуказанным органом жалобы на действия медработников, ущемляющие права и законные интересы граждан при оказании психиатрической помощи.

<sup>4</sup> По нашим данным, на момент публикации статьи нормативный акт, на который ссылается Минздрав России, отсутствует. (См.: проект приказа Минздрава России “Об утверждении порядка организации системы документооборота в сфере охраны здоровья в части ведения медицинской документации в форме электронных документов” (проект 01/02/07-20/00106496).

<sup>5</sup> Пункт 6 Положения о единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения (утв. постановлением Правительства РФ от 5 мая 2018 г. № 555).

<sup>6</sup> Пункт 10 Положения о единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения.

Несомненно важным является правило о регистрации запроса в день его поступления<sup>7</sup> в медорганизацию. Очевидно, что имеются в виду случаи поступления запроса не только по почте, но и в ходе личного приема пациента. Пациенту нельзя отказывать в представлении отметки о получении (регистрации) запроса, например, на втором экземпляре запроса, с указанием даты и входящего номера.

В случае выбора способа получения меддокументов по почте соответствующие меддокументы направляются заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении.

Запись о предоставлении копий меддокументов или выписок из них вносится в меддокументы пациента.

Факт выдачи меддокументов фиксируется записью в журнале, которая должна содержать:

1) указанные выше сведения о пациенте;

2) в случае обращения от имени пациента его законного представителя — сведения о законном представителе;

3) дату подачи запроса и дату выдачи меддокументов (их копий) и выписок из них или дату направления меддокументов (их копий) и выписок из них в форме электронных документов, а также адрес электронной почты пациента или его законного представителя;

4) наименование выданного документа с указанием его типа: оригинал, копия, выписка (в случае выдачи копий меддокументов и выписок из них указывается период времени, за который они выданы);

5) срок возврата оригиналов меддокументов;

6) подпись пациента либо его законного представителя о получении меддокументов (их копий или выписок), за исключением случаев их направления заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении либо в форме электронных документов;

7) сведения о медработнике, который произвел выдачу (направление) меддокументов (фамилия, инициалы, должность), его подпись (усиленная квалифицированная электронная подпись в случае ведения журнала в электронной форме).

Принципиально важно, что установленный Минздравом Порядок в полной мере без каких-либо условий, изъятий или ограничений распространяется и на пациентов психиатрической службы. Предусмотрено лишь правило, вытекающее из повышенных требований к соблюдению врачебной тайны в отношении пациентов данной категории. В соответствии с п. 14 Порядка при оформлении копий меддокументов и выписок из них в медорганизациях, оказывающих **психиатрическую**, наркологическую помощь, медицинскую помощь ВИЧ-инфицированным гражданам, используются печати или штампы без указания профиля медицинской помощи, оказываемой медорганизацией. Исключение составляют случаи, когда в самом запросе содержатся требования о предоставлении копий меддокументов или выписок из меддокументов медицинской организацией определенного вида, т.е. те случаи, когда сам пациент (его законный представитель) просит указать полное наименование медорганизации психиатрического профиля.

7 Согласно п. 2 ст. 8 Закона № 59-ФЗ письменное обращение подлежит обязательной регистрации в течение 3 дней с момента поступления.

## РЕКОМЕНДУЕМ:

*Ю. Н. Аргунова*

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

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

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

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

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

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

или по телефону: 8 (495) 437-0991

## ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА

---

### “Ответить на вопрос не представляется возможным”

Посмертные дела о завещаниях, измененных в старческом возрасте (старше 75-ти лет), всегда были наиболее трудными для экспертной оценки. До сих пор в руководствах по судебной психиатрии этот раздел написан недостаточно четко даже в общем виде. В результате, чуть ли не обычной практикой стал уход от ответа на главный вопрос в форме устоявшейся кальки: “Ответить на вопрос... не представляется возможным”.

С научной академической точки зрения такой ответ высоко корректен, но он открывает дорогу формально-пассивному отношению к профессиональному предназначению эксперта, к очень удобной и благопристойной форме “экономии усилий”, “экономии мышления” и ухода от ответственности. Поэтому экспертное заключение должно передавать с тем большей содержательностью, а не многословием, обсуждение наиболее острых альтернативных версий, развернутые конкретные альтернативы с указанием решающих акцентов, от которых зависит ответ.

Собственно профессиональная тенденциозность либо внешнее давление разного рода должны быть от-

крыто высказаны. Отказ от ответа только выглядит объективной позицией, на самом деле он всегда предвидимым образом больше устраивает одну из сторон.

В научно-практической деятельности обычно специально используется четное шкалирование оценки, чтобы не было расслабляющей середины, которая традиционно рассматривается как “мусорная куча”, брак оценщика. Там, где равновесие несомненно, необходим комментарий с обоснованием несоизмеримости противостоящих тенденций, и более объемлющий ситуационный контекст, что выходит за пределы компетенции эксперта и является прерогативой суда.

Описанная коллизия в ее конкретном жизненном воплощении всегда драматична и является мощным движителем профессиональной проблематики.

Представляем один из прецедентных примеров. Это посмертная экспертиза, проведенная в этом году в Национальном медицинском исследовательском центре психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского и подписанная тремя экспертами с экспертным стажем не менее 2-х десятилетий.

#### *Рецензия на посмертное заключение судебно-психиатрической комиссии экспертов в отношении признания завещания недействительным*

В нашем распоряжении были заверенные ксерокопии:

1. Заключения судебно-психиатрической комиссии экспертов в Центре им. В. П. Сербского.
2. Медицинской карты амбулаторного больного ПНД № 15 ПКБ 1 им. Н. А. Алексеева.
3. Осмотра психиатра в городской клинической больнице им. С. И. Спасокуотского за 11 дней до оформления завещания.
4. Выписного эпикриза из этой больницы с 24.01.2019 по 04.02.2019 г. (11 койко-дней).
5. Добровольного психиатрического освидетельствования в день подписания оспариваемого завещания (04.02.2019).
6. Протокола судебного заседания спустя полгода оформления завещания.

Рассматриваемое заключение посмертной судебно-психиатрической экспертизы Тараса М., 91 летнего возраста, изложено на 15 страницах, из которых 13 страниц занимает констатирующая часть, написанная очень полно, и всего 2 страницы — обсуждение и выводы.

Речь идет о подэкспертном Т. М., 1928 г.р., на протяжении жизни психически и соматически здоровом и профессионально очень успешном творческом работнике вплоть до 88 лет, когда уволился по собственному желанию из-за того, что стало трудно передвигаться. В возрасте 71 года (1999 год) старший сын организовал ему лечение в Берлине, и Тарас М. завещал ему все свое имущество. Спустя 11 лет, в 2010 году, умерла жена и у него началась фибрилляция предсердий, ставшая постоянной. Диагноз: “Ишемическая болезнь сердца. Атеросклеротический кардио-склероз. Гиперхолестеринемия. Гипертоническая болезнь 2 ст. Желчекаменная болезнь”. Лечился амбулаторно. С 82-х лет проживал один. Патронажная сестра приходила несколько раз в неделю, в самое последнее время ежедневно на три часа.

В 90-летнем возрасте, в конце апреля 2018 года, т.е. за полгода до оспариваемого завещания был исследован на дому психиатром ПНД, вызванным по телефону старшим сыном, уезжавшим в Германию, где он работал (младший сын также был в отъезде). Помимо клинического было проведено экспериментальное исследование для определения степени ког-

нитивного снижения, выяснившего легкую степень деменции, и выставлен диагноз: “смешанная корковая и подкорковая сосудистая деменция без дополнительных симптомов” (F 01.30), назначен кветиапин и пиразидол в связи со снижением настроения. Наблюдался полгода с тем же диагнозом в ПНД. Предъявлял жалобы на апатию, лабильное настроение, снижение памяти, был многословен, обстоятелен. На представленной флэш-карте зафиксирована аудиозапись разговора Т. М. с младшим сыном, его женой и сиделкой от 08.12.2018 г.

В начале разговора речь идет о том, что истец, старший сын, запретил давать ключи от двери квартиры и впускать ответчика, младшего сына; на вопрос об этом Т. М. говорит, что не знает, ничего не может сказать. На вопрос младшего сына, хочет ли он “отработать эту адскую ситуацию назад”, Т. М. сообщает, что очень хочет, извиняется перед сыном. В ходе разговора выясняется, что Т. М. отдал старшему сыну 5 000 000 рублей и квартиру. На вопрос ответчика, за что он ему это сделал, Т. М. отвечает: “Дурак!”. Младший сын говорит отцу, что они неоднократно отмечали вместе дни рождения, что он таскал ему сумки из магазина, а он (истец) все время был в Германии и только сейчас приехал, и “давай таблетками кормить с апреля и получить свою бумажку”, “он уже собственник этой квартиры становится”. Т. М. говорит: “Я знаю, я никогда в жизни не думал...”, несколько раз повторяет: “Если бы тебе удалось все отмотать назад... помоги... как нам отработать назад... я буду счастливый из счастливейших людей”; “мне жить уже не осталось”, “что ты мне сказал сегодня, для меня это удар обухом”.

Когда сиделка сообщила старшему сыну, что его брат с женой изъяли у нее ключи от квартиры, тот в грубой и оскорбительной форме расторг с ней договор.

14.12.18 г. Т. М. был осмотрен неврологом ГП № 220 на дому с жалобами на общую слабость. Был в сознании, ориентирован в собственной личности, месте верно. На вопросы отвечал, инструкции выполнял правильно. Память была снижена на текущие события. Отмечены гипотрофия мышц ног, повышение мышечного тонуса, нарушение координационных проб, трепор с нарушениями почерка. Диагноз: “Хроническая ишемия головного мозга 3 ст. с когнитивными нарушениями. Статодинамический дефицит. Атаксический синдром. Тремор рук. Нарушение функции тазовых органов по типу недержания мочи”.

14.12.2018 г. Т. М. оформил генеральную доверенность на младшего сына.

Через 1,5 месяца, 24.01.2019 г., он был госпитализирован скорой помощью в ГКБ им. С. И. Спасокутского с диагнозом “пневмония”. При поступлении был адекватен, контактен, ориентирован верно, когнитивно снижен, в сознании. На рентгенографии картина двусторонней полисегментарной пневмонии. Гемоглобин снижен до 60, т.е. вдвое от нижней нормы (120 – 170). Переливание крови значительно

улучшило состояние. Удалось добиться позитивной динамики воспаления легких.

25.01.2019 Т. М. был консультирован психиатром. Указано, что в ходе стационарирования отмечался кратковременный эпизод спутанности сознания. Ориентировка была нарушена по амнестическому типу, но личностно был сохранен. Активно представлялся народным артистом, которого поздравлял с 90-летием сам Президент. Сейчас он в палате, где лежал Брежнев. Был благодушен. Жаловался на запоры и трудности засыпания. Был поставлен диагноз: “Церебральный атеросклероз. Транзиторный эпизод спутанности сознания симптоматического генеза”. Рекомендовалось сенаде 2 – 3 таб. На ночь, грелку в ноги перед сном. 28.01.19 г. состояние было средней тяжести в связи с пневмонией. Когнитивно был снижен.

Выписан с диагнозом: “Ишемическая болезнь сердца. Постоянная форма фибрилляции предсердий, тахисистолия. Хроническая ишемия головного мозга. Гипертоническая болезнь 3 ст., высокий риск ССО. Длительная иммобилизация. Дыхательная недостаточность 2-0. Двусторонняя полисегментарная пневмония, разрешение. Недостаточность кровообращения 2 А. Микроцитарная анемия средней степени тяжести с улучшением.

04.02.19 Т. М. было проведено добровольное психиатрическое освидетельствование для совершения нотариальных действий. Указано, что со слов, наследственность психическими заболеваниями не отягощена, завершенных суицидов близайших родственников нет. Черепно-мозговые травмы и эпиприпадки в анамнезе отрицал. На учете в психоневрологическом и наркологическом диспансерах, со слов, не состоит, справки не представлены. Наличие зависимости от наркотиков и употребление алкоголя отрицал. Отмечалось, что он постоянно принимает конкор и дигоксин в дозах, рекомендованных врачом. Т. М. был осмотрен в собственной квартире. Находился в пределах постели, внешне был достаточно опрятен. В месте, времени, собственной личности и окружающем был ориентирован верно. Мимика была живая, голос достаточно модулирован. Настроение внешне было не снижено, держался адекватно. В беседу вступал, отвечал по существу вопроса. Сообщал, что имеет двух сыновей, старший сын проживает за границей и имеет там недвижимость. Сообщал, что хочет подарить квартиру младшему сыну. Речевой запас соответствовал возрасту. Когнитивные процессы и объем внимания были сужены. Суждения были адекватны, нарушений мышления выявлено не было, понимал предмет нотариальных действий (дарение квартиры). Расстройств памяти не обнаружено. Критика к состоянию и проводимым мероприятиям была сохранена. Обманов восприятия не выявлено. Влияние на заключение сделки других лиц отрицал. Было дано заключение, что на момент добровольного психиатрического освидетельствования продуктивной симптоматики не выявлено. Осознает значение своих действий и может руководить ими, понимает содерж-

жение и последствия нотариальных действий — дарение квартиры (л.д. 53). Как следует из материалов гражданского дела, 04 февраля 2019 года Т. М. составил завещание, согласно которому все свое движимое и недвижимое имущество завещал младшему сыну. В связи с тем, что Т. М. по состоянию здоровья (ввиду болезни) самостоятельно расписаться не может, по его личной просьбе, завещание было подписано рукоприкладчиком и удостоверено нотариусом по адресу проживания Т. М.

По данным амбулаторной медицинской карты от 17.04, 17.05, 12.07.2019 г., согласно сведениям приходивших родственников и друга семьи, состояние Т. М. было без отрицательной динамики, очень редко при нарушении сна получал квтиапин, нуждался в постоянном уходе. Подтверждался диагноз “Смешанной корковой и подкорковой сосудистой деменции без дополнительных симптомов”. 25.07.2019 г. Т. М. умер.

Согласно показаниям старшего сына, подавшего иск к младшему брату, отец на вопрос, каким образом произошла сделка, ответил, что никаких договоров он не подписывал, и ему ничего не известно о смене собственника. Показания свидетелей разных сторон были противоречивы. Характерны показания сиделки, что Т. М. “мог то хвалить что-то, то кричать, особенно после сентября 2018 года”. Странностей никто из свидетелей не замечал.

Итак, согласно констатирующей части заключения СПЭ, 28.04.2018 г. Т. М. был установлен диагноз “Сосудистая деменция”, точнее “Смешанная корковая и подкорковая сосудистая деменция без дополнительных симптомов” (F 01.30) с установлением с помощью экспериментальной методики MMSE “легкой степени деменции”. Эта методика, в отличие от шкал всевозможных опросников, состоит не только из 9-ти вопросов, 7 из которых квантфицированы, но еще из исследования восприятия, внимания, памяти, узнавания, речи, письма, срисовывания пересекающих фигур и выполнения трехэтапной команды. Т. М. набрал 21 из 30 баллов, что соответствует деменции легкой степени (20-23), а не умеренной или тяжелой. Согласно МКБ-10, выставленный шифр F 01.30 означает, что при такой степени снижения мnestико-интеллектуальные способности остаются относительно сохранными. Этот диагноз вплоть до подписания завещания 04.02.2019 г. и после этого никем не утяжелялся, хотя за 10 дней до оформления завещания и в день его подписания Т. М. освидетельствовался психиатрами.

Тем не менее, заключение экспертов начинается с изменения диагноза: “На основании изложенного, комиссия приходит к заключению, что у Т. М. в юридически значимый период имелся психоорганический синдром в связи с сосудистым заболеванием головного мозга (F 07.91)”. То есть, вместо установленного при непосредственном общении — установленное заочно, вместо подчеркивания личностной сохранности за 10 дней до оформления завещания и даже в день

его оформления, эксперты выставляют “органическое расстройство личности и поведения”.

В качестве обоснования, эксперты просто через запятую перечисляют все соматические и неврологические расстройства, только потом переходя к когнитивным, не отделяя главное от второстепенного, называя синонимы, что создает многословное нахромождение, могущее произвести впечатление на непрофессионала, т.е. используют такой непозволительный прием вместо разъяснения суду и всем участникам судебного заседания логики своих обоснований. Единственное, к чему многократно апеллируют эксперты, — это отсутствие указаний на степень снижения памяти.

Но общеизвестно, что степень снижения памяти указывается только в случае, когда она тяжелая, явственно выраженная, определяющая поведение больного. Поэтому семь раз повторенное на двух страницах “степень не описана и не указана” совершенно неуместно и выглядит, как оправдание собственного отказа дать ответ на ключевой вопрос. Эта претензия предъявляется даже невропатологу, и даже психиатру ПНД, запись которого невозможно не назвать образцовой, не только в отношении традиционных требований, но даже с новацией использования клинико-экспериментального метода Mini-Mental State Experimentation (MMSE), (краткое экспериментальное установление умственного состояния), используемого для определения степени когнитивного состояния.

Также совершенно неуместно указание, что “во время стационарного лечения (с 25.01.2019 по 04.02.2019) психические функции Т. М. описываются по-разному”. Тем самым, полностью игнорируется опять таки общеизвестное: первые три дня стационарирования, тем более больным старше 70-ти, и тем более 90 лет, требуются на адаптацию к резко изменившимся условиям, в силу чего расстройства в эти дни носят характер “транзиторных реакций дезадаптации”. У Т. М. эпизод спутанного сознания длился всего несколькоочных часов, на следующий день он говорил, что его положили в палату, где лежал Брежнев, т.е. понимал, что находится в больнице.

То обстоятельство, что Т. М. консультировался психиатром за 10 дней до юридически значимого момента оформления завещания и даже непосредственно в этот день, является большой редкостью. Поэтому то, что эксперты не посчитались с мнением коллег, непосредственно общавшихся с Т. М., и заочно изменили диагноз ПНД, который на протяжении всего времени никем не утяжелялся, требовал серьезного обоснования. Вместо этого, как мы показали, эксперты ограничились доводами об отсутствии указаний на степень снижения памяти, которые совершенно несостоятельны, так как указывается только грубая степень снижения, как важная для лечебно-профилактических и социальных мер, а не только в юридическом отношении.

Понятие интеллекта является интегральным, оно определяется на основании результирующего поведе-

ния и/или характера суждений и высказываний. В старости общим явлением является снижение кратковременной памяти в рутинной жизни, забываются повседневные вещи в отличии от экстраординарных. В моменты серьезных личностно-значимых происшествий происходит естественная мобилизация и даже, казалось бы, уже когнитивно снизившиеся люди проявляют способность к вполне здравым суждениям и поступкам, буквально изумляя родных, пригласивших к ним психиатра.

Врачи общей практики в общесоматических больницах, сверх меры перегруженные работой после реформы так наз. оптимизации, не имеют возможности приороваться к особенностям больных преклонного возраста, их замедленным реакциям и речи, паузам, необходимости терпения и психотерапевтического стиля общения, и поэтому часто ориентируется просто на возраст, принимая возрастные особенности за деменцию, т.е. серьёзно переоценивая степень когнитивного снижения. Как психиатр общесоматической больницы уже 40 лет, могу засвидетельствовать, что в течении последних нескольких десятилетий, в связи со значительным постарением населения, меня чаще всего вызывают именно к таким больным, и я обнаруживаю способность многих из них, даже в реанимационных отделениях, при терпеливом психотерапевтическом подходе, к вполне здравым суждениям и сохранившимся критическим способностям.

Что касается Т. М., то это был хорошо запомнившийся мне больной, не в последнюю очередь в силу своей известности как творческая личность, который уже на следующее утро, после отмечавшегося у него в ночь стационаризации кратковременного эпизода спонтанного сознания, был очень живым, общительным, адекватным, довольным заботливым уходом и обстановкой больницы в то солнечное утро. Он даже посчитал, что его поместили в палату, где лежал Брежnev, буквально, шутливо или в форме благодарности, я не стал разубеждать его в этом, дорожа его настроением в первый день поступления, в связи с пневмонией на фоне постоянной фибрилляции предсердий. О психическом состоянии Т. М. достаточно выразительно свидетельствует отсутствие психотропных средств в сделанных назначениях и диагноз "Церебрального атеросклероза" всего за 10 дней до оформления завещания.

В 1999 году, когда старший сын, работающий в Германии, проявил о нем, 70-летнем, заботу, устроив на лечение в Берлинскую клинику, он завещал ему одному все свое состояние. Но когда старший сын велел сиделке не пускать младшего брата к отцу, а тот укоряюще поговорил с ним (что зафиксировано в предоставленной суду фонограмме), Т. М. с такой же решительностью переписал завещание, оставив все свое состояние младшему сыну. Эту действительно драматическую ситуацию назвать нелепой нельзя.

Что касается свидетельства старшего сына, что отец на его прямой вопрос об изменении завещания

ответил, что никаких договоров он не подписывал, то это был, конечно, не обман, но и не простое усугубление постоянно сниженной кратковременной памяти, а замешательство, испуг, тревожная реакция избегающего поведения, сливающаяся с реакцией вытеснения жгучей темы, ее отрицание. Это и для молодого возраста нередкая реакция у людей с определенным характерологическим складом, а для Т. М., как прирожденного актера, было довольно естественной, даже ожидаемой формой ухода, точнее рефлекторного бегства от раскаленной темы.

Итак, приведённые экспертами доводы сводятся к многократно повторяющейся ссылке на отсутствие указания степени снижения памяти, которая указывается только при тяжелом снижении, которая имеет клиническую и юридическую значимость, что известно каждому психиатру, как и врачу любой специальности. Все сказанное показывает полную несостоятельность доводов экспертов относительно выставленного ими нового более тяжелого диагноза "психоорганического синдрома", который в отечественной версии МКБ-10 обозначается как "органическое расстройство личности" (F 07.90), и тем более парадоксального в этой связи вывода о невозможности дать ответ на вопрос суда. Что это: небрежность в цейтноте избытка дел? Привычная калька? Двух-ходовка, подсказанная опытными советчиками? Или еще что-то? Для нас вероятнее всего, что это была первоначально намеченная, но не состоявшаяся, прерванная на середине подгонка под "Руководство по судебной психиатрии" А. А. Ткаченко, 2012 г., где рассматривается 8 вариантов неделкospособности у лиц с органическими психическими расстройствами, из которых только "органическое расстройство личности" было типовой калькой, на которую в последний момент они не решились так как "вывод о невозможности лица понимать значение своих действий при заключении сделки выносится в случае сочетания эмоционально-лабильного расстройства и коморбидных расстройств тревожно-депрессивного спектра, который носит временный характер". А в "Руководстве по психиатрии" А. С. Тиганова диагноз деменции ставится на третьей и четвертой стадиях развития психоорганического синдрома, т.е. не астенической и аффективно-неустойчивой, дисфорической, а именно на эйфорической и апатической. У Т. М. не было эйфорического фона настроения. В результате, в заключении экспертов осталась отмеченная двойственность.

Как бы там ни было, достаточно полный однозначный и вполне убедительный массив данных констатирующей части заключения убеждает, что Т. М. мог понимать значение своих действий и руководить ими в юридически значимый момент оформления завещания.

Ю. С. Савенко

# ОБСУЖДЕНИЯ, ОТКЛИКИ, ДИСКУССИИ

---

## Категория “неомрачаемости”

В статье Б. В. Воронкова (при полном восторженном одобрении И. М. Беккера) говорится о “неомрачаемости как диагностическом критерии фазной мании”, о чем, дескать, если и упоминалось один-два раза, то “вскользь”. Вообще-то, сначала нулевых годов были и отдельная статья и специальная глава в переиздававшейся “Аналитической психопатологии”, где снижение способности испытывать неприятные эмоции (т.е. та или иная степень условно говоря неомрачаемости) рассматривалось как не просто диагностический, а сущностный, первичный признак мании, необязательно фазной. По существу же самого термина неомрачаемости следует сказать, что его большой минус заключается в очень частом присутствии хотя бы временами субъективно испытываемой злости. Дело в том, что общее эмоциональное оживление при мании зачастую приводит к усилению инстинктивных влечений. Агрессивное влечение, которое субъективно проявляется как чувство злости и совсем необязательно выражается в поведении, — один из наиболее характерных примеров. При гневленной мании злость, омрачающая субъективные переживания, в том числе радость, относительно интенсивнее и заметнее со стороны. Собственно, радость, которой Б. В. Воронков отводит центральное место и противопоставляет “симптомам второго плана”, необязательна. Безрадостные мании, при которых гиперактивность и отвлекаемость не на втором, а на переднем плане, почти всегда, главным образом неврологами, неверно диагностируются как синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ), хотя никакой утомляемости (от вызывающих удовлетворение занятий) здесь нет. Радость не является первичным и обязательным феноменом, чтобы задаваться вопросом омрачается она или нет. Снижение способности испытывать негативные эмоции может приводить к повышению болевого порога. Не проявляющие радости (гипо)мантиакальные дети могут ушибаться, но не плачут или их реакция легче ожидаемой, физические наказания (как якобы несправедливые) иногда их озлобляют, но должного эффекта нет.

### *C. Ю. Циркин*

“Восторженность” — не совсем тот термин, что правильно отражает мою неомрачаемую радость на статью о “неомрачаемости” В. Б. Воронкова. Мне думается, что восторженным можно быть в театре, на просмотре балетных “па” М. Плисецкой. А в научной

дискуссии, все-таки, чувства более скромные. Моя радость была связана не столько с самой дефиницией “неомрачаемости”, а с той, едва наметившейся тенденцией использования феноменологии К. Ясперса в нашей психиатрической жизни. Как психиатра, меня с молодости интересует тема “Единого психоза” и, так называемых, “основных симптомов” эндогенных процессов. А как учитель, я безмерно рад тому факту, что в психиатрии, наконец-то стал пробиваться робкий ручеек более широкого, более философского, более многозначного понимания сложнейших психических процессов, что, конечно же, требует более полифонического мышления врача-психиатра и возращения к утраченным традициям обязательного изучения философии в курсе психиатрического образования. На мой взгляд, важнее не термины, которыми мы обозначаем тот или иной феномен психической жизни, не тонкие различия в содержании увиденного, услышанного и познанного, а тот угол зрения, та методика исследования, та острота зрения и слуха, которыми мы оцениваем и осмысливаем патологические проявления душевной жизни.

*И. М. Беккер (Набережные Челны)*

Глубокоуважаемый Сергей Юрьевич!

Очень принатален за Ваше внимание к некоторым моим публикациям в НПЖ, в частности, речь идет о последней небольшой статье о неомрачаемости маниакального аффекта при фазной мании. Особенно приятен факт нашего общего видения этого феномена, как сущностного, отражённый, в одной из глав Вашей “Аналитической психиатрии”. Смею заверить, что я никогда не претендовал на международное признание первородства. Несколько удивляет, что в конце отклика Вы по существу отказываете феномену неомрачаемости в диагностической значимости.

В своей работе я не ставил задачу психопатологического анализа разных маний, в том числе протекающих атипично, о которых Вы ведёте речь (включая гневливые, безрадостные, включающие злость). Я не возражаю, что радость при мании необязательна, но определяет её чаще всё-таки психотическая радость.

Не хочу подолгу останавливаться на тезисах, изначально для меня сомнительных. В качестве примера

## **Б. В. Воронков**

приведу лишь один: “общее эмоциональное оживление при мании зачастую приводит к усилению инстинктивных влечений”. На мой взгляд, усиление инстинктивных влечений есть следствие являющегося составной частью психоза снижения или полного бездействия контролирующих инстинкты структур. Общее эмоциональное оживление здесь ни при чём.

Собственно, по существу говорить больше не о чём. Что касается формы, то безличность (отсутствие

обращения) не совсем привычна. Я, если Вы помните, в своем отклике на Ваш о моей работе о конформизме, был при всём несогласии со многим академически и житейски безупречен. Нотки снисходительного высокомерия по отношению ко мне и коллеге И. М. Беккеру, хотите Вы или нет, чувствуются, что совершенно неприемлемо и автоматически лишают перспективы дальнейшее общение в любой форме.

**Б. В. Воронков**

### **РЕКОМЕНДУЕМ читать и выписывать**

**газету “ТРОИЦКИЙ ВАРИАНТ — НАУКА”  
— честная информация о ситуации в науке.**

**info@trvscience.ru; trv@trovant.ru; www.trv-science.ru**

**Особенно, № 4 (248) 27.02.2018:**

- о бухгалтерски-казарменном подходе к науке чиновников;
- о 20-летней псевдонаучной деятельности чл.-корр. РАН О. И. Эпштейна и его релиз-активных лекарств (в частности, пропротеина-100 для лечения алкоголизма) — новое название гомеопатических средств;
- о позорном маковом деле, начатом ФСКН в 2008 г. и длящемся до сих пор

### **РЕКОМЕНДУЕМ:**

**“Воспоминания русского Шерлока Холмса.**

**Очерки уголовного мира царской России:  
воспоминания бывшего начальника московской сыскной полиции  
и заведывающего всем уголовным розыском империи”**

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

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

# ДОКУМЕНТЫ ВРЕМЕНИ

---

## 15 ЛЕТ НАЗАД

### “Обоснование” упразднения негосударственной судебно-психиатрической экспертизы и негосударственного психиатрического освидетельствования<sup>1</sup>

Широкое недовольство профессионального психиатрического сообщества монополизацией судебно-психиатрической экспертной деятельности Государственным научным Центром социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского вызвало на рубеже 2004 – 2005 годов публикацию в журнале этого учреждения, “Российском психиатрическом журнале”, двух статей, знаменующих “новое время на дворе” в отношении судебно-психиатрической экспертизы — государственной и негосударственной. Одна наступательно оспаривает негосударственное освидетельствование (А. А. Ткаченко)[1], другая — оправдывает удушение негосударственной судебной экспертизы (Е. Я. Щукина, С. Н. Шишков)[2]. Обе принадлежат ведущим сотрудникам молодого поколения Государственного центра им. Сербского.

**Смысл этих работ — авторитетно заявить в научном журнале для возможности последующих ссылок, независимо от аргументации, что негосударственная судебно-психиатрическая экспертиза и негосударственное освидетельствование несостоятельны как в практическом, прежде всего процедурном отношении, так и в отношении своей независимости, и что вообще понятие “независимой судебной экспертизы” следует признать “неприемлемым”. С такой задачей можно не обременять себя доводами. Но не таковы авторы, чтобы не постараться соответствовать правилам научной статьи.**

Посмотрим же на их доводы.

Утверждение, что государственные эксперты лишены гарантий профессиональной независимости в силу административной вертикали, является “предельно простым”, это “было хорошо известно” и “принималось в расчет”. Длянейтрализации этого “много десятилетий назад отечественные правоведы выработали принципы организации и производством судебных экспертиз”. Это:

1. равенство прав и обязанностей всех экспертов, независимо от должностного положения;

2. личная ответственность за данное заключение;

3. запрещение кому бы то ни было, включая руководство судебно-экспертного учреждения и вышестоящие властные инстанции, вмешиваться, оказывая прямое или косвенное давление на производство судебной экспертизы.

Эти принципы существуют и в демократических странах, “но ни в одной из них вопрос о том, что государственные экспертизы обречены на необъективность в силу того, что они государственные всерьез никогда не ставился. Так что ни само существование государственных судебно-экспертных учреждений, ни ведомственно-отраслевой способ их организации основополагающим принципам демократического правового государства отнюдь не противоречат” (РПЖ, 2005, 1, 34).

Вот это действительно “предельно простая логика” как бы предельно наивных людей. Оказывается, муляж тождествен реальному живому объекту. Или, выходит, достаточно переодеться в костюм, чтобы ему соответствовать. С таким же успехом можно сказать, что Верховный Совет или нынешняя Государственная Дума тождественны Парламенту. Не хватает только совсем немного — быть демократическим государством.

Далее авторы утверждают, что “большинство судебных экспертиз в СССР проводилось в государственных судебно-экспертных учреждениях не только в силу чрезмерной огосударствленности, а прежде всего” в силу обеспечения

1. экспертиз всем необходимым (помещениями, лабораториями);
2. уровня подготовки экспертов;
3. единства научно-методических разработок;
4. контроля за качеством экспертной деятельности.

Юрист Центра им. Сербского (единственный!) С. Н. Шишков всегда готовил превосходные инструкции в модусе должного, четко рубрифицировал этапы необходимых процедур, наличие необходимых составных частей экспертного заключения и т.п., что

<sup>1</sup> НПЖ, 2005, 2, 67 – 69.

позволяет нам регулярно успешно оспаривать заключения из Центра им. Сербского. Т.е., даже в родных стенах эти инструкции не выполняются. Вот и сейчас, перечисленные выше пункты позволяют оспорить удовлетворительность их исполнения даже в самом Центре им. Сербского.

Эксперты, проводящие амбулаторные СПЭ, не обеспечены подходящими или пристойными помещениями, психологи, проводящие лабораторные исследования, нередко теснятся по двое в каморках с мрачным “дизайном”, с тусклым освещением. Но еще более мешает полноценному исполнению ими своих профессиональных обязанностей то, о чем не упомянули авторы, — чрезмерная перегрузка, недостаток времени, тяжелая казенная атмосфера. Уровень подготовки экспертов (или их добросовестность?) очень неровный, многие десятки амбулаторных и стационарных СПЭ потому и удается оспорить, что их уровень ниже всякой критики. А из того факта, что из года в год последние пять лет картина не меняется, говорить о контроле за качеством экспертной деятельности, не приходится. Фундаментальная работа проф. Н. Г. Шумского, посвященная анализу типовых ошибок экспертных актов Центра им. Сербского, не только не используется в качестве экспертного пособия, но его автора после публикации книги вынудили уйти из Центра. Что касается “единства научно-методических разработок”, то оно является общим у всех профессионалов, если говорить об общенаучной методологии и научной методологии собственной науки.

Но гораздо более, чем все эти сплошные частные передержки, неловко видеть, как авторы совершенно односторонне используют понятие огосударствления, договариваясь до нелепости. Посмотрите, что почему они противопоставляют: “большинство судебных экспертиз в СССР проводилось в государственных судебно-экспертных учреждениях не только в силу чрезмерной огосударствленности, а прежде всего в силу обеспечения экспертов всем необходимым” и т.д. Ведь и то, и другое — проявление огосударствления, которое было не просто “чрезмерным”, а тотальным. И не “большинство судебных экспертиз в СССР”, а все экспертизы проводились в государственных судебно-экспертных учреждениях, других не было.

Не более содержательными являются и другие доводы, относительно полезности государственного контроля за качеством судебно-экспертной деятельности и “неприемлемости” понятия “независимой судебной экспертизы”.

**Все доводы авторов вызывают глубокое недоумение: с кем вы спорите?** Нет ни одной конкретной ссылки, ни одной цитаты, ни одного упоминания какого-либо имени. Кто эти “радикально настроенные оппоненты”? Коллеги? Журналисты? Правозащитники? Антипсихиатры? Пятая колонна? Западные наймиты? Эти последние определения уже звучали из

стен Вашего учреждения, от Вашего директора по центральному телевидению.

**Наконец, о чём вы спорите? Какие доводы оспариваете?** “Независимая психиатрическая ассоциация России” совершенно иначе ставит проблему, совершенно иначе аргументирует и выдвигает совсем другие предложения. И вы их знаете. Конечно, проще оспаривать оглушенно-усредненную анонимную позицию. Этот прием позволяет критиковать тезисы, которые даются в собственной редакции. Но много ли в этом смысла? Неужели такой текст соответствует научному журналу?

Понятие “независимой экспертизы” придумано не нами. Мы неоднократно подчеркивали, что такое выражение это — “масло масляное”, что зависимая экспертиза — это не экспертиза вовсе, а экспертиза в кашевиках, псевдо- или квази-экспертиза, имитация экспертизы. Но в современных российских (а прежде советских) реалиях это общепонятный устойчивый содержательный, а потому и правомерный термин. Дело в том, что любой термин имеет антоним, т.е., это всегда полярная пара терминов, что помогает намного более тонкому и полному определению каждого из них. Независимая экспертиза — это настоящая, полноценная экспертиза. Ей противостоят тенденциозная, заказная и оплаченные экспертизы. **Авторы делают вид, что не понимают того, что внятно любому простому человеку.**

Мы неоднократно формулировали (в том числе на Кербиковских чтениях, устраиваемых Центром им. Сербского), что независимость от административного, финансового, идеологического давления и собственных предвзятостей мы ставим на второе место, исходя из того, что споры относительно того, кто более независим, — это негодный путь войны компроматов. **На первое место для достижения независимости мы ставим состязательность экспертизы**, т.е. представительство экспертов всех сторон, недопустимость составления экспертных комиссий из представителей только какой-то одной тенденции: гипер- или гипо-диагностики. Это самый простой, удобный и широко используемый способ манипулирования результатами экспертизы. Настолько удобный, что теперь даже легитимизирован: согласно Федеральному закону о государственной экспертизной деятельности, вместо упраждения этого самого массового способа фальсификации, он отдан на произвол руководителю экспертного учреждения. Перед нами **легитимизация типового способа фальсификации!** И это еще легитимизация удушения в зародыше состязательности экспертов разных сторон.

Простой естественный традиционный способ, к которому до сих пор прибегают суды и следователи, — включение в экспертную комиссию психиатра, не работающего в экспертном учреждении, где проводится экспертиза, по мнению авторов “не соответствует закону”. Вопреки “большому практическому

значению” этого вопроса, о котором они сами пишут, авторы ограничиваются этой скороговоркой без всякого обсуждения, если не считать таковым завершающий абзац. В нем — объяснение всей статьи: демонстрация ее заказного характера и послушного исполнения, вопреки всем демократическим принципам и идеалам.

*“Действующее законодательство (ст. 199 УПК и ст. 84 ГПК) устанавливает два способа производства судебных экспертиз — в СЭУ и вне его. В первом случае постановление (определение) о назначении экспертизы направляется руководителю СЭУ, который самостоятельно выбирает экспертов из числа сотрудников своего учреждения. При этом закон не предусматривает для руководителя СЭУ обязанности включать в состав формируемой им экспертной комиссии “стороннего” эксперта; следовательно, само требование о “стороннем” эксперте, как не основанное на законе, может руководителем не исполняться”* (РПЖ, 2005, 1, 37).

Спрашивается, почему бы не акцентировать вместе “закон не предписывает” — “закон не запрещает”? Как может юрист в этой неравновесной ситуации предпочитать игнорирование постановления суда?! **Ведь постановление суда уже создает неравновесность прочтения статьи закона. Это неуважение к судебной власти.** Утверждение, что постановление суда о включении в состав экспертной комиссии психиатра со стороны может руководителем экспертного учреждения не исполняться, равносильно признанию в заказном характере этой статьи. Это ли не апофеоз: юрист разрешает директору своего учреждения не выполнять постановление суда и обосновывает это липовым даже для непрофессионала образом. А ведь талантливый юрист. Вот вам и раздраженная реакция на слово “независимость”.

Статья Ткаченко написана еще с большим изыском и старанием, здесь юридические тонкости выписаны с тщанием неофита, словно автор учится на юрфаке, получая второе высшее образование. В результате, юридический аспект возобладал над психиатрическим, и даже здравым смыслом. Ведь никто из коллег не против поучиться у вас вашим тонкостям, так ведь и поучиться нельзя, — надо прослужить в государственном учреждении три года и заработать такое право не сроком профессионального стажа, а собственной управляемостью и прогнозируемостью. Ткаченко еще больший стахановец, чем Щукина и Шишков. Хочется даже спросить: что вы так стараетесь, господа? Разве что свое усердие показать? Зачем ломиться в открытую дверь? Заниматься тонким рукоятием, когда дом разваливается? Тонкие юридические лазейки хороши к месту. Здесь они выглядят ходульно.

У всех на глазах уничтожение состязательности, а значит независимой экспертизы, т.е. экспертизы как таковой, ее выхолащивание, выедание ее живого есте-

ства, с одной внешней оболочкой для чучела в качестве марионетки.

Независимую психиатрическую ассоциацию России под угрозой лишения государственной регистрации, после почти трехлетней судебной тяжбы с Минюстом, заставили осенью 2004 г. вычеркнуть из ее устава проведение судебно-психиатрических экспертиз.

Кулуарно готовящиеся, протаскиваемые без обсуждения с оппонентами, с широкой профессиональной общественностью, без заботы о сути дела, преследующие чуждые нашей профессии цели, — ресурсосбережение, беспрецедентное манипулирование, — федеральные законы последнего десятилетия являются откровенным способом правления законами. Ведь диаметральная противоположность rule of law и rule by law, правления Закона и правления законами, — азбучная истина и само существо реально демократического государства. Поэтому правление законами К. Ясперс положил в основу определения преступного государства[3].

Центр им. Сербского, специфическое детище советского строя с момента своего создания, всегда был министерством психиатрии, всегда обслуживал власть, всегда был воплощением диаметрально противоположного духа, чем Владимир Петрович Сербский. Поэтому его именем и назывался, маскировки ради. Но на нем это имя смотрится как яркая камуфляжная форма, выделяющаяся из толпы омоновца. И действительно, это учреждение продолжает оставаться источником полицейской психиатрии, т.е., защиты от психически больных, а не защиты больных или разумного баланса этих задач.

Безусловный приоритет “Государства” над Личностью, вопреки Конституции, определял обсуждение каждой статьи в комиссии Минздрава по внесению изменений и дополнений в закон о психиатрической помощи со стороны наиболее упорного представителя Центра им. Сербского проф. В. П. Котова. Дважды удалось не допустить на Парламентские слушания грубое усечение демократических завоеваний Закона, но директор Центра им. Сербского Т. Б. Дмитриева в конце 2004 года публично предложила В. П. Котову предпринять очередную попытку в благоприятный момент.

Легитимизация уничтожения состязательности судебно-психиатрической экспертизы, особое выделение судебно-психиатрической экспертизы из разряда всех других экспертиз, введение особой профессии “судебного психиатра-эксперта”, полная монополизация этой службы “от А до Я” Государственным центром им. Сербского, возникнувшим 10 лет назад, уже дала свои неизбежные плоды. — Это уровень экспертиз, запечатлеваемый в экспертных заключениях государственных-экспертных учреждений, включая Государственный центр им. Сербского и имеющий уже красноречивый катамнез. Грубое падение качества экспертных заключений ужасает. В каждом выпус-

ке Независимого психиатрического журнала, в стержневой рубрике “Из досье эксперта”, мы помещаем конкретные примеры этой деградации, и очередь в этот раздел журнала — самая длинная.

Публичная пощечина нашей современной судебной психиатрии прозвучала даже на страницах журнала “Социальная и клиническая психиатрия” — органа Российского общества психиатров — в открытом письме профессора Свободного университета Амстердама проф. Б. К. М. Рааса (B. C. M. Raes).

*“...Я хочу выразить свое профессиональное возмущение по поводу недавнего судебного дела в Российской Федерации, когда, по имеющейся у меня информации, подсудимый был подвергнут по меньшей мере шести судебно-психиатрическим экспертизам!*

*Если это так, то возникает вопрос о качестве и надежности судебно-психиатрической экспертизы и экспертов, особенно если эксперт выступает в суде как независимый свидетель-эксперт.*

*Если же, как в США, существуют эксперты-свидетели со стороны обвинения и со стороны защиты, то все равно суд (или присяжные) выносит решение о вменяемости или невменяемости. Но, когда, даже в очень трудных случаях, для принятия решения о (не)вменяемости требуется шесть экспертиз, то, как мне кажется, это позор и общественная девальвация судебной психиатрии как профессии. Возникают невольные сомнения: может быть судебная психиатрия в Российской Федерации в большей мере ориентирована на существующую власть, а не на собственный профессиональный и научный статус?”[4]*

Речь шла о деле полковника Буданова. В этом деле Центр им. Сербского широковещательно продемонстрировал себя как послушный флюгер власти.

Может быть, это исключение? Нет, многочисленные дела с попыткой ликвидировать религиозные ор-

ганизации за якобы грубый вред психическому здоровью, многократно уличенные в фальсификациях, имели тот же заказной сценарий.

В делах, связанных с давлением высокопоставленных лиц, как например, в деле из Хабаровской военной прокуратуры, проф. Н. К. Харитонова из Центра им. Сербского откровенно побоялась защитить коллегу. — Тонко чувствовать начальство, потрафляя ему, — профессиональное качество ветеранов Центра им. Сербского.

В заказном деле Платона Обухова очевидным образом психически больной человек был объявлен в Центре им. Сербского здоровым на момент совершения правонарушения.

В деле, которое мы публикуем в этом выпуске (НПЖ, 2005, 2, 52 – 61), связанном с реально опасной тольяттинской организованной преступной группировкой, эксперты Центра им. Сербского быстро изменили свое заключение в пользу мафии.

Деградация уровня экспертных заключений давно перешла с громких дел на рутинные. Теперь это преобладающий фон. И все это — легко прогнозируемые с самого начала азбучные следствия.

**Без претворения принципа состязательности в нормы законодательства, касающиеся экспертизы, и ликвидации монополизма государственной судебно-психиатрической экспертной службы остановить ее нарастающую деградацию не удастся.**

Ю. С. Савенко

## ЛИТЕРАТУРА

1. Российский психиатрический журнал, 2004, 6.
2. Российский психиатрический журнал, 2005, 1, 33 – 37.
3. Независимый психиатрический журнал, 2005, 1, 70.
4. Социальная и клиническая психиатрия, 2003, 4, 120.

## Спустя 30 лет: “Не портить людям настроение”

В Петербурге с “довлатовского дома” на улице Рубинштейна снимают шестнадцать табличек Последнего адреса. Нет, не просто так снимают — люди попросили, три каких-то активных, скрывающих почему-то свои фамилии гражданина.

Когда Юрию Дмитриеву Верховный суд Карелии на той же доказательной базе увеличил приговор в четыре раза, все было ясно. Люди, с гордостью называющие себя чекистами, вешающие в кабинетах портреты Дзержинского, не простили ему того, что он предал гласности преступления их предшественников. Им есть о чем рапортовать великому вождю, когда они в следующий раз придут с цветами к его могиле на Красной площади.

С вандализмом в Питере ситуация более сложная. Это публичное действие, по сути — надругательство над могилами — не вызвало массового возмущения, а кто-то его и одобрил. И совсем не все из одобравших — духовные потомки коммунистических палачей, жаждущие новой волны террора. Большинство из них не хочет насилия и убийств — они хотят спокойствия.

Детям, да и нам всем нужен позитив, говорят они, а с табличками этими дом похож на колумбарий. Не они убили этих людей, они им, может быть, даже и сочувствуют, но они не хотят, чтобы им постоянно напоминали о давно ушедших годах, в которых было, конечно, всякое — время было такое, но зато и страну, какую построили!

Обычным, не злым людям не важно, что вся страна была превращена в кладбище, — важно, чтобы она не выглядела, как кладбище.

В начале восьмидесятых я первый раз был в Воркуте. Вокруг бывших лагпунктов, ставших районами города, в полях стояли кресты — так были отмечены места массовых захоронений. Просто крестами, без всяких имен, разумеется, — а кто их знает, те имена? Да и сколько их там закопано? Приезжаю через год — нет крестов.

Решили, говорят, не портить людям настроение, давно, мол, все это было. Никого, конечно, не перезахоранивали — поле и поле.

Наши сограждане, не все, но многие, умеют переносить бедность и лишения, от которых француз или англичанин давно бы взбунтовался. А наши будут терпеть. Но они же не способны жить в условиях психологического дискомфорта — они не хотят слышать о болезнях и страданиях, о жестокости и нищете. Им

плохо в мире, в котором все это есть, и они создают для себя другой мир. Чтобы не думать о смерти, они готовы снести кладбища. Ну а снятие табличек, установленных в память об убитых, как бы отменяет сам факт убийства. Магическое такое действие.

Это не политика — это люди. И культура, традиции. У нас мало было инвалидов на улицах — да и сейчас меньше, чем на Западе, — не только потому, что не было колясок и пандусов. Инвалиды нарушили правильную — оптимистическую! — картину миру. Поэтому, кстати, идея фактически навстречу пожеланиям трудящихся, точнее, предугадав эти пожелания, товарищ Сталин и сослал на северные острова искалеченных на фронте защитников Родины. Где они и умерли, не оскорбляя ничьего взора.

Нежелание видеть ужасы этого мира подвигает многих людей не на активную деятельность по его улучшению, а на уход в мир иллюзий, где ужасов нет. Даже когда что-то пробивается в сознание в виде, например, просьбы послать деньги на лечение больного ребенка, которого почему-то не хочет лечить государство, то посылаешь двести рублей и чувствуешь себя благородным человеком.

В результате мы живем в прекрасной стране, которая со временем Рюрика несла добро и свет, народ в ней был всегда добр и богобоязнен, власть — мудра и справедлива. И сейчас, если бы не враги вокруг, все было бы отлично, но мы их побеждаем благодаря ясно кому.

Да, мы живем в прекрасной, но, к сожалению, придуманной стране, которой нет и никогда не было. Мы живем, как безнадежный пациент психиатрической лечебницы или давно находящийся в деменции глубокий старик — без всяких связей с реальностью. А корда реальность стучится к нам табличкой Последнего адреса, мы снимаем эту табличку.

Как хорошо, что мы — не Германия. Вот где ад. В центре столицы — мемориал жертв Холокоста, на мостовых — Stolpersteine (“камни преткновения”) — таблички с именами убитых при нацизме, школьников водят на экскурсии в музеи, созданные на месте концлагерей. И никуда — никуда! — от этого не денешься.

И невозможно отнести цветы на могилу Гитлера — нет могилы.

Леонид Гозман, “Новая газета”, 26.10.2020

## Вторая волна использования психиатрии в политических целях?

2 октября — день самосожжения Ирины Славиной, популярного (второе место в регионе по цитируемости) журналиста Нижнего Новгорода, основателя и главного редактора сетевого издания Koza.press, хотя не вызвало отклика, равного реакции на самосожжение Яна Палаха, но миллионы людей, прочитавших об этом на сайте “Медузы” и в “Новой газете” (№ 117, 23.10.2020, с. 6 – 7), были единодушны в своих чувствах и понимании ситуации, совершенно прозрачной для каждого. Стихийный народный мемориал, тотчас возникший на этом месте в центре города, напротив здания МВД, на скамейке-памятнике полицейским трех эпох, сразу после снятия оцепления, тут же разбирался полицейскими, но возникал снова и снова. Выступившая на митинге пожилая скромная женщина, признаваясь в своей робости и страхе, в котором живет, сказала: “Самым страшным было бы, если бы поступок Ирины Славиной оказался “напрасным”.

Ирина Славина, 47-летняя женщина с любящей и солидарной с ней семьей, человек с двумя высшими образованиями (филологическим и журналистским), 8 лет работала учителем русского языка и литературы, затем журналистом в нескольких газетах, не выдержавших ее разоблачительных репортажей (хотя это важнейшее профессиональное предназначение

журналистики), и, наконец, самостоятельным блогером, добившимся наибольшего доверия горожан. Последние три года острота ее репортажей, просто соответствовавшая обстановке в стране и ее курсу, автоматически привела к травле и угрозам даже ее мужу, оскорбительным листовкам, порче машины, серии разорительных судебных штрафов на несколько сот тысяч рублей и, наконец, незаконному грубому, унизительному обыску, когда 12 человек в течение 4 часов перевернули всю квартиру и, ничего не найдя, забрали всю технику и телефоны, лишив ее средств профессиональной деятельности, по делу, где она не являлась ни подозреваемой, ни обвиняемой, а проходила свидетелем, наряду с пятью активистами “Яблока” и Навального, делу об участии в деятельности “нежелательной организации” — “Открытой России” Ходорковского.

Сразу после известий в прессе о случившемся появилось срочное сообщение: “В следственном комитете просят не связывать трагедию с уголовным делом и обыском”. И областное управление Следственного комитета по Нижегородской области обратилось к помощи посмертной комплексной психолого-психиатрической экспертизы, которая удовлетворила его.



## **Вторая волна использования психиатрии в политических целях?**

То есть, не нашла оснований для очевидного для любого доведения до самоубийства.

Из уклончивых комментариев ведущих психиатров выделялось экспертное мнение президента Общероссийской профессионально психотерапевтической лиги проф. Макарова. Оно — веером по СМИ. Например, “то, каким образом она это сделала, связано, в основном, с sectами. Она именно готовилась, пришла к МВД. Так чаще поступают люди со сверхценными, доминирующими идеями, фанатичные, упертые люди. И если это фанатичная вера, мы тогда уже выходим на тему секты”. Такая диагностика вызвала некоторое возмущение, за профессию заступаются. Конечно, приведенные высказывания бросают тень на все профессиональное сообщество, отражая не его мнение, а непосредственно зависимого от власти медицинского руководства, в свою очередь вынужденного говорить не то, что они думают, а то, чего от него ждут. В конце концов, каждый из нас в любой профессии постоянно перед лицом выбора подобного рода, от которого не убежать даже в привычные места ссылки, в Саяны, где очередная волна религиозных преследований с 2018 г., достала даже виссарионовцев, официально зарегистрированных более четверти века назад и успешных по всем показателям, даже в уровне доверия федеральной власти, якобы самой человечной и гуманной за всю последнюю отечественную историю. Не помогло. “Используя внешнюю схожесть с Иисусом Христом, оказывал на граждан суггестивное воздействие... манипулятивное групповое организованное психологическое насилие (обесценивание, контроль, газлайтинг, игнорирование, изоляция, шантаж и запугивание, психологическая манипуляция)”. А какая религия не воздействует на сознание и психику людей? Про какой православный монастырь нельзя сказать ровно того же?

В преддверии 1 сентября ФСБ поместило с десяток красноярских школьников в “психушку” (см. “Новую” № 93, 95) из-за зафиксированного в Сети интереса к неподобающим, по мнению чекистов, темам (“Колумбайн”), газета направила запросы в Минздрав и Центр им. Сербского. В частности, нас интересовало: “является ли посещение каких-либо сайтов основанием для госпитализации и признаком психического расстройства?...”. Семь тезисов на восьми листах проф. Владимира Менделевича, опровергающих заключение четырех врачей краевого ПНД, суд проигнорировал. Раньше детей могли исключить из комсомола, но в психушки все же массово не прятали.

*Алексей Тарасов, Красноярск*

**Комиссия по правам журналистов Совета по правам человека при Президенте РФ** призвала к расследованию причин самоубийства Славиной. Федеральное руководство ведомства. “На фоне участившегося нарушения профессиональных прав и преследования журналистов и гражданских активистов случай самоубийства Ирины Славиной выглядит крайней, но по-своему закономерной формой протеста против тех, кто призван охранять закон, но целенаправленно нарушает его по отношению к журналистам”. Сообщение Нижегородского Управления СК об отсутствии связи между обыском и самоубийством является “верхом цинизма, человеческой и профессиональной несостоятельности... Систематическое преследование со стороны силовых органов, вне зависимости от личных психологических особенностей Славиной, не могло добавить ей душевного равновесия и придать сил противостоять жизненным трудностям”.

### **РЕКОМЕНДУЕМ**

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

**“ГЛАСНОСТЬ И СВОБОДА”**

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

# ПСИХОТЕРАПИЯ

---

## Эпидемия “ПТСР–20”<sup>1</sup> в Республике Беларусь: время “Ч” для психотерапевтов

Ф. Б. Плоткин (Минск, Беларусь)

Кратко характеризуется сложившаяся в Республике Беларусь ситуация, связанная с непропорциональным применением правоохранительными органами насилия в отношении мирных демонстрантов. Высказываются обоснованные опасения по поводу возможного роста по этой причине числа пациентов с посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР). Упоминается мнение некоторых ученых о причинах природной жестокости отдельных представителей Homo sapiens. Указано на исторические предпосылки формирования термина ПТСР. Кратко характеризуются некоторые признаки заболевания. Обосновывается мнение о необходимости принятия экстренных мер для обеспечения доступа рассматриваемой категории пациентов к квалифицированной и специализированной помощи. Обсуждается уровень квалификации специалистов в области охраны психического здоровья.

**Ключевые слова:** Республика Беларусь, мирные демонстрации, правоохранительные органы, насилие, посттравматическое стрессовое расстройство, психотерапия.

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

Джордж Оруэлл. “1984”. [1].

Эпидемия (греч. επιδημία — повальная болезнь, от ἐπί — на, среди и δῆμος — народ) — прогрессирующее во времени и пространстве распространение инфекционного заболевания среди людей, значительно превышающее обычно регистрируемый на данной территории уровень заболеваемости и способное стать источником чрезвычайной ситуации [2]. Мы сочли возможным употребление термина “эпидемия”, хотя инфекционный агент в рассматриваемой ситуации отсутствует. Можно, однако, предполагать наличие не менее серьезного этиологического фактора. И если при инфекционном заболевании можно использовать антибиотики, дезинфицирующие средства, а также некоторые социальные мероприятия, то в данном случае средства противодействия хотя и известны, но по ряду причин еще не применяются.

Итак, речь идет о происходящем в стране на наших глазах стремительном росте числа лиц с посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР), причем, с четкой тенденцией к их дальнейшему значительному увеличению.

Читателям, следящим за последними событиями в Республике Беларусь, известны трагические последствия применения правоохранительными органами в августе и в последующие месяцы 2020 г. непропор-

циональных силовых мер в отношении мирных демонстрантов. Вопиющие факты изощренных издевательств над задержанными гражданами стали известны широкой публике благодаря социальным сетям, хотя в этот период власти всячески препятствовали их работе, вплоть до отключения Интернета.

Некоторым пострадавшим гражданам приходилось вызывать бригады скорой медицинской помощи непосредственно в места изоляции, откуда они доставлялись в больницы различной ведомственной принадлежности. Причем, издевательства не ограничивались физическим насилием, задержанные испытывали и моральные страдания. Стал доступен документ, полученный от источников в здравоохранении, под названием “Обращения улицы с 09.08.2020”. По данным на 12.09.2020 г. в нем указаны данные более 1100 человек, которые обращались за медицинской помощью, а также описание полученных ими травм [3]<sup>2</sup>. Следственный Комитет Беларуси выступил с заявлением о том, что (по данным на 17 августа 2020 г.) более 600 граждан обратились с заявлениями о полу-

<sup>1</sup> Аллюзия на наименование пандемии “COVID-19”.

<sup>2</sup> “Я обращаю ваше внимание на то, — заявила Ю. Латынина на “Эхе Москвы”, — что на этой неделе [середина сентября 2020 г.] до Верховного комиссариата ООН по правам человека добрались заявления о нарушениях прав человека в Белоруссии. 450 случаев пыток, жестокого обращения зафиксированы” [4].



чении телесных повреждений при их задержании сотрудниками правоохранительных органов, и около 100 человек — о получении телесных повреждений в местах временного содержания [5].

Укажем категории граждан, у которых мы видим признаки развития ПТСР.

1. Родственники погибших или пропавших без вести.

2. Родственники задержанных, о которых в течение нескольких дней ничего не было известно, и которых приходилось искать самостоятельно в районных отделах внутренних дел и в местах временного содержания.

3. Лица, подвергнувшиеся при задержании и в местах изоляции физическому и моральному насилию, и осужденные на 15 или 30 суток тюремного заключения.

4. Замаскированный страх существует и у публики, наблюдавшей воочию акты насилия, а также увидевшей их в Сети.

5. В состоянии когнитивного диссонанса находятся люди, желающие принять участие в мирных шествиях, но опасающиеся попасть при этом “под раздачу”.

6. Противоположное отношение к происходящим событиям приводит к ухудшению психологического климата и серьезному разладу в семье и конфликту между представителями старшего поколения, получающими информацию от провластных телевизионных пропагандистов, и молодым поколением, пользующимся Интернетом. Нередки и серьезные разногласия между супругами из-за порой противоположных точек зрения, приводящие на грань разрывов отношений.

7. В группу косвенно пострадавших войдут так же и родственники сотрудников органов внутренних дел, ибо существует опасность, что последние начнут демонстрировать свою агрессию и применять свои методы не только на работе, но и в быту.

8. Не следует забывать и о существовании т. наз. “вьетнамского синдрома”, в соответствии с которым и сами силовики, а ведь это наши дети и братья, будут впоследствии страдать от различных психических расстройств.

9. Дети, не знающие, кому верить: папе или маме, или дедушке с бабушкой, и до которых в некоторых семьях просто нет дела

10. Психологические проблемы могут возникнуть и у людей, не имеющих пострадавших в своем ближайшем окружении и не участвующих в мирных демонстрациях. Выдающийся русский психиатр Ф. Е. Рыбаков, 150-летие со дня рождения которого мы недавно отмечали, в монографии “Душевные расстройства в связи с последними политическими событиями” (1906), описывая и сами события: черносотенные погромы и избиения, расстрел казаками мирной демонстрации 20.10.1905 г. и т.д., отмечает интересную закономерность: “лица, участвовавшие в политическом движении пассивно, заболевали гораздо чаще, чем лица, принимавшие непосредственное живое участие в этом движении” (цит. по: [6]).

Следует отметить, что задержанные в ходе мирных протестов граждане, даже не получившие физических повреждений, испытывали насилие моральное. Проф. Ю. И. Полищук в статье с примечательным названием “Унижение и оскорблечение человеческого достоинства как распространенная психическая и моральная травма, влияющая на психическое здоровье” определяет, что “достоинство человека является морально-нравственной категорией, определяющей его самоуважение и уважение к нему как к личности со стороны общества, государства, других людей на основании признания его заслуг и достижений в социальной, общественной, профессиональной, семейной и других сферах жизнедеятельности, а также положительной оценки его физического и морального облика. Достоинство личности является нравственной ценностью и способом самоутверждения человека в обществе. Оно основано на праве каждого человека на уважение, уважительное отношение и выражается в самосознании, самооценке и самоконтроле”. Автор приводит текст статей Конституции РФ, где в ст. 21 записано, что “1. Достоинство личности охраняется государством. Ничто не может быть основанием для его умаления. 2. Никто не должен подвергаться пыткам, насилию, другому жестокому или унижающему человеческое достоинство обращению или наказанию” [7]<sup>3</sup>.

Невротизация населения в рассматриваемой ситуации проявляется в стремлении людей самостоятельно принимать некоторые препараты, обладающие успо-

каивающим действием. По мнению некоторых аптечных работников, с которыми нам удалось побеседовать, отмечен рост продаж в аптечной сети настойки валокордина, корвалола, адаптола, фенибути и других безрецептурных средств с седативным действием. Так же возросли продажи алкогольных напитков, применяемых с той же целью<sup>4</sup>.

Сегодня у специалистов, имеющих отношение к психическому здоровью населения Республики Беларусь, непростое время, и перед ними стоят две серьезнейшие задачи. Теоретическая: общественность просит разъяснить, откуда в центре Европы в считавшейся тихой и спокойной страной — Беларусь появились собственные тонтон-макуты<sup>5</sup>, продемонстрировавшие поражающие воображение своей интенсивностью издевательства и пытки и такую степень озверения, которые шокировали весь цивилизованный мир.

Заметим при этом, что здесь речь идет о действиях тех сотрудников силовых структур, которые сознательно калечили беззащитных людей. Это не относится к другим сотрудникам правоохранительных органов, которые и должны охранять право, закон и порядок, без чего невозможно нормальное функционирование любого государства<sup>6</sup>.

Напомним читателям о результатах знаменитых экспериментов Филипа Зимбардо (Philip G. Zimbardo, 1971) и Стэнли Милгрэма (Stanley Milgram, 1963), которые заставляют задуматься, насколько глубоко представлены в человеческой природе свидетельствующие о жестокости определенные личностные качества. “Существенная и общая черта двух экспериментов, — констатирует С. А. Четвертаков — искусственное создание или даже неявное выучивание абсолютного превосходства одних участников над другими, т.е. воспроизведение неограниченной власти через управление одних участников эксперимента другими участниками”. Характеризуя эксперимент Ф. Зимбардо, автор отмечает: “Тюремщики” постепенно стали входить в роль, среди них появились те, кто начал получать удовольствие от унижений подопечных, кто-то стал злоупотреблять властью. Нормальные студенты лучшего университета США дошли до изощренных образцов тюремной практики всего за три дня” [9]. То, что такие ситуации не столь уж редко

<sup>3</sup> Аналогичные статьи содержатся и в Конституции РБ.

<sup>4</sup> Конкретных количественных показателей мы пока не имеем.

<sup>5</sup> Тонтон-макуты — гвардия национальной безопасности, созданная одним из самых мрачных и кровожадных диктаторов XX века Франсуа Дювалье. Чёрным гвардейцам был выдан полный карт-бланш на действия, не ограничивающий их ни в чём. Никакие рамки закона и морали на них не распространялись — закон у тонтон-макутов был один: слово самого диктатора. Они могли беспрепятственно врываться в дома, истязать и даже убивать людей, если считали, что это в интересах государственной безопасности. Жертвами их становились сторонники оппозиции, как реальные, так и мнимые, а также бизнесмены, которые отказывались жертвовать средства на государственные проекты [8].

<sup>6</sup> Правда, в последние дни к ним появились определенные вопросы в связи с тем, что неизвестные люди в гражданской одежде избивают и захватывают на улицах прохожих, заталивают их в автомобили без опознавательных знаков и увозят в неизвестном направлении. Если же ими являются сами сотрудники этих органов, то их название следует изменить на что-то более близкое к “опричнице”.

встречаются в обыденной жизни, доказывает существование неискоренимой “дедовщины” в армии.

Известный русский писатель, литературный критик, публицист и социолог М. А. Энгельгардт (1861 – 1915) писал: “Тысячелетиями культивированная, разработанная, взлелеянная жестокость, заразив в большей или меньшей степени всех культурных людей, должна была достигнуть исключительного развития у отдельных лиц. Таким образом, создались целые разряды людей, находивших свое удовольствие и отраду, честь и славу, утеху и развлечение в истязании себе подобных” [10, с. 181]. “В конце концов (надо надеяться, хотя не знаю, можно ли надеяться), — продолжает автор, — мы дойдем до такого строя, который будет толкать на путь преступления только и исключительно подлинных, настоящих злодеев — людей, у которых страсть к мучительству достигает крайнего развития” [10, с. 185]<sup>7</sup>.

“Нравственная природа человека, — считает диакон Андрей Кураев, — не зависит ни от чего, в том числе религиозности: можно быть верующим или неверующим, христианином или язычником, а нравственное чувство, нравственная природа присутствует и опознается человеком в голосе совести... Не “природу”, а свою конкретную личную совесть (“иностась” совести) человек очень даже может корежить и осквернять<sup>8</sup>. Еще лучше это удается целым сообществам людей, особенно обладающим средствами пропаганды и идеологической промывки мозгов. Не обманывайтесь: дурные сообщества разворачивают добрые нравы” [11]<sup>9</sup>.

Напомним читателям, что как минимум с 1889 года, когда французский психолог Пьер Жане опубликовал первую в научной литературе историю про травматический стресс, известно, что пережившие травму люди склонны “продолжать те же действия, или, скорее, предпринимать те же (тщетные) попытки к действиям, что и в момент происшествия” [12, с. 64]. В книге “Травматические неврозы военного времени” психиатр Абрам Кардинер описывал свои наблюдения за ветеранами Первой мировой войны. Книга была опубликована в 1941 г. в преддверии ожидаемого наплыва контуженных и перенесших психологические

травмы солдат, ставших жертвами Второй мировой войны. То, что Кардинер называл “травматическими неврозами”, сегодня мы именуем посттравматическим стрессовым расстройством — ПТСР.

Поворотный момент настал в 1980 году, когда группа ветеранов войны во Вьетнаме при помощи психоаналитиков из Нью-Йорка по имени Хаим Шатан и Роберт Дж. Лифтон добились от Американской ассоциации психиатров признания нового диагноза под названием посттравматическое стрессовое расстройство, описывавшего набор симптомов, в большей или меньшей степени, наблюдавшихся у ветеранов.

В каком-то смысле живые болезненные воспоминания и повторные переживания хуже самой травмы. У повлекшего психологическую травму события есть начало и конец. У людей же с ПТСР яркие болезненные воспоминания о случившемся могут нахлынуть в любой момент, как во сне, так и наяву. Неизвестно, когда они произойдут, и сколько они будут длиться. Люди, страдающие от таких всплесков болезненных воспоминаний, зачастую выстраивают свою жизнь с единственной целью: защититься от них... Постоянно бороться с невидимой опасностью крайне утомительно, из-за чего они постоянно уставшие, подавленные и измотанные [12, с. 77]. Психологическая травма затрагивает весь человеческий организм — тело, разум и мозг. При ПТСР тело продолжает защищаться от опасности, которая давно миновала... У людей, переживших травму, уровни гормонов стресса нормализуются гораздо дольше, а при малейшем стрессе подскакивают быстро и непропорционально сильно. Губительные последствия хронически повышенного уровня гормонов стресса включают проблемы с памятью и вниманием, повышенную раздражительность и расстройства сна. Они также способствуют и долгосрочным проблемам со здоровьем, в зависимости от того, какая система организма особенно уязвима у конкретного человека [12, с. 57].

После перенесенной психологической травмы — независимо от того, стала ли она результатом каких-то действий по отношению к тебе или твоих собственных поступков, — практически всегда становится сложно поддерживать близкие отношения. Как можно, пережив нечто столь немыслимое, научиться доверять себе или кому-то другому? Либо, наоборот, как можно покориться близким отношениям, став жертвой жестокого насилия? [12, с. 19].

“Мы предпочитаем думать, что жестокость происходит лишь в отдаленных местах, таких как Дарфур или Конго, — уверяет Бессел ван дер Колк, один из самых известных в мире исследователей психологической травмы. — Даже сторонним наблюдателям весьма тяжело становиться свидетелями чужой боли. Стоит ли тогда удивляться, что пережившие психологическую травму люди не переносят воспоминания о ней и зачастую ищут спасения в наркотиках, алкоголе, самокалечении, лишь бы заглушить эти невыносимые

<sup>7</sup> В настоящее время понятие “Садизм” лишено сексуального содержания и понимается как жестокость, направленная на причинение моральных и физических страданий жертвам, попытка полностью подчинить ее и лишить воли, свободы, желаний, приобрести полный контроль над ней. Крайних степеней системная жестокость достигает, если она остается безнаказанной или поощряется.

<sup>8</sup> От того апостол Павел и говорит о “людях сожженной совести” (1 Тим 4,2).

<sup>9</sup> Детально обстоятельства выбора связанных с насилием профессий рассмотрены нами в статье, планируемой к публикации в журнале “Вестник Ассоциации психиатров Украины”.

мые мысли? [12, с. 17]<sup>10</sup>. Только теперь они получают большие дозы психотропных веществ, которые делают их более гговорчивыми, однако вместе с тем вредят их способности испытывать удовольствие и проявлять любознательность, рости и развиваться в эмоциональном и интеллектуальном плане, а также мешают им становиться полноценными членами общества [12, с. 168]. Вместе с тем лекарства не способны “излечить” психологическую травму, они лишь заглушают проявления нарушенной физиологии... Они могут помочь контролировать чувства и поведение, однако за это неизбежно приходится платить какую-то цену — потому что своим действием они блокируют химические системы, регулирующие взаимодействие с окружающими, мотивацию, боль и удовольствие” [12, с. 250].

Теперь перейдем к практическим задачам, стоящим перед медицинским сообществом по оказанию реальной помощи пациентам с ПТСР. Основная нагрузка лежит на государственную медицину<sup>11</sup>. Напомним читателям, что в сентябре 2001 года несколько организаций, включая Национальные институты здравоохранения, компанию Pfizer и “New York Times Foundation” созвали экспертные группы, чтобы те рекомендовали лучшие методы лечения для людей, получивших психологическую травму в ходе атаки на Всемирный торговый центр. Аналогичные действия, как представляется, должны предпринять и наши республиканские медицинские службы. Здесь чрезвычайно важно отметить: чем раньше начато лечение, тем на более успешные результаты его можно рассчитывать.

Очевидно, что значительному количеству пациентов понадобится стационарная помощь. И здесь основная задача организаторов здравоохранения — обеспечить необходимое количество койко-мест. Представлялось бы целесообразным перепрофилировать некоторые отделения, находящиеся в составе психиатрических больниц, для лечения пациентов с ПТСР. Впрочем, подобные меры можно было бы предпринять и в отношении общесоматических или неврологических клиник. Кафедры психиатрии и психотерапии МАПО должны незамедлительно провести методические циклы для врачей общей практики, которые могли бы на первых этапах назначать соответствующие психотропные средства с последующим направлением пациентов для получения квалифицированной и специализированной психотерапевтической помощи. Что же

<sup>10</sup> Примерно от одной трети до половины всех перенесших тяжелую психологическую травму людей сталкиваются с проблемами, связанными с алкогольной или наркотической зависимостью [12, с. 365].

<sup>11</sup> В условиях отсутствия в стране страховой медицины некоторые частные медицинские учреждения заявили о бесплатном лечении этих пациентов. Понятно, что речь здесь может идти о незначительном их числе.

касается этих специалистов, то в Республике Беларусь несомненно имеется определенное количество высококвалифицированных психотерапевтов<sup>12</sup>. Формирование кадрового состава психотерапевтической службы в РБ происходило несколько своеобразным образом. Основная масса психотерапевтов рекрутировалась не из психиатров, а из врачей общей медицинской практики. Любой врач, будь то, к примеру, терапевт или гинеколог, оформлялся на ставку психотерапевта, а затем направлялся на 4-месячную специализацию на кафедру психотерапии МАПО<sup>13</sup>, после чего уже смело мог именовать себя психотерапевтом<sup>14</sup>.

Напомним читателю, что Совет по психиатрии Европейского союза медицинских специальностей рекомендует 5-летний период посл дипломной психиатрической подготовки, в течение которого обучающиеся психиатрии врачи должны изучать общую психиатрию, детскую и подростковую психиатрию, гериатрическую психиатрию, аддиктивную психиатрию, психотерапию и получить навыки в лечении пациентов с различными психическими расстройствами. В соответствии с Руководством по посл дипломному психиатрическому образованию в Европе Европейской психиатрической ассоциации “психотерапевтическая подготовка, как часть процесса посл дипломного психиатрического образования, является обязательной, в первую очередь для того, чтобы клиницист научился общаться, взаимодействовать с пациентом и его ближайшим окружением таким образом, чтобы общение становилось благотворным для них” [15]. Укажем здесь так же, что Американская ассоциация групповой психотерапии рекомендует для обучения группового терапевта как минимум 300 часов клинического опыта групповой терапии и 75 часов супервизии. Европейская Ассоциация психотерапии (EAP), к примеру, выдает Европейский сертификат по психотерапии после посещения минимум 3200 учебных часов как по общей психотерапии, так и по конкретной сфере терапевтического воздействия [16].

“Существуют серьезные проблемы с личной психотерапией, — отмечает руководитель модальности “Системная семейная психотерапия” в ОППЛ А. Я. Варга в статье с выразительным названием “О профанации психотерапии”. — Личная терапия психотерапевта

<sup>12</sup> В структурах Минздрава на сегодняшний день работает около трехсот психотерапевтов.

<sup>13</sup> “Психотерапевтическое искусство, — утверждает проф. Ю. И. Полищук, — почти не передается и не усваивается путем стандартизированного обучения” [13].

<sup>14</sup> Томас Сас в своей книге “Миф душевной болезни” комментирует “тот факт, что каждый врач получает официальное право на проведение психотерапии, даже если все, на что ему приходится рассчитывать, это, по меткому замечанию Цильбоорга (1941), “его более или менее приемлемое невежество” [14, с. 49].

абсолютно необходима для того, чтобы он не вносил различные проблемы в терапевтический процесс со своими клиентами. Чтобы он видел и понимал, где его потребности, комплексы, мотивы, а где профессиональная работа, происходящая по профессиональным стандартам... Человек может прочесть кучу профессиональных книг, пройти множество тренингов, но если он не прошел свою психотерапию и не получил сотни часов супервизии своей практики — он не может быть эффективным психотерапевтом. Он чего-то такое общается со страдающими людьми и может даже помогать им, но психотерапией он не занимается. Чаще всего просто тешит свое тщеславие и играет в свое величие, пользуясь неграмотностью людей” [17]<sup>15</sup>.

“Многие из начинающих психотерапевтов, — констатирует Ролло Мэй, — главное внимание уделяют техникам; это наиболее действенное из доступных им средств для снятия собственного страха в обескураживающих психотерапевтических столкновениях с пациентом” [19., с. 28]<sup>16</sup>.

Впрочем, действенную помощь пациентам с ПТСР могут оказать и психологи, которых достаточно в стране. Диплом психолога получают выпускники многих государственных университетов в разных городах страны — педагогических, экономических, технических, физической культуры и пр., а также различных частных институтов. Более того, лица, имеющие высшее образование, могут получать второе высшее образование в области психологии, путем заочного обучения в течение 2 – 3 лет в различных институтах, университетах, Академии последипломного образования и проч. Пройдя несколько тренингов и семинаров и украсив стены кабинета красиво оформленными разноцветными сертификатами, эти специалисты рекрутируют себе клиентов в Интернете, благо, эта деятельность не требует лицензирования и осуществляется под маркой “образовательные услуги”<sup>17</sup>. Впрочем, каков бы ни был профессиональный уровень наших психотерапевтов и психологов, других специалистов в этой области у нас попросту нет<sup>18</sup>. И в

любом случае их помощь будет превосходить аналогичную, получаемую от врачей общесоматической практики.

Итак, как мы видим, в зону поражения попали практически все слои общества<sup>19</sup>. Ситуация несомненно осложняется и продолжающейся пандемией “COVID-19”. Как дальше будут развиваться события в стране, предположить сегодня, в день отправки статьи в редакцию (22.11.2020), невозможно. А поэтому и не ясно, как долго будут калечить людей<sup>20</sup> или же виновные пойдут под суд<sup>21</sup>. *Tertium non datur!*

Заканчивая наши рассуждения, вспомним выдающегося социального психолога Курта Левина, считавшего, что трудно ожидать победы демократии в результате постепенного развития общества и роста его культуры. Ведь человек невольно приспособливается к авторитарной культуре, пытаясь адаптироваться к навязываемой ему извне ситуации. “Было бы ошибкой предполагать, — утверждает К. Левин, — что люди сами по себе будут следовать демократической модели существования... Демократия не может быть внушена личности извне; ее можно принять лишь путем добровольного и ответственного принятия ее правил. Переход от авторитаризма к демократии — это процесс, который занимает гораздо больше времени по сравнению с обратной процедурой” [23, с. 154, 155]. Автор считает наивными “представления о том, что “человеческая природа” — это ровно то же самое, что “демократическая культура”; и что единственное, в чем нуждается человек, так это в том, чтобы искоренить причины плохой адаптации; тогда демократический мир будет построен незамедлительно” [23, с. 167].

### ЛИТЕРАТУРА

1. Дж. Оруэлл. 1984. Оруэлл Дж. 1984 : роман, сказка, эссе. М.: 2002.
2. <https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%AD%D0%BF%D0%B8%D0%B4%D0%B5%D0%BC%D0%B8%D1%8F> Дата доступа: 16.11.2020.
3. <https://www.b-g.by/news/stalo-izvestno-skolko-postradavshih-v-minskie-obratilis-za/> Дата доступа: 16.09.2020.

<sup>15</sup> Представляется, что далеко не все наши специалисты имеют опыт личной супервизии. Выдающийся современный психотерапевт И. Ялом подробно описывает свою собственную терапевтическую одиссею и сообщает о личной терапии и супервизии в своей книге “Дар психотерапии” (Глава 12) [18].

<sup>16</sup> Ректор Восточно-Европейского Института Психоанализа проф. М. М. Решетников отмечает, что “многие начинают позиционировать себя в качестве психотерапевтов, не имея ни малейших представлений о том, как развивается и как функционирует психика в норме и патологии” [20]. Этот же автор употребляет термин “ремесленники от психотерапии”.

<sup>17</sup> Вот пример рекламного объявления одного из нескольких сот психологов, размещающих свои предложения в Интернете. “Работаю в направлениях: Арт-терапия, Личностно-центрированная терапия, Позитивная психотерапия, Психоанализ (классический), Психодрама, Сказкотерапия, Танатотерапия, Телесно-ориентированная терапия, Экзистенциальная психотерапия”.

<sup>18</sup> “Других писателей у меня для вас нет!” (Сталин И. В.).

<sup>19</sup> За почти четыре месяца протестов в Беларуси через изоляторы прошли более 26 тысяч человек [21].

<sup>20</sup> В самый разгар событий августа 2020 г. Президент РБ указом № 308 от 13.08.2020 демонстративно наградил 300 сотрудников силовых структур, правда, как сообщалось, еще за прошлые заслуги.

<sup>21</sup> Что же касается жертв насилия, то напомним читателям, что избитый четырьмя американскими полицейскими в 1992 г. в Лос-Анджелесе Родни Кинг получил материальную компенсацию в размере 3,8 млн долларов (Цит. по: [21, с. 247]).

## **Ф. Б. Плоткин**

4. <https://echo.msk.ru/programs/status/2705379-echo/> Дата доступа 15.09.2020.
5. [https://aif.by/social/sk\\_bolee\\_600\\_grazhdan\\_obrafilis\\_s\\_zayavleniyami\\_ob\\_izbienii\\_silovikami](https://aif.by/social/sk_bolee_600_grazhdan_obrafilis_s_zayavleniyami_ob_izbienii_silovikami) Дата доступа: 22.11.2020.
6. К 150-летию Федора Егоровича Рыбакова. Независимый психиатрический журнал 2020; (2): 5.
7. Полищук Ю. И. Унижение и оскорбление человеческого достоинства как распространенная психическая и моральная травма, влияющая на психическое здоровье. Независимый психиатрический журнал 2020; (1): 16 – 19.
8. <https://www3.gazetaby.com/post/tonton-makuty-u-nashy-kuty/> 39732/ Дата доступа: 15.09.2020.
9. Четвертаков С. А. Реконструкция теории Маслоу. СПб., 2011.
10. Энгельгардт М. А. Прогресс как эволюция жестокости. Минск, 2006
11. <https://diak-kuraev.livejournal.com/1635145.html?page=4> Дата доступа: 15.09.2020.
12. Колк Б. Тело помнит все: какую роль психологическая травма играет в жизни человека и какие техники помогают ее преодолеть. М., 2020.
13. Полищук Ю. И. Психотерапия как врачебное искусство. Соц. и клин. психиатрия 2015; (4): 79 – 83.
14. Сас Т. Миф душевной болезни. М., 2010.
15. Мотов В. В. Последипломная врачебная психиатрическая подготовка в странах Европейского Союза. Независимый психиатрический журнал 2019; (2): 67 – 70.
16. Притц А. Развитие психотерапии сегодня. Психотерапия и клинич. психология 2008; (2) 13 – 15.
17. Варга А. Я. О профанации психотерапии. Психотерапия 2013; (1): 98 – 99.
18. Ялом И. Дар психотерапии. М., 2015
19. Мэй Р. Возникновение экзистенциальной психологии // Экзистенциальная психология. Экзистенция: сб. ст. М., 2001.
20. Решетников М. М. Психотерапия — как концепция и как профессия. Психотерапия 2013; (1): 10 – 14.
21. <https://www.svoboda.org/a/rodstvenniki-chasami-zhdut-u-izolyatorov/30958825.html> 20.11.2020 Дата доступа: 16.11.2020.
22. Деннет Д. Сладкие грёзы: Чем философия мешает науке о сознании. М., 2017.
23. Левин К. Разрешение социальных конфликтов. СПб., 2000.

**РЕКОМЕНДУЕМ!**

**В. Е. Каган**

**СМЫСЛЫ ПСИХОТЕРАПИИ**

**М., 2020**

**РЕКОМЕНДУЕМ**

**новое дополненное издание монографии  
Виктора Ефимовича Кагана**

**АУТИЗМ У ДЕТЕЙ**

**М.: Изд-во “Смысл”, 2020**

**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

# ИСТОРИЯ

---

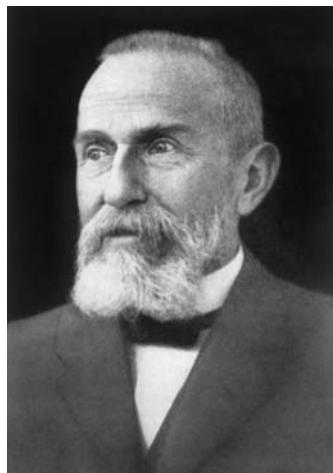
## Жизнь<sup>1</sup>

*Это учение жизни,  
первое и последнее и глубочайшее,  
освобождающее нас от чар,  
порожденных понятиями.*

Гуго фон Гофмансталь

### Ойген Блейлер — жизненный путь выдающейся личности

Д. Хелл<sup>2</sup>, К. Шарфеттер



*Чем я стал и что я совершил,  
пусть будет известно миру;  
как это происходило в деталях,  
пусть останется моей сокровеннейшей тайной.*

Гете — Ф. ф. Мюллеру, 1830

#### Блейлер: клиницист и автор — но не биограф

О. Блейлер вовсе не был человеком эксплицитного самоизображения. При всей искренности признаний себя сторонником, к примеру, Фрейда, ранней детской сексуальности, комплекса Эдипа, в беседе, в письмах, даже в публикациях (особенно 1910а) автобиографическая самопрезентация не представляла для него интереса<sup>3</sup>.

При этом о самом себе он был очень высокого мнения. Утес в морском прибоем, дерево на границе леса, узловатое и стойкое, — такие образы вызывает

он в том, кто стремится понять его дело и формирование его личности: Блейлер, клиницист, который идет колоть дрова с возбужденным пациентом, другого кормит супом, вытирает пот, участвует в делах кухни, прачечной, швейной мастерской, садового хозяйства, который оказывает помощь в качестве домашнего врача, Блейлер, поборник народного здоровья (в движении борьбы с алкоголизмом, расовой чистоте, евгенике) и отвечающей требованиям реальности рациональности в смысле просвещения (его оценка “аутистически-необъективного” мышления в философии, религии, в

<sup>1</sup> Глава из книги Кристиана Шарфеттера (1936 – 2012) “Ойген Блейлер (1857 – 1939): полифрения и шизофрения”. Цюрих: vdf Hochschulverlag AG, 2006. 527 с. — Прим. пер. П. Ю. Завитаева.

<sup>2</sup> Вклад Д. Хелла в этот раздел представляет собой только его доклад в Hell, et al., 2001.

<sup>3</sup> Иначе обстоит дело с Крепелином, которого Блейлер знал по меньшей мере с 1884 года (в Мюнхене у фон Гуддена) и с которым его многое связывало, — он оставил мемуары (1983) и самоописание (первоначально только для семьи).

чужеземных культурах, в мышлении женщин, в “шарлатанстве”).

Характерной в отношении атрибуции собственной ценности является запись старого Ойгена Блейлера (от 6.10.1938): “Универсальная кривая всего мира была бы другой, если бы я не жил или если бы я жил иначе. Стало быть, настоящее содержимое влияние моей экзистенции”.

### Биографические источники

Наше знание о биографии и сущности Ойгена Блейлера базируется на свидетельствах, опубликованных текстах его сына Манфреда Блейлера (1955, 1980, 2001) и неопубликованной биографии, которую Манфред Блейлер составил для основателя музея Бургхольцли Рольфа Мёсли (07.11.1988)<sup>4</sup>. Кроме того, представление дают тексты сотрудников и коллег.

### Персональное

Пауль Ойген Блейлер<sup>5</sup> родился 30.04.1857 в Цолликоне/кантон Цюрих, он был вторым ребенком у своих родителей — Иоханна Рудольфа Блейлера и Паулины Блейлер-Блейлер (1829 — 1898). Его сестра Анна Паулина была хронически психически больной. Отец был торговцем (торговля шелком). Семья была состоятельной. Они жили в роскошной вилле в Цолликоне, на берегу Цюрихского озера (в доме “zum Gugger”, Зеештрасе 119). Отец — Иоханн Рудольф Блейлер — был “хорошим, добросовестным, несколько флегматичным человеком”, мать — Паулина — “умной воспитательницей, дальновидной и на редкость хорошей женщиной” (Х. В. Майер со ссылкой на собственное свидетельство Ойгена Блейлера, равно как и Глаус 1957). В юные годы Ойген Блейлер был ревизором, предпримчивым и очень любознательным (Майер 1923). По сведениям Манфреда Блейлера (около 1980) Ойген Блейлер вплоть до завершения медицинского образования (1881) жил в родительском доме. Затем были годы работы ассистентом и учебный год за границей. В годы пребывания в Райнау Ойген Блейлер оставался холостым.

В 1900 году Блейлер встретил свою спутницу жизни. Он познакомился с ней и полюбил ее во время одного доклада, который делала эта активная сторонница форельского движения борьбы с алкоголизмом. Фрау д-р Хедвиг Блейлер-Вазер, вспоминая о былом (1929), написала о помолвке: “В августе 1900 года в моей жизни произошла перемена. Во время путешест-

вия по гларнским Альпам мы обручились под мерцающими звездами высокогорья. Свидетелями были луна и торжественные, немые снежные горы”.

Как много счастливых и ликующих чувств еще и сейчас звучит в этих строках. И все-таки, несмотря на всю любовь, этой женщине было совсем не просто отказаться от предвкушаемой собственной академической карьеры. Воспоминание о сопровождении активной профессиональной деятельности Ойгена Блейлера пронизано любовью и верностью их союза. Когда в 1927 году, после отставки Блейлера, пара переехала из Бургхольцли во вновь построенный дом в Цолликоне, нахлынула волна чувств, которую фрау Блейлер-Вазер, почти что стесняясь, назвала “сентиментальностью” (1929): “Когда мы осенним днем... выходили на террасу и лишь теперь по-настоящему воспринимали великолепный ландшафт под нашими ногами в нежных лучах солнца, пробивающихся сквозь дымку — и к тому же вдруг раздавался колокольный звон из близлежащей деревенской церкви, то просто не оставалось ничего другого, как броситься в объятия друг другу, хотя подобные сантименты не были приняты в нашей семье”.

В 1901 году Ойген Блейлер женился на докторе философии (германистика и история) Хедвиг Вазер (1869 — 1940). Х. В. Майер, многолетний сотрудник и заместитель<sup>6</sup>, трогательно написал об этом браке: “И личная жизнь Блейлера протекала под счастливой звездой. Во время академической дискуссии о вреде алкоголизма он познакомился с д-ром философии Хедвиг Вазер. На открытом воздухе, в наших прекрасных горах, при путешествии на Хаусшток, он, 18 августа 1900 года, на берегу идиллического Муттзее отдал ей свою руку и сердце. В следующем году она переехала в его дом в Бургхольцли, чтобы уже никогда не покидать его. Это было так, как если бы горное солнце навсегда осталось верным союзу, который был заключен под ним. Супруги жили друг с другом в ничем не нарушающей гармонии душ и в теснейшей совместной духовной работе ко благу их близких, но, сверх того, также объединялись в работе для всего общества”.

В этом браке родилось пятеро детей. Самый старший — Манфред Блейлер (1903 — 1994), который также стал психиатром и был многолетним директором психиатрической университетской клиники Цюриха (1942 — 1969). Он стал творцом и хранителем образа и дела своего отца, которое стремился продолжить. В письме к Эрнсту Кречмеру (1965) он весьма откровенно пишет о происхождении и характере своего отца: “Мой отец совсем иное дело. Среди его предков не было никаких героев духовной жизни. Они были крестьянами, чьи семейные традиции заключались в том, чтобы в течение двух столетий все более возрастающей массой сопротивляться возрастающей геге-

<sup>4</sup> Приведена в приложении.

<sup>5</sup> Этимология имени: “bleuen” означает “бить, ударять” (ср. кого-либо verbläuen = отлучить). Глаголом “bleuen” (более старое bleuwen) обозначалась обработка льна для производства полотна, валяние шерсти при изготовлении войлока и т.д.

<sup>6</sup> О Х. В. Майере см. Арнольд 1992.

монии города. Они содержали в идеальном порядке свои поля перед городскими воротами и занимались мелким промыслом. (...) (они), однако, были почти исключены из настоящего академического образования и академической традиции. Поколение моего деда только получило независимость, и мой отец учился с восторженно принятным на себя поручением: показать аристократам и академикам города, что озерный мальчик, получивший, наконец, возможность учиться, достигает успехов, и что врач из народа принадлежит народу. Так вступил он на академическую арену, словно воин, который должен завоевать свое место в опасном и враждебном мире. Здесь исток его манеры держаться, как Вы ее описываете: "... слегка наклонившийся вперед, со стремительными, резкими толчкообразными движениями, узкое, остро очерченное лицо, во время разговора чрезвычайно оживленное, выражавшее нетерпение, почти что утрированно экспрессивное, всегда пребывающий в активной дискуссии с кем-либо, чистый человек науки, всецело поглощенный своей исследовательской работой, всегда занятый медицинскими и философскими идеями. К художественным вещам и прочим посторонним делам он лишь с трудом находил подход. Он, возможно, был бы также талантлив в доктринерском фанатизме..." И, как Вы метко его описываете, он действительно был как академик, энергичный, воинственный, с протяжной крестьянской речью, бдительный, по отношению к традиционным академикам смесь глубокого почтения и недоверия. Но это была только его манера держаться, соответствующая его семейной и деревенской традиции. Вы перечислили другие черты характера: его совершенно искреннюю преданность семье, его почти чрезмерную душевную привязанность к родным, к старым товарищам, к старому деревенскому обществу. Он был невосприимчив к музыке, но, вопреки этому, он всей душой сопереживал поэзии и целиком погружался в красоту ландшафта".

С этим образом — “энергичный, воинственный, с протяжной крестьянской речью” сочетается то, что Манфред Блейлер в 1962 году пишет в своем введении к переизданию (5-ое издание) труда своего отца “Аутистически-недисциплинированное мышление в медицине” (IV, V): “Так говорит в “аутистическом мышлении” деревенский парень, который оставил отчий дом, чтобы воспользоваться только что приобретенной свободой народа для того, чтобы получить медицинские знания и навыки, превосходящие те, которые до сей поры бытовали в качестве городского влияния; и также говорит ребенок, который с искренним сочувствием узнавал о больных в собственной семье то, как они должны были страдать от “ученых” предрассудков и как страстно они стремились к лучшим врачам с критическим мышлением из своей среды. За деловым, часто почти циничным языком книги скрывается пылкое, наивное, юное чувство, соединенное со страданием, кровью, борьбой и упнованием поколения крестьян”.

### История

В одном неопубликованном тексте (1980) Манфред Блейлер трогательно изображает своего отца: “В молодости Ойген Блейлер был, как говорят, активным, светским, разносторонним, темпераментным юношей. От окончания учебы вплоть до конца жизни он был серьезным, чрезвычайно добросовестным, чрезвычайно усердным в своей работе. Он целиком и полностью отдавал себя больным и своей семье, поддерживал только немногие отношения с другими, за исключением нескольких близких друзей. Он работал в будни и в воскресные дни, от раннего утра до позднего вечера. За его строгим, суровым характером и его твердыми моральными принципами скрывалось доброе, нежное сердце, которое чувствовали его пациенты, его сотрудники и — в высшей степени — его жена и дети. Его брак был чрезвычайно счастливым, его жена поддерживала его, прежде всего, в его борьбе против алкоголизма (до замужества она была учительницей германистики и истории в женской гимназии). В последние годы его жизни его жена была слаба, и он в течение нескольких лет самоотверженно ухаживал за ней. Из искусств ему более всего была близка поэзия, и классические поэтические произведения много значили для него”.

### Школа и изучение медицины

Ойген Блейлер посещал общеобразовательную восьмилетнюю школу и гимназию. Подробности неизвестны. Затем он в Цюрихе изучал медицину (начало — осень 1876) и завершил свое обучение в 1881 году, сдав государственный экзамен. Еще будучи студентом он, совместно с Леманом (1879/80), опубликовал работу, посвященную мышечной и нервной физиологии (по опытам на животных), а в 1881 году — работу о синестезиях. Манфред Блейлер делится семейной историей, раскрывающей мотивы выбора профессии (М. Блейлер 1988): “Как и все его предки, Ойген Блейлер вырос в Цолликоне, в то время маленьким сельском поселении, более чем в часе ходьбы до стен Цюриха. Его родственники и большинство тамошних крестьян были фермерами, которые, однако, в то же время вместе со своими семьями занимались на дому переработкой шелка. Их доход был невелик, но достаточен для удовлетворения их скромных потребностей. До и после его детства на его родине царил совершенно особенный, необыкновенный дух времени: Вплоть до 1830 года Цолликон со своими окрестностями подчинялся бургеско-аристократическому правительству города. В течение 18-го века цюрихский край мало-помалу лишился многих из своих прежних свобод и страдал от этого. Доступ к высшему образованию и занятия интеллектуальными профессиями были преимущественным правом горожан. Вследствие господствовавших традиций и обычаев подчинение городу лишь постепенно, после 1830 года, ушло из жизни бюргеров. В противоположность этому, поражает и берет за душу то,

с каким жгучим интересом сельское население следовало за успехами искусств и наук, в особенности, естествознания. Крестьяне все больше и больше ощущали, что интеллигенты, пасторы, правительственные чиновники, судьи и, в особенности, врачи, которые присыпались им из города, уже не соответствуют требованиям времени. Сельское население было убеждено, что свои сыновья, если бы их допустили к учебе, стали бы более хорошими помощниками и также более хорошими врачами. Под влиянием этих жизненных обстоятельств Ойген Блейлер рано пришел к решению, — первым в своей семье и своем окружении, — изучать естественные науки и стать врачом — врачом, как и хотели все его близкие. Блейлеровский образ врача, однако, с самого его детства имел особенный отпечаток еще благодаря иному опыту людей в Цолликоне: Цюрихский университет был основан в 1833 году, и первая, соответствующая духу времени психиатрическая больница, университетская клиника Бургхольцли, была открыта в 1870 году совсем рядом с Цолликоном. Первыми университетскими преподавателями психиатрии и директорами клиники Бургхольцли были ученые, которые приобрели интернациональную славу (в частности, Гризингер, фон Гудден, Хитциг). Но они с трудом вступали в личные отношения с исконным населением, они все-таки были приглашены извне, поскольку Цюрих не имел еще никаких академических традиций. В первую очередь, им не хватало личных связей с их душевнобольными. От этого страдали многие, и особенно жители Цолликона, которые были знакомы с жизнью в Бургхольцли. Их огорчало, что психиатры были чужими для больных и занимались больше патологией головного мозга и наукой, нежели отдельными больными, и не могли сблизиться с больным уже потому, что он не мог разговаривать с ними на своем родном языке. Так у населения возникло горячее желание: один из нас должен стать психиатром, работать в Бургхольцли, быть ближе к отдельному больному, говорить с ним на его родном языке. Тогда, безусловно, можно было надеяться на улучшение помощи душевнобольным.

И это тоже привело Блейлера к определению цели своей жизни: быть, в соответствии с духом времени, естественнонаучно образованным врачом, а именно, врачом, который лично заботится о каждом больном.

Весьма сходным образом М. Блейлер писал в 1955 году: “Народ жаловался, что чужеземные профессора не понимают больных. В Цолликоне, совсем рядом с которым расположилась новая психиатрическая клиника, с особым тщанием занимались ее развитием. Вновь и вновь, посетив больных, родственники возвращались озабоченными и подавленными, и выразили свое убеждение: “Если бы только в Бургхольцли был профессор, который говорил бы с нашими больными не на литературном немецком (Hochdeutsch), а на цюрихском диалекте, то он понял бы их мучения и смог бы их исцелить”. Такие бурные жалобы Ойген Блейлер слышал во время всего своего

обучения в гимназии и часто также от своей матери. Они определили цель его жизни: говорить с больными на их языке, понимать их. К осуществлению этой цели он стремился не только тем, что всю жизнь неизменно общался с больными на своем естественном цюрихском диалекте, но, свыше этого, прежде всего, тем, что самые сумбурные выражения безумия он уже не принимал за недоступную человеческому пониманию бессмыслицу и доказал, что они представляют собой род языка, выражение берущей за душу человеческой нужды”.

Вновь и вновь М. Блейлер эмпатически писал о сельской культуре и ее потребности в своих врачах (неопубликованный текст, около 1980 года): “Народ в Цолликоне испытывал удручающее впечатление, что эти немецкие профессора в Бургхольцли слишком мало заботятся о больных. В населении господствовало убеждение:

“Если бы один из наших сыновей изучил психиатрию, стал бы директором Бургхольцли, тогда, безусловно, наши душевнобольные пациенты в Бургхольцли получили бы гораздо более хорошую помощь, чем прежде, поскольку директор в таком случае сам бы заботился о больных, говорил с ними на родном языке, лучше понимал их заботы и нужды, чем чужие немецкие профессора”.

Манфред Блейлер неоднократно подобным образом изображал происхождение из живущего в гармонии с землей и природой крестьянского сословия, образ семьи и профессиональный выбор, по нашему сведению, в конце концов, письменно (без опубликования) по просьбе историка Бургхольцли Рольфа Мёсли (основателя исторического музея Бургхольцли) 7.11.1988.

В этих изображениях своего отца Манфред Блейлер снова и снова указывал на его крестьянские корни. Для этого имеется пример в одном крестьянине из цюрихского края из 18-го столетия. Это Якоб Гуйер (Guier) (= Guyer), названный “маленьkim Якобом” (kleinjogg) (chlijogg, причем “маленький” означает младшего брата). Этот маленький Якоб (1716 – 1785), будучи крестьянином в цюрихском краю, жил сначала на своей родине в Верматсвиле, затем в городском крестьянском хозяйстве в Катценрюти. Его жизнь и его дело привели в восхищение тогдашнего городского врача и члена правительства Ханса Каспара Хирцеля (1725 – 1803), который патетически изобразил их. Более поздний потомок маленького Якоба, педагог Вальтер Гуйер, основываясь на многих документах, представил образ, жизнь и дело маленького Якоба в книге: Маленький Якоб, цюрихский крестьянин (1972).

Маленький Якоб был трудолюбивым и для тогдашнего времени очень передовым крестьянином, который применял многие новые идеи для улучшения сельского хозяйства, например, в разведении сельскохозяйственных культур, чередовании фруктов, на сенокосных угодьях, пастбищах, в стойловом содержании

нии скота, культивировании растений органическими удобрениями, мелиорации земель, осушении болот, орошении, уменьшении глины и т.д. Со всем этим маленький Якоб стал для всей Европы, далеко за пределами Швейцарии, примером целого ряда новых аграрных мероприятий. Поэтому он часто принимал посетителей отовсюду, а также представителей правительства и знатных гостей из заграницы. Гете через Лафатера узнал о маленьком Якобе и дважды посетил его (1775 и 1779). Он нашел его “одним из самых чудесных созданий, которых порождала эта земля” (цит. в Гуйере 1972). Характеристика маленького Яакоба, данная его ревностным меценатом Хансом Каспаром Хитцелем, который также свел этого крестьянина с главой правительства и обществом естествоиспытателей, дает нам многие параллели к образу Ойгена Блейлера: коренной, верный родине, настойчивый, “с непоколебимой стойкостью, с которой он придерживается однажды найденных верными принципов и не дает сбить себя с толку ничему, что противоречит его опыту, внутреннему и внешнему”. Праведно жить: быть старательным, бережливым, неприхотливым во всем, что касается питания, одежды, досуга. Правильно поступать, это значило: быть преданным своей земле, семье, родине, работе, окружающим, и морально-этически корректно руководствоваться внутренним суждением. Быть правоверным означало: подчинить свои повседневные обязанности высшей силе, не привязываясь к церковной жизни.

В высоком трудовом этосе ставятся наистройжайшие требования к самому себе: “Крестьянин должен найти свою славу и свою радость в работе, и самая тяжелая работа всегда должна быть для него самой желанной, поскольку она предоставляет ему удобный случай показать свои силы и свое рвение. Всегда, когда батрак превосходит его, он должен испытывать стыд”.

Если мы еще добавим, что маленький Якоб, по крайней мере, в зрелости, гневно выступал против злоупотребления алкоголем и против праздников с употреблением алкоголя, то мы снова находим пример для Ойгена Блейлера.

И все же Ойген Блейлер происходил из семьи, стремящейся возвыситься над крестьянским укладом жизни (М. Блейлер 1951, Элленбергер 1985). Один из его предков основал получившее широкую известность гончарное производство, специализировавшееся на белых печах. Дедушка Блейлера был фермером и занимался организацией доставки шелка, Блейлеры в то время достигли верхних слоев сельской общины. Отец Блейлера, торгую шелком, стал весьма состоятельный. Он смог приобрести роскошную виллу на Зеештрассе 119 в Цолликоне. Кроме того, он был президентом общины.

## Последипломное образование

После завершения обучения в Цюрихе (1881) Ойген Блейлер в течение трех лет был врачом-ассистентом в бернской психиатрической университетской клинике Вальдау (директором тогда был проф. Шерер).

В то время он уже написал сообщение об эпидемии инфекционной пневмонии в этой клинике (1883). В связи с этим Якоб Вирш, в честь 100-летнего юбилея Ойгена Блейлера, пишет (1957) о хвалебных словах директора клиники проф. Рудольфа Шерера об Ойгене Блейлере<sup>7</sup>: “Здесь следует добавить еще несколько фраз из рукописного годового отчета Вальдау за 1881 год: Г-н д-р Блейлер 17 сентября 1881 начал свою деятельность в Вальдау, а именно, — что лишь изредка встречается у наших врачей-ассистентов, — с намерением сделать психиатрию своей специальностью. И он же целиком и полностью выполнил задачу, которая встала перед ним, содействуя науке и в то же время с примерной добросовестностью исполня员 свою должность. Совершенно особым образом проявились его самоотверженность и верность долгу во время эпидемии сыпного тифа, которая разразилась в Вальдау и была описана в специальной брошюре. В этом случае г-н д-р Блейлер так далекошел в своем самопожертвовании, что, когда опасность достигла наивысшей степени, он проводил даже целые ночи в изоляторе для заболевших в так называемом Штёкли (Stöckli) старого дома для умалишенных, чтобы незамедлительно осуществлять требуемые в данный момент мероприятия, такие, как впрыскивание эфира и т.д. Но, наряду с этой серьезной стороной, г-н д-р Блейлер также участвовал в жизни коллектива и поднимал настроение пациентам, служащим и сотрудникам своим превосходным чувством юмора и своим замечательным талантом изображения самых различных картин при театральных представлениях”.

После Берна в 1884/85 гг. последовали стажировки в Париже (проф. Шарко, Маньян), Лондоне, Мюнхене (проф. фон Гудден). Об этих путешествиях до сих пор нет никаких документов и более подробной информации. Проф. фон Гудден в Мюнхене был заинтересован невропатологией. Там Блейлер встретился с Форелем и Крепелином. Там появилась диссертация Ойгена Блейлера: К казуистике очаговых заболеваний моста (1885, защищена в Берне у проф. Лихтерхайма).

В 1885 – 1886 гг. он был ассистентом у Огюста Фореля (1848 – 1931) в психиатрической университетской клинике Цюриха Бургхольцли. Нет определенных документальных свидетельств того, насколько важными были импульсы, которые он получил от Фореля<sup>8</sup>. В развитии гипноза лежали начала психоте-

<sup>7</sup> То же самое также цитирует Глаус, 1957.

<sup>8</sup> Большое значение Фореля для цюрихской психиатрии отмечает М. Блейлер (1946).

рапии. У Фореля Блейлер узнал о модели диссоциации, которая в дальнейшем стала определяющей для его истолкования и наименования шизофрений (в соответствии с представлениями и предположениями многих тогдашних психиатров). Во всяком случае, усилия Фореля в области народной гигиены, особенно его борьба против алкоголизма, его социально-психиатрические устремления, равно как и его либеральный дух наложат свой отпечаток на Блейлера.

### Директор клиники Райнау (1886 – 1898)

Уже в 1886 году, в 29 лет, по рекомендации Фореля Ойген Блейлер стал директором психиатрической сельской клиники Райнау в кантоне Цюрих (около 850 пациентов). Там он вплоть до 1898 года трудился в качестве заведующего и врача для всех, пациентов, сестер, санитаров и их родственников. В то время он был еще холостым и жил всецело с “большой семьей” своей клиники. Его сын Манфред описывает жизнь Ойгена Блейлера как директора Райнау (1998): “В 1886 году, 29 лет от роду, Ойген Блейлер был избран директором и врачом психиатрической клиники Райнау. Эта клиника, в то время называвшаяся “больницей для неизлечимых” (“Pflegeanstalt”), располагалась в отдалении от Цюриха в пустынной местности на одном из островов Рейна. Речь идет о средневековом монастыре, который издавна принимал много больных. В 1867 году монастырь был освобожден и его строения были реорганизованы в больницу для неизлечимых больных. В период пребывания в Райнау Ойген Блейлер приобрел большую часть того опыта, который он использовал в своем изображении шизофренических душевных расстройств. В то время еще неженатый, он постоянно жил со своими больными, зачастую работал с ними, в том числе, в поле, заполнял их досуг прогулками, театральными представлениями, танцами и др. В то же время он был врачом широкого профиля для своих больных, медицинских сестер, санитаров и даже жителей расположенной по соседству деревушки. В качестве такового он регулярно резервировал себе половину дня для хирургических операций. При всех этих занятиях он всегда имел в кармане блокноты и карандаш. Он ежедневно записывал многие наблюдения за больными и стено-графировал беседы с ними. Количество исписанных им блокнотных страниц равняется десяткам тысяч. Они образовали фундамент для написанной им впоследствии книги”.

В период руководства Райнау Блейлер посетил в Хайдельберге Крепелина<sup>9</sup>. Крепелин пишет об этом в своих мемуарах (1983, 77): “Особую радость мне доставило то, что некоторое время у нас гостили Блейлер, который обстоятельно занимался вопросом слабо-

умия. В оживленном обмене мнениями у постели больного мы могли установить, что наши опыты в большинстве пунктов совпадают друг с другом”.

Крепелин (178) упоминает о еще одном визите Блейлера в дом, который Крепелин построил в Палланце, на берегу Лаго-Маджоре. С Крепелином Блейлер имел много общего: простой по образу жизни, очень трудолюбивый и старательный, четко структурированный стиль жизни с преданностью работе, семье, домашнему очагу. Кроме того, оба имели “естественнонаучную” ориентацию, т.е., были эпистемологическими позитивистами, разделявшими крепелиновское учение о болезнях, представлявшими материалистическое мировоззрение, искавшими экспериментально проверяемую психологию (Блейлер, по крайней мере, вначале — в ассоциативном эксперименте, а после своего поворота к Фрейду — уже нет). Их также объединяли идеи о соблюдении расовой чистоты, евгеника, стерилизация, кастрация, интерпретация преступления как “социальной болезни” и борьба против алкоголизма.

### Директор Бургхольцли и профессор психиатрии в Цюрихе (1898 – 1927)

Хотя Блейлер с удовольствием жил и работал в Райнау и имел хорошие отношения с управляющим, в конце 1890-ых гг., после того как Огюст Форель объявил о своем уходе, ему захотелось перейти в Бургхольцли. На это решение повлияло также расположение этой клиники в непосредственной близости с его родным городом, Цолликоном, и, вместе с тем, с его тогда еще там живущими и в то время немощными родителями. Правительственный совет избрал Ойгена Блейлера вопреки мнению факультета (Форель 1935, 178).

Когда министерство образования и медицинский факультет цюрихского университета искали преемника для ушедшего в отставку О. Фореля (и при этом обсуждались три кандидата из Германии), завязались дебаты о том, нужно ли отделить медицинскую дирекцию Бургхольцли от должности ординарного профессора психиатрии. В дискуссиях заседания (рукописный протокол) от 8.12.1897 это было отклонено, причем также прозвучал аргумент о важности родного языка, который должен был объединять директора и пациентов. Имя *primo loco* немецких кандидатов (Дельбрюк) было зачеркнуто и заменено д-ром Ойгеном Блейлером. Это произошло по желанию правительства. В относящихся сюда актах (в государственном архиве) находится письмо некоего г-на Эрнста из Винтертура от 7.12.1897 президенту правительства Гробу, в котором Эрнст настойчиво рекомендует Блейлера на должность директора и ординарного профессора психиатрической университетской клиники Бургхольцли. Я привожу цитату из этого рукописного письма: “С неустанным рвением г-н Блейлер в течение многих лет возглавлял эту больницу (Райнау) при помощи одного-единственного ассистента, несмотря

<sup>9</sup> Крепелин в 1891 – 1903 гг. был в Хайдельберге. Об этом визите упоминает также Х. В. Майер (1941, 11). Год этой поездки не указывают ни Крепелин, ни Майер.

на то, что, в среднем, эту больницу населяют 725 больных, в основном помешанных... Благодаря характеру, образованию, знанию и опыту, равно как и утонченному чувству такта в обращении с больными г-н Блейлер, несомненно, является одним из самых выдающихся психиатров нашего края. Ему не составило бы труда навсегда избавить больницу Бургхольцли от дурной славы, которая закрепилась за ней с самого ее возникновения. Г-н Блейлер, правда, за исключением нескольких статей о психиатрических частностях, не был плодотворным автором в своей специальности; он не располагал для этого временем; у него также не было удобного случая получить опыт академического преподавания. Но его большие способности, его величайшее усердие, его опыт, вероятно, также позволят ему полностью удовлетворить требованиям такой должности..."

За написанным от руки протоколом от 8.12.1897 следует отпечатанное назначение на должность через министерство образования от 13.01.1898: Ойген Блейлер назначается ординарным профессором медицинского факультета университета по специальности "психиатрия" и директором психиатрической клиники.

Итак, воплотив мечту своей семьи и своей юности, он оказался в Бургхольцли, которым он руководил с 1898 (вступление в должность 16.4.1898) до 1927 года. В Бургхольцли он был уже не только врачом для своих больных, но должен был читать клинические лекции, заниматься исследовательской работой и продолжать психогигиеническую деятельность своего предшественника Фореля (особенно в борьбе против алкоголизма).

### Психически больная сестра

Все в том же 1898, году вселения в Бургхольцли (служебная квартира на 2-м этаже) скончались родители Ойгена Блейлера. После этого он взял к себе свою старшую (на 5 лет) сестру Паулину Блейлер (1852 – 1926). Она была хронической психически больной, по всей вероятности, кататонически-мутичной, госпитализировалась в Брайтенеу (Шаффхаузен) и в Бургхольцли, но обычно проживала в семье. Сначала Блейлер принял ее в клинику, затем в собственную семью в служебной квартире (11.4.1901 он женился, в 1903 родился первенец Манфред). Там она жила безмолвно и тихо. И все-таки она обедала вместе с семьей, причем Ойген Блейлер сам зачерпывал и подавал ей кушанья (сообщение внучки Шарфеттеру по рассказам ее отца, Манфреда Блейлера). Дети Ойгена и Хедвиг Блейлер непринужденно играли возле нее (наблюдение Брилла 1907/8, Брилл 1944). Согласно описанию Брилла, который в 1907/8 гг. был ассистентом в Бургхольцли, Блейлер неоднократно упоминал о своей кататонической больной сестре перед сотрудниками в связи с терапевтическими вопросами.

"Он (О. Блейлер) привел свою собственную сестру в качестве примера. Она жила в его доме в больнице, и из моей комнаты через зал я мог видеть ее монотонно ходящей весь день напролет. Дети Блейлера были совсем молоды, и они, казалось, не обращали никакого внимания на ее присутствие". (Брилл 1945).

Манфред Блейлер в своих текстах избегает какого-либо указания на психически больную сестру своего отца. История болезни Бургхольцли пуста, т.е., содержимое было изъято. Таким образом, история жизни Анны Паулины Блейлер, ее развитие вплоть до начала болезни и в болезни вплоть до смерти в 1926 году неизвестны.

Нетрудно предположить, что опыт со своей сестрой в некотором отношении был важен для Ойгена Блейлера: для профессионального выбора медицины, психиатрии. Об этом же пишет Майер (1923), ссылаясь на высказывания Блейлера (аналогично Висс 1948), поскольку Блейлер в своей клинике открыто говорил о своей больной сестре (Брилл 1944, 1946). Также психогигиеническое обхождение с шизофрениками, родственная близость здоровых и больных (т.е., дименсиональная модель психопатологии вместо дихотомии "здоровый/больной"), понимающая близость, содействующая психотерапии, опыт семейного бремени, семейное попечение — столь многое, возможно, пустило здесь свои корни. Возникли ли когда-либо у Блейлера и его семьи евгенические опасения по поводу своего потомства (5 детей), нам неизвестно.

Только в трех местах в текстах Манфреда Блейлера в качестве мотивации профессионального выбора его отца как врача и психиатра можно усмотреть имплицитное указание на опыт хронической психически больной старшей сестры.

В связи с сочинением о шизофрении (1911) Манфред Блейлер пишет (1988, 1322, тот же текст 2001, XI): "Оно отражает те цели, которые он уже в юности поставил перед собой как цели своей жизни, и его последующую деятельность. Эти цели возникли под влиянием его семьи, его деревенских товарищей, уровня культуры его времени и общества и отвечали его сущности". Также Манфред Блейлер упоминает (1955), что его отец в годы учебы в гимназии слышал сетования своей матери на то, что чужеземные профессора не могут говорить с больными и их родственниками на их языке и, поэтому, понимать их. Врачом, психиатром должен был бы стать все-таки кто-то из народа. Также в предисловии к новому изданию "Аутистически-недисциплинированного мышления" (1962) М. Блейлер говорит "о больных в собственной семье".

(Продолжение следует)

Перевод П. Ю. Завитаева

# ВОСПОМИНАНИЯ

---

## Мой путь в психиатрии (часть 2)<sup>1</sup>

Б. Н. Пивень (Барнаул)

Большую роль в развитии российской и мировой психиатрии играет созданная в 1989 г. Независимая психиатрическая ассоциация России, возглавляемая ее Президентом Ю. С. Савенко. Это он, как я указал в начале текста, стимулировал меня на его создание. Мое очное знакомство с ним состоялось в 1992 г. в Челябинске на Всесоюзном совещании психиатров. До этого я много разного слышал о нем. Причиной тому была его правозащитная деятельность в психиатрии, что не нравилось правящим структурам и тем, кто к ним примыкал. В то время я уже активно участвовал в демократическом движении, и мне было интересно познакомиться с Ю.С., что я и сделал. В результате наше краткое знакомство переросло в важные для меня многолетние личностные и профессиональные контакты.

Здесь не могу не отметить, что еще до недавних пор находились негодяи, кричавшие о связи Ю.С. с ЦРУ и о том, что НПА России преступная организация, существующая на зарубежные инвестиции.

В этой связи считаю также необходимым сослаться на позицию Председателя Российского общества психиатров профессора В. В. Ковалева, озвученную им на VI съезде психиатров и наркологов РСФСР в 1990 г., в Томске о содружестве РОП с НПА, в том числе в виде одновременного членства российских психиатров в российском обществе и НПА.

Мои воспоминания о положении дел в психиатрии были бы неполными, если бы я не дал оценки многолетнему то обостряющемуся, то затухающему конфликту со своим соседом по региону — высокопоставленным психиатром С. Суть конфликта проста. Это его амбициозное стремление сделать меня своим подчиненным, что уже произошло с рядом заведующих кафедрами психиатрии нашей большой территории. У него не было официальных прав на это, но был весьма надежный инструмент — докторская диссертация.

Мы были с ним давно знакомы и наши взаимоотношения в начале строились на паритетной основе. Однако по мере его карьерного роста у него все боль-

ше проявлялась властная тенденция. В случае со мной это были просьбы, а затем и требования предоставить отчеты нашей кафедры о проделанной работе, давать сведения о работе с органами здравоохранения, отчитываться перед комиссиями, присылаемыми к нам из его организации. Не раз слышал извинения от членов комиссий, с большей частью которых мы были хорошо знакомы, за столь неприятную миссию.

Кульминацией наших далеко не творческих отношений явилась его попытка самому при личной встрече навязать себя в мои руководители. В числе аргументов приоритета С. использовал и руководство своим учреждением, и свое академическое звание. В ответ я заявил, что тоже являюсь академиком. Только моя академия “Международная АН Экологии и Безопасности Жизнедеятельности” является общественной и не зависит от властных структур. Его же академия содержится государством, в служении которому, не всегда бескорыстному, и находится.

Есть все основания утверждать, что моя конфронтация с С. поддерживала людей, не заинтересованных в моей деятельности как в качестве заведующего кафедрой, так и в общественной работе. Я занимал активную позицию в деле защиты прав больных и специалистов, занятых охраной психического здоровья населения, чем вызывал неудовольствие ряда должностных лиц и разнужданную клеветническую кампанию в СМИ, что особенно показательно проявилось в итогах выборов зав. кафедрой психиатрии АГМУ от 23.05.03 г., когда я был чуть не забаллотирован.

Такая ситуация, только без С., тянулась годами. И хотя 31.03.2015 г. я был вновь избран зав. кафедрой психиатрии АГМУ на новый срок, решил оставить эту должность и перейти на должность профессора кафедры. Мое решение во многом определялось негативной деловой и психологической обстановкой, которая стала складываться в университете и нарастать быстрыми темпами в связи с приходом нового ректора, санитарного врача, показавшего свою полную некомпетентность. Действия ректора и его администрации привели к тотальной невротизации преподавательского состава.

Мой переход на должность профессора кафедры должен был пройти через избрание на Ученом сове-

<sup>1</sup> Начало см. в НПЖ, 2020, 3, 77 – 84.

те университета, заседание которого проходило 25.08.2015 г. и на котором я не был избран. Кстати, это было почти ожидаемо. Накануне несколько членов совета конфиденциально сообщили мне о том, что они получили от руководства университета настойчивые рекомендации по голосованию. На следующий день я написал заявление на увольнение по собственному желанию. Приведу его, так как интересно скорее не оно само по себе, а реакция на него ректора: “Прошу уволить меня по собственному желанию. Не хочу работать в некогда благополучном Университете, превращенном в настоящее время, судя по всему, в казарму, которой правит серый кардинал, поставивший его на путь разрушения”. Резолюция ректора: “Такое заявление на увольнение не пишется. Советую написать правильно. И осторожней с выражениями. Можно попасть в суд”.

Вскоре после увольнения я получил приглашение (26.11.2015 г.) на работу в Алтайский государственный университет на должность профессора кафедры клинической психологии, где и проработал до 02.09.2019 г., завершив свою профессиональную деятельность.

События, происходящие в университете, вызвали широкий резонанс у медицинской общественности Алтайского края, основное звучание которого — идет разрушение некогда благополучного медицинского университета, готовившего врачебные кадры высокой квалификации, востребованные не только в Алтайском крае, но и в России, и за ее пределами.

В обозначенные трудные времена я получал поддержку руководителей Российского общества психиатров профессоров В. Н. Краснова, И. Я. Гуровича и Н. Д. Кибрик и Президента Независимой психиатрической ассоциации России Ю. С. Савенко, за что выражаю им глубокую благодарность.

Моя профессиональная деятельность и деятельность общественная были связаны самым тесным образом, о чем говорят некоторые приведенные выше факты. Расширю этот список. Длительное время я был Председателем Алтайской психиатрической ассоциации и членом Президиума Правления Российского общества психиатров, являюсь Вице-президентом Независимой психиатрической ассоциации России и членом редколлегий журналов “Социальная и клиническая психиатрия”, “Независимого психиатрического журнала” и Международного научно-практического журнала “Психиатрия, психотерапия и клиническая psychology” (Республика Беларусь). Я баллотировался кандидатом в депутаты Государственной Думы Федерального Собрания РФ (2007 г.) с программой социального плана. Принимал активное участие в съездах и других крупных научно-практических мероприятиях в отечественной психиатрии. Лауреат премии конкурса Российских психиатров (1998 г.), Медаль “За заслуги в области экологии” МАНЭБ (1999 г.), Заслуженный врач Российской Фе-

дерации (2003 г.). Автор более 260 научных работ, 8 монографий. Подготовил 11 кандидатов и 2 докторов медицинских наук. Значительная часть врачей Алтайского края психиатров и наркологов прошла до 2015 г. профессиональную подготовку под моим руководством.

В начале данного текста я писал, что хотел бы поделиться с коллегами приобретенными знаниями и опытом. Теперь продолжу реализацию этих намерений, поставив акцент на событиях ушедшего или уходящего времени, событиях, о которых помнят и о которых знают далеко не все психиатры последних поколений.

В первую очередь следует признать, что психиатрическая служба страны имела крайне слабую материальную базу. По разным оценкам только около 30 % психиатрических ЛПУ были построены по типовым проектам и то в большей части в далекие царские времена. Во многих территориях под психиатрическую службу отдавали непригодные ни на что строения — бывшие казармы, тюрьмы, разного рода бараки. Отсюда невозможность соблюдать гигиенические требования. Перегруженность палат. Двухъярусные кровати с физиологическими отправлениями больных. Кричащие (а к ним привыкали) на рапортах отчеты о поступлениях и содержании больных: “Больных на полу ...столько-то”. Это буквально значило, что такое-то количество больных на ночь укладывалось на матрасах на полу на свободные места — в коридорах, проходах, под кроватями. На день матрасы собирались стопками, и их вид указывал посвященным на бедственное положение лечебного учреждения. Так много лет назад я прилетел в Норильск в командировку. Представился главному врачу психиатрической службы города, и он предложил познакомиться с ней. Мы вошли в отделение, и мой взгляд непроизвольно потянулся к стопке матрасов, стоящей в углу палаты. Мой провожатый сразу перехватил его и дал понять, что я правильно оценил материальную базу службы.

Немного отступим от серьезного. Когда-то у меня с этими стопками произошел комический случай. Я был в командировке в Душанбе в Таджикистане и меня пригласил к себе в гости мой знакомый психиатр, таджик по национальности. Он, показывая свою квартиру, ввел меня в одну из комнат, в углу которой я с недоумением увидел высокую стопку матрасов. Хозяин понял причину моей реакции и с улыбкой просветил меня.

Это не матрасы, а одеяла. И их количество понациональному укладу свидетельствует о степени благосостояния семьи.

Из-за скученности больных в отделениях и их незанятости, между ними нередко возникали конфликты, разрешение и предупреждение которых являлось серьезной задачей персонала. В частности, главный врач одной из больниц Новосибирска нашел оригинальные способы санации ситуации. По договоренности с тор-

## Б. Н. Пивень

говой организацией в отделения больницы по графику на радость больным приезжал выездной буфет.

В двух кварталах от больницы находился клуб, на просмотр кинофильмов в который с уплатой больницы за весь зал за сеанс по отделениям приводили больных с хроническими формами патологии. Их проход привлекал внимание горожан своим необычным строем, а особенно, если это было холодное время, своей одинаковой своеобразной одеждой — телогрейками, на которых на спине были написаны номера, чтобы не путали отделений. Несмотря на примитивность этих мероприятий, они были желанными для больных, не видевших длительное время ничего, кроме больничных стен.

Неожиданно (опять неожиданно!) подобная экипировка понадобилась и выручила нас в совсем иных обстоятельствах. В 1985 г. после пятого съезда невропатологов и психиатров, состоявшегося в Иркутске, мы пригласили коллег, сотрудников Московского НИИ психиатрии профессоров О. П. Верноградову, В. Н. Краснова и В. Ф. Войцеха к нам на Алтай для проведения семинара для психиатров Горно-Алтайска. Вполне естественно, мы хотели показать им и нашу природу. Но это натыкалось на серьезное препятствие. Дело в том, что это происходило в сентябре месяце, когда в наших местах уже наступали холода, а гости были одеты еще по-летнему. Однако выход, и самый простой, был найден. Я вспомнил о телогрейках (да еще и вид больных тому помог), в то время довольно распространенных, достаточно практических теплых куртках. Новые телогрейки на складе больницы были получены (не помню, были ли подписаны), гости экипированы с гарантией не мерзнуть. Естественно, наша своеобразно выглядевшая группа вызывала любопытство местных жителей. Кроме того, в поездке по тряским алтайским дорогам была открыта еще одна важная функция телогреек. Они смягчали толчки и броски нашего санитарного УАЗа.

Заметную роль в отечественной психиатрии сыграли Лечебно-трудовые мастерские (ЛТМ) при психиатрических учреждениях. Им посвящена большая литература. Здесь же я остановлюсь на причине, содержащей их развитие, а затем и практическое расформирование в ряде территорий. Это социалистическая экономика.

В условиях социалистического хозяйствования среди разных финансовых запретов были весьма значимые, которые невозможно было обойти, либо обойти с большими ухищрениями. Один из них — все заработанные ЛТМ и не истраченные к концу года деньги изымались, их нельзя было накапливать, т.е. переносить на следующий год. Если учесть, что торговая сеть в те времена к концу года быстро пустела, то можно себе представить, какую сложную задачу решали руководители психиатрических учреждений — истратить заработанное хоть на что. Скупались в упаковке и без проверки цветные телевизоры, дорогие люстры. В одном случае на крупную сумму была

приобретена большая партия картин, значительная часть которых в последующем разрушилась в каком-то складе.

Главный врач одной из новосибирских психиатрических больниц, размещавшейся в бараках, оставшихся от какой-то стройки, длительное время пытался построить современную больницу. Однако по существующему положению заработанные ЛТМ деньги нельзя было расходовать на капитальное строительство. Но он нашел оригинальный выход. Вокруг бараков, не разрушая их, под видом капитального ремонта, что не запрещалось, возводились новые корпуса. И из них по мере готовности удалялась вся баражная "начинка".

Народ и партия едины. Кто не помнит или не знает — это один из главных лозунгов КПСС, насчитывавший когда-то в своих рядах, по словам М. С. Горбачева, 18 млн. человек. Правда, где сейчас эти миллионы.

Я включил обозначенную рубрику в данный текст по той причине, что КПСС, а более кратко — партия, других и не было, доминировала во всех областях нашей жизни. В том числе ее руководящая роль распространялась и на психиатрию. Здесь я не стану затрагивать тему использования психиатрии в немедицинских целях, это отдельный большой вопрос, а остановлюсь на относительно конкретных примерах.

Вначале поясню, что я входил в число пяти процентов всех заведующих кафедрами ВУЗов СССР, не состоявших в партии. Не знаю, кому как это удавалось, но мне пришлось придумывать разные отговорки, чтобы не вступить в нее. До сих пор не могу понять, как будучи беспартийным, в 1983 году, когда партия еще была в силе, я был избран заведующим кафедрой. Правда, здесь случился небольшой конфуз. Меня пригласили на заседание парткома (партийного комитета) института для утверждения в должности, хотя я был уже избран советом института и проведен в должности необходимыми приказами.

В те времена заметное место в идеологии занимал атеизм. Но я не проводил в этом плане каких-либо мероприятий, о чем на меня нажаловалась активистка парткома. На мой категорический отказ принимать участие в атеистической работе, мне стали угрожать препонами при моем очередном переизбрании. Кстати, эта активистка при изменившейся формации страны стала энергично проповедовать теизм.

Подобная конфронтация с парткомом возникала у меня и в связи с нарастающей алкоголизацией населения. Меня неоднократно не совсем умные руководители пытались заставить читать лекции о вреде алкоголя пьяным дояркам, трактористам. Почти прямая речь: "Борис Николаевич! Надо поехать в совхоз Л. Там доярки запились. Коровы ревут, не доены несколько дней. Прочитайте им лекцию про алкоголизм". Мой ответ парткому очевидно не требовал разъяснений.

Естественно, приводимые в тексте суждения и оценки имеют субъективный характер. По этой причине было бы интересно знать степень их достоверности, что оказалось вполне достижимым. В стране шла

так называемая перестройка, включившая в свою орбиту и отечественную психиатрию, которая должна была по линии Всемирной психиатрической ассоциации (ВПА) подвергнуться ревизии. Все вопросы, связанные с ней, решались на самом высоком государственном уровне. Основным вопросом был вопрос об использовании психиатрии в немедицинских целях и о соблюдении прав психически больных. Алтайский край вошел в число территорий, психиатрические службы которых подлежали ревизии.

К нам по линии ВПА приехала своеобразная группа инспекторов (ревизоров) из Нидерландов. Своеобразие ее определялось тем, что она состояла из двух пар. В каждой был психиатр — мужчина и его жена в качестве свободно пребывающей. Группу курировал психиатр Центра Сербского, он же переводчик. Кстати, такие семейные группы в официальных мероприятиях в то время для нас были в редкость.

Инспекторы были наделены большими полномочиями. Они могли изучать любую медицинскую документацию, запрашивать истории болезни, беседовать с больными и персоналом. Иногда у нас возникали дискуссии, что отражало их не формальный интерес к нашей психиатрии. К примеру, они не сразу согласились с диагностикой шизофrenии у детей. Но оказалось, что они психиатры-геронтологи и не очень хорошо знают классику детской патологии.

Надо отдать должное инспекторам. Они тщательно выполняли программу своей миссии, несмотря на то, что это было зимнее и перестроенное время, и диспансер, в котором они располагались для работы, почти не отапливался. Инспекторы не нашли каких-либо изъянов в деятельности психиатрической службы края в той части, которая была определена ВПА.

Попутно хочу отметить великолепное “сувенирное сопровождение” инспекции, представлявшее в разных видах и формах клинику в Нидерландах, в которой работали оба инспектора.

В наше время принято приглашать гостей в какое-либо соответствующее заведение, а не к себе домой, как было прежде. Так, с учетом этих не писаных правил, главный врач клинической психиатрической больницы Г. В. Бондаренко пригласил к себе домой приезжих и нас с женой. Как я уже писал, это было перестроенное время, и купить что-либо подходящее к столу было большой проблемой. Тем не менее, хозяевам удалось накрыть довольно приличный стол и даже с водкой, которая всегда почему-то отдавала керосином. Судя по всему, гости видимо считали, что она такой и должна быть и понемногу дегустировали ее (Я растянул этот пример, чтобы попытаться передать иностранцам атмосферу той нашей жизни, а ниже продолжаю его).

Наше общение было затруднено по причине языкового барьера. Ни наша, ни та сторона не имели необходимых знаний, а возможности переводчика были ограничены из-за числа желающих воспользоваться его любезностью. В результате наша встреча носила

больше эмоциональный, чем интеллектуальный характер. Завершив визит, мы вышли из квартиры и оказались в темноте неосвещенного подъезда. Хорошо, что у меня была зажигалка, и с ее помощью нам удалось спускаться вниз. А здесь еще откуда-то потекла вода. В гостиницу, где остановились наши инспекторы, мы добирались на полупустом троллейбусе, везшем нас по темным улицам города. У гостиницы мы стали прощаться, и гости, поблагодарив нас, сказали на прощание: “Оказывается вы еще и цивилизованные люди”. Не знаю, была ли то искренняя или ироничная оценка нашей психиатрии, где профессионализм теснейше переплетался с социальными-бытовыми условиями. Наш переводчик также не смог помочь нам в ответе на этот вопрос.

Выше уже говорилось о том, что детализация в описании тех или иных событий может способствовать лучшему их пониманию. Очевидно, что и отдельные эпизодические примеры могут служить той же цели. Приведу некоторые из них:

— Большой мутичен... аутичен... разорван... и лежит под одеялом (запись в истории болезни поведения больного).

— Женщина проходит медицинскую комиссию. На вопрос врача о том, не бывает ли посторонних голосов, ответила положительно. Направлена в стационар с диагнозом: галлюциноз? В приемном покое галлюцинации не выявлены, но по согласию оставлена в отделении для исключения диссимуляции. В результате оказалось, что больная малограмматная, с низким интеллектом, подумала, что у нее на комиссии проверяли слух. Так и появились “галлюцинации”. Желательно, чтобы и врач комиссии дал разъяснение на этот счет.

— Мужчина доставлен в психиатрическую больницу в недобровольном порядке по вине врача психиатрической бригады, принявшего его за многократно госпитализировавшегося больного. При госпитализации оказывал сопротивление, грозил наказаниями. Правда, инцидент был быстро исчерпан, так как “больной” принял извинения и с долей юмора отнесся к этому “происшествию”.

— Врач (а в данном случае это я) приехал из командировки, заходит домой и видит, что его больная Л., недавно выписанная из клиники, сидит рядом с его малолетним сыном и о чем-то говорит с ним. Оказывается она пришла узнать, почему я действую на нее лучами. В дом же ее запустил сын, несмотря на все предупреждения.

В СМИ нередко будируется вопрос об опасности психически больных. Приведенный пример хотя и отражает ее, не говорит о ее масштабности. По понятным причинам риску нежелательных действий со стороны больных больше подвержены лица, контактирующие с ними по условиям своей деятельности, в том числе психиатры. Однако могут встречаться, видимо крайне редко, случаи, когда психиатр и психически больной оказываются “один на один” в тех или иных условиях,

когда психиатру его знания могут быть полезны только для предположения и даже констатации психического заболевания с продуктивной симптоматикой у того, кто рядом с ним. При этом практически исключены какие — либо возможности изменить ситуацию.

Подобный случай произошел со мной, когда я оказался в одном купе с пассажиром, поведение которого указывало на наличие у него острой психотической патологии, скорее бредовой, с переносом на меня. О чём говорил его вопрос: "А как ты здесь оказался?" В этих условиях пришлось находиться несколько бесконных часов ночного времени, перебирая варианты выхода из этого опасного положения, когда ситуация разрешилась по пути, диктуемым психической патологией. На одной из промежуточных станций этот человек выскочил из вагона с криком — "он едет на таком-то месте!". Видимо после этого он обратился в полицию, так как по прибытии поезда на станцию назначения меня встречал у вагона наряд полиции, проверявший у всех выходящих из него билеты и спрашивавших о номере места. Видимо я не был похож на преступника либо на преследователя. У меня не стали проверять билет и извинились.

Важной и все нарастающей проблемой психиатрии (не берусь судить, как в медицине в целом), включающей во многих случаях близкие по своей сути и требующие разрешения, являются вопросы контактов врачей с представителями фармфирм и положение с "подарками" больных.

Самое главное, на мой взгляд, это санация общества, исключение ситуаций неравенства его членов, устранение оскорбительных для врачей правил использования фирменных сувениров. Не факт, что врач, получив сувенир, станет рекламировать препараты не только фирмы дарителя. В 1998 г. в Москве проходила Международная конференция психиатров, генеральным спонсором которой была фармацевтическая компания "ЛУНДБЕК". Компания щедро одаривала участников конференции фирменными зонтиками. Некоторые коллеги несли их по два, да по три. Но я не знаю, чтобы это как-то негативно сказалось на ее работе.

Теперь о "подарках". Произошло очередное оглушение этого вопроса: Сколько, что, когда, кому? Дошло до того, что остановились на букете цветов. Могли бы идти дальше, то есть ниже, да здесь вмешалась вирусная кампания.

Не вызывает сомнений, что все комментируемые нами обстоятельства имеют прямое отношение к борьбе с коррупцией, но фактически лишь имитируют её. Правда, о какой коррупции в нищей государственной медицине можно говорить на фоне разграбления страны.

И еще о "подарках". Они ни в коей мере не должны быть устранны из медицины. Но это действие должно регулироваться четким и жестким алгоритмом (правилом), существующим во многих видах деятель-

ности человека: вначале дело — потом оплата. При этом все составляющие данного алгоритма в медицине (обследование, операция и т.д.) должны быть оговорены заранее, что во многих случаях и происходит. Сумма оплаты определяется договором, но не должна быть ограничена.

В моей профессиональной деятельности большое место заняла научно-исследовательская работа. Кратко назову основные ее направления и результаты. В первую очередь это экзогенно-органические психические нарушения, изучение которых заложило основы исследования сочетанных форм психической патологии и развития экологической психиатрии. Это приоритетные разработки патоморфоза неврозов и изучение влияния землетрясения на население территорий, не считавшихся сейсмоопасными. Мной поднят важный для преемственности поколений психиатров вопрос о современной терминологии в психиатрии. В мои планы при составлении этого текста не входила детальная характеристика результатов названных исследований. Если они кого-то заинтересуют, их можно найти в монографиях и в периодических изданиях.

Завершая этот текст, хочу обозначить планы, выполнение которых, по моему мнению, важно для психиатрии, но которые не удалось реализовать.

В 1990 г., с учетом экологической ситуации в стране, я разработал предложения по развитию экологической психиатрии и созданию ее научно-организационных структур и обратился с ними в Комитет по охране здоровья народа Верховного Совета СССР. Предложения получили одобрение. В результате при поддержке Президиума СО АМН СССР и Отдела здравоохранения Новосибирского горисполкома в начале 1991 г. была предпринята попытка их реализации в виде конкретных шагов по организации Центра экологической психиатрии. К сожалению, последовавшие вскоре события, внесшие коренные изменения в жизнь страны, не позволили завершить реализацию намеченных планов.

В 2012 г. по моей инициативе, поддержанной коллегами из Республики Беларусь профессором С. А. Игумновым и профессором О. А. Скугаревским, была создана Международная рабочая группа по изучению сочетанных (коморбидных) форм психической патологии. Однако в силу объективных причин группа не смогла развернуть свою деятельность. К сожалению, при всей значимости этой темы не удалось найти понимания и у некоторых российских генералов от психиатрии. Так, мне не удалось, несмотря на мои многократные предложения, прочитать лекции даже в самом малом объеме, за свой счет психиатрам — молодым ученым в ежегодно проводимых для них циклах.

Завершая текст, смею надеяться, что кто-то реализует в том или ином виде планы, не нашедшие пока своего претворения.

# ХРОНИКА

---

## Генеральная Ассамблея Всемирной психиатрической ассоциации

Двадцатый всемирный конгресс WPA по психиатрии, который должен был состояться в октябре 2020 г. в Бангкоке, в связи с пандемией COVID-19 пришлось перенести на март 2021 г., но и в эти даты он будет проходить онлайн. Между тем, согласно уставу WPA, выборы ее новых руководителей должны проходить каждые три года, и здесь никакие переносы невозможны.

И вот 16 октября 2020 г. впервые в истории Всемирной психиатрической ассоциации состоялась виртуальная Генеральная ассамблея. Поправки в Устав, регламентирующие эти нововведения, были заранее согласованы с обществами-членами и утверждены в самом начале заседания. В течение 14 дней до Ассамблеи обществам, которые в срок заплатили свои членские взносы, была предоставлена возможность голосования за кандидатов на посты лидеров WPA и зональных представителей. Независимая психиатрическая ассоциация России приняла участие в голосовании своими 7 голосами, у Российского общества психиатров по-прежнему 11 голосов.

Как и в реальных условиях, от каждого общества-члена на Генеральной ассамблее мог присутствовать один делегат, и им заранее были присланы ссылка на онлайн-платформу и необходимые инструкции.

На сегодняшний день членами WPA являются 144 общества, из них 109 вовремя внесли свои членские взносы и, соответственно, получили возможность участвовать в Генеральной Ассамблее. Зарегистрировалось в качестве участников 68 делегатов, так что кворум был, и решения, принятые Ассамблей, являются правомочными. В целом, все было как всегда: доклады президента и ранее избранного президента (President Elect), генерального секретаря, секретаря по финансам и секретарей по другим направлениям деятельности WPA, утверждение новых членов и документов, объявление результатов предварительного голосования и т.п. Конечно, было много вопросов, связанных с действиями WPA и ее членов в условиях пандемии. В качестве одного из положительных результатов было упомянуто укрепление связей между

существующими секциями и внутри секций: онлайн платформы позволяют чаще встречаться, расширился географический охват, повысилось гендерное и возрастное разнообразие. Удалось существенно сократить расходы на содержание офисов WPA, что, однако, не отразилось на эффективности работы секретариата. Участники Ассамблеи одобрили работу всех руководителей WPA, утвердили новый Кодекс этики. Премию Жана Делэя получила проф. Hannelore Envenrich из Германии, и впоследствии ей будет предоставлена возможность выступить с почетным докладом на конгрессе WPA. Избранный на прошлом Конгрессе проф. Afzal Javed вступил с должность президента WPA и сказал, что он видит свою задачу в продолжении прежнего курса организации. Основные приоритеты WPA остаются без изменений. Вновь избранным президентом, который начнет свою работу в этой должности через три года, стала проф. Данута Вассерман из Швеции, а генеральным секретарем — проф. П. В. Морозов из России. Надо сказать, что по этой позиции — впервые за всю историю WPA — голосование было безальтернативным, так что победа была обеспечена. Мы поздравляем Петра Викторовича с этим несомненным успехом, очень значимым для отечественной психиатрии. Зональным представителем зоны Восточной Европы вновь стал проф. Олег Алексеевич Скугаревский из Беларуси. При этом Грузинское психиатрическое общество перешло из зоны Восточной Европы в Центральную, а от Казахстана и Молдовы были приняты еще по одному обществу-члену — Ассоциация специалистов, работающих в области психического здоровья Казахстана, и Ассоциация психиатров, наркологов, психотерапевтов и клинических психологов Молдовы.

Следующий XXI-й Всемирный конгресс WPA состоится 18 – 21 октября в Колумбии, а Бангкок сможет принять психиатров всего мира 27 – 30 сентября 2022 года. Будем надеяться, что к этому времени межгосударственные границы откроются, и эти конгрессы состоятся в реальном, а не виртуальном формате.

## Юбилейная конференция к 100-летию Московского НИИ психиатрии

Юбилейная конференция “Традиции и современность в психиатрии” проходила 29 – 30 октября в онлайн режиме. Удачной новацией было сделать ведущими молодых коллег П. А. Понизовского и Е. А. Сидоренко — лица которых в безобидном виртуальном президиуме олицетворяли как бы светлое будущее, и неудачной — предоставить первые доклады на 100-летнем юбилее не ветеранам действительно славного прошлого, а двум генералам от психиатрии, которые к этому прошлому не имели никакого отношения. Впрочем, их опоздание восстановило естественную последовательность: началом конференции стали воспоминания старейшего сотрудника Института с 1959 г. Юрия Анатольевича Александровского и поздравления В. П. Чехонина, А. Б. Смулевича и Б. Д. Щиганкова. Генеральный директор Центра им. В. П. Сербского Зураб Ильич Кекелидзе продемонстрировал превосходное знание истории Института, а президент РОП Николай Григорьевич Незнанов совместно с Г. Э. Мазо и Н. В. Семеновой — фундаментальную роль генетических исследований в психиатрии.

Прочувствованно к драматической истории института его приветствовали от ВПА — П. В. Морозов, от Военно-медицинской академии — В. К. Шамрай и Т. П. Клюшник — от НЦПЗ РАН, вторым, после В. А. Гиляровского директором которого был Д. Д. Федотов, ставший директором Московского НИИ психиатрии, при котором институт достиг наибольшего — после эпохи Л. М. Розенштейна — расцвета. Доклад директора института на протяжении 20 лет В. Н. Краснова был посвящен выдающимся научным вкладам института мирового значения и был продлен фильмом на эту тему ведущих сотрудников института. В докладе и.о. директора этого, теперь одного из филиалов Центра им. Сербского, в которое превратился институт, реформированный два года назад, к.м.н. С. В. Шпорт, в прошлом секретаря З. И. Кекелидзе, была представлена современная структура института, состоящего из трех больших блоков: клинико-патогенетического во главе с В. Н. Красновым с семью отделами, терапевтического С. Н. Мосолова с четырьмя отделами и трансляционной психиатрии А. Б. Шмуклера с пятью отделами, а также центром патологии речи и нейрореабилитации, основанного В. М. Шкловским, во главе с А. В. Милехиной, библиотекой, пользующейся по словам Шпорта “огромным успехом”, а на деле, вопреки богатству, пустующей. Клиническая база представляет приемное и шесть клинических отделений на 160 коек и дневной стационар на 10 коек.

Затем последовали два высоко содержательных интересных проблемных доклада: А. Б. Шмуклера о

клинико-организационном подходе к психиатрической помощи и С. Н. Мосолова о методах биологической терапии. Диссонансом прозвучал только неуместный реверанс А. Б. Шмуклера в честь юбилея комсомола.

Блестящий доклад Г. П. Костюка о московской психиатрической службе, о далеко на деле не блестящем положении дел в Москве, мастерски обошел главное — разрушительный характер реформы оптимизации, сославшись на отличные отчетные цифры, графики, гистограммы и независимый аудит, игнорируя мнение рядовых врачей и — главное — “потребителей психиатрических услуг”. “Пришлось вдвое снизить число коек”, но увеличить площадь на одного больного с двух с половиной до положенных шести и семи кв. м в надзорных палатах” в оставленных на всю Москву трех психиатрических больницах. “Тридцать дней стационарного лечения — это, конечно, “философско-административная норма”<sup>1</sup>, но зато теперь “нет отказа в госпитализациях”. В заключение Г. П. Костюк пообещал “выстроить в вертикаль” детскую психиатрию, как всё прочее на четкий военный лад. Нарисованная картина может восхитить разве что иностранца или постороннего. Это был доклад, словно о собственном юбилее, а не Института — жертвы той же блестяще проведенной преступной оптимизации, признанной в Правительстве “ошибкой” в году общественному негодованию.

На второй день прошли разнообразные секционные заседания. На первом, психофармакологическом, особый интерес представляли доклады Э. Э. Цукарзи о современных формах ЭСТ и ТКМС при резистентных депрессиях и шизофрении, Д. Ю. Вельтищева о негативных последствиях широкого применения антидепрессантов в общеврачебной практике, Е. Г. Костюковой о планируемых изменениях критериев диагностики биполярного аффективного расстройства в МКБ-11 и DSM-V, Л. Н. Горобец об эндокриноподобных эффектах при психофармакотерапии. На другой секции Ю. И. Полищук отдал дань роли Д. Е. Мелехова в признании значения духовной сферы личности, отметил возрождение православной медицины и принятие био-психо-социо-духовной парадигмы. Психотерапевтической проблематике был посвящен доклад А. Б. Холмогоровой и О. О. Папсуева с сотр., сложным проблемам смены пола — доклад

<sup>1</sup> Тридцатидневный лимит лечения в больнице в богатой Москве вызывает изумление в бедных регионах, где все-таки 45 дней. — Таковы наши новые стахановцы. Пример подал М. Ю. Зурабов, тоже вызвав изумление всех министров, сэкономив на здравоохранении. Но он все-таки был единственным коммерсантом на этом посту.

М. И. Ягубова. На третьей секции позвучал доклад А. Е. Боброва о телекоммуникационных технологиях, Б. С. Положего и Г. С. Банникова о подростковых суицидах, В. В. Калинина о коморбидных аспектах психических расстройств при эпилепсии, Е. В. Корня, Т. А. Куприяновой и А. А. Портновой о расстройствах аутистического спектра. В заключение было проведено два семинара: Е. М. Крупицким (СПб) и П. А. Понизовским о психотерапии в наркологии и полемический — А. Б. Шмуклером и В. Д. Менде-

левичем “МКБ-11 — новое слово в диагностике психических расстройств или отказ от клинического мышления?”. Все доклады выложены на сайте РОП.

Остается сказать, что атмосфера юбилейной конференции, насколько можно говорить об атмосфере онлайн конференций, была не юбилейно-праздничной, а символически адекватно соответствовала все еще идущей на взлет пандемии социокоронавируса.

**Ю. С. Савенко**

## **Зейгарниковские чтения. Диагностика и психологическая помощь в современной клинической психологии**

18 – 19 ноября состоялась широкомасштабная конференция — Первые Зейгарниковские чтения, посвященные 120-летию Блюмы Вульфовны Зейгарник. Организатор конференции — декан Московского государственного психолого-педагогического университета А. Б. Холмогорова сумела таким образом привлечь к наследию Б. В. Зейгарник руководство многих официальных казенных учреждений, большинство которых из 15 членов оргкомитета и 25 членов программного комитета не имели к нему никакого отношения. Содержательная программа конференции охватывала 15 актуальных направлений деятельности. Отдельное трехчасовое заседание было посвящено воспоминаниям о Б.В. ее сыновей, внука и ближайших сотрудников Е. Т. Соколовой, В. В. Николаевой и Б. С. Братуся, который вел заседание, и многочисленных учеников, в том числе из Латвии, Словакии, Израиля. Большой интерес представляли чудом сохранившиеся фрагменты учебных фильмов и фототеки учителя Б. В. Курта Левина, одного из са-

мых выдающихся психологов XX века. Единственным психиатром на этом вечере воспоминаний был д-р Ю. С. Савенко, который с 1962 г. общался с Б.В., а с 1967 по 1974 гг. был старшим научным сотрудником ее лаборатории. Б.В. консультировала его кандидатскую диссертацию 1966 г. и была соруководителем его докторской диссертации 1974 г. Самое сильное и до сих пор живое яркое впечатление производила удивительная атмосфера лаборатории Б.В., естественная, чуждая всякого формализма, которая определялась этой настолько миниатюрной женщиной, что ее не было видно на трибуне. Это выразительно показывало роль руководителя, стиля руководства, противоположного нынешнему. Это был донесенный до нас личностью Б.В. дух феноменологического направления, его гештальт-школы. Эта атмосфера с уходом Б.В. утрачена, современная нам действительность несовместима с ней. Остается пользоваться этим брендом, подобно имени В. П. Сербского.

## Семинар для юристов и адвокатов

31 октября – 1 ноября в Москве в Сахаровском центре в рамках проекта по содействию соблюдению прав человека в местах принудительного содержания людей с психическими расстройствами прошел двухдневный семинар для юристов и адвокатов, которые защищают права граждан с психическими расстройствами — “Правовое консультирование и защита прав граждан с психическими расстройствами — взаимодействие юристов и членов общественных наблюдательных комиссий”. Объявленная тема вызвала очень большой интерес, и было получено много заявок. Условия пандемии не позволили принять всех желающих, и приоритет был отдан тем, кого рекомендовали региональные координаторы проекта, и кто уже сотрудничает с членами ОНК. Учитывался также возраст участников: людей старше 60 лет просили оставаться дома и участвовать в семинаре онлайн. В результате на семинар приехали 25 человек из разных регионов страны (Новосибирск, Томск, Екатеринбург, Казань, Астрахань, Нижний Новгород, Санкт-Петербург, Калининград и т.д.) и еще 30 человек участвовали в семинаре дистанционно.

Коллеги из Центра Сахарова любезно согласились помочь с организацией трансляции, и участники семинара получили возможность ознакомиться еще и с экспозицией музея, что особенно актуально в преддверии 100-летнего юбилея Андрея Дмитриевича Сахарова.

Два дня участники слушали выступающих лекторов, некоторые из которых были в зале, а другие — появлялись на экране. Конечно, лучше когда есть возможность всем общаться непосредственно, однако, похоже, что пандемия будет еще долго, и необходимо осваивать новые формы общения и проведения различных мероприятий.

В своем приветственном слове руководитель проекта Л. Н. Виноградова подчеркнула необходимость правовой помощи людям с психическими расстройствами, как одной из самых уязвимых групп населения, которая часто не только не может защищать свои права самостоятельно, но порой и не понимает, что ее права нарушены. Поэтому государство говорит об особых гарантиях соблюдения прав этой категории населения. Со-руководитель проекта В. М. Гефтер развел это положение в рамках осуществляемого проекта и показал, какие могут быть формы сотрудничества между членами ОНК и сотрудниками аппаратов уполномоченных по правам человека, которые посещают психиатрические больницы и экспертные отделения, — с одной стороны, и юристами и адвокатами, которые могут оказывать правовую помощь находящимся там гражданам, — с другой. При этом он подчеркнул, что члены ОНК и адвокаты могут быть взаимно заинтересованы друг в друге, а их взаимодействие поможет обеспечить доступ к правосудию людям с психическими расстройствами, находящимися в закрытых учреждениях.

Эксперт-психиатр И. М. Беккер рассказал юристам об особенностях работы с людьми с психическими расстройствами, а также об особенностях назначения и проведения судебно-психиатрической экспертизы. Он дал ряд полезных советов относительно формулирования вопросов перед экспертами-психиатрами и психологами, что является важным этапом назначения судебно-психиатрической и комплексной психолого-психиатрической экспертизы, а также рассказал о том, какие ошибки встречаются в экспертных заключениях и когда имеет смысл их оспаривать.

Эксперт-юрист Ю. Н. Аргунова рассказала об основных моментах и своем опыте в защите прав граждан по делам о недобровольной госпитализации в психиатрический стационар, а эксперт-юрист Д. Г. Бартенев — о работе адвоката по делам о применении принудительных мер медицинского характера. Это основные ситуации, с которыми столкнутся юристы и адвокаты, участвующие в выполнении проекта, поэтому им было уделено особое внимание. Однако организаторы решили не ограничиваться этими вопросами, а дать участникам широкую панораму возможных действий юристов и адвокатов по восстановлению нарушенных прав пациентов. Ю. Н. Аргунова рассказала об обжаловании непредоставления пациенту информации о состоянии его психического здоровья, применения мер физического стеснения и других действий по оказанию психиатрической помощи, затронула вопрос о возможности оспаривания диагноза психического расстройства и установления диспансерного наблюдения, а Д. Г. Бартенев показал, как можно использовать Конвенцию о правах инвалидов для защиты прав людей с психическими расстройствами.

Отдельный блок программы был посвящен вопросам недееспособности и ограниченной дееспособности, которые в последние времена стали особенно актуальными в связи с резким увеличением подобных судебных дел. Л. Н. Виноградова рассказала об истории возникновения и экспертной оценке правовой категории “ограниченная дееспособность вследствие психического расстройства”, а эксперт-юрист Ю. Л. Ершов познакомил с работой адвоката в делах о признании гражданина недееспособным, ограниченно дееспособным и рассказал о возможностях восстановления дееспособности.

И, конечно, как всегда, было выделено время для ответов на вопросы присутствующих и обсуждение конкретных случаев. Причем порой ответы давали не ведущие семинара, а сами участники, и диалог перерастал в общую дискуссию. Было приятно видеть в аудитории молодые лица и неподдельный интерес к обсуждаемой теме. Все присутствующие получат руководство по защите прав граждан с психическими расстройствами, находящихся в местах принудительного содержания, которое сейчас готовит эксперт-юрист проекта Ю. Н. Аргунова.

## **Региональные семинары НПА России по мониторингу психиатрических стационаров**

**1 – 2 октября в Ростове-на-Дону** состоялся семинар “Основы мониторинга соблюдения прав человека в психиатрических лечебных и экспертных учреждениях”, который стал первым региональным мероприятием в рамках проекта по подготовке членов общественных наблюдательных комиссий к работе в психиатрических стационарах. На семинаре присутствовали 20 членов общественных наблюдательных комиссий (ОНК) и сотрудников уполномоченных по правам человека из **Ростовской, Астраханской и Волгоградской областей, а также Республики Адыгея и Краснодарского края**. Такой широкий географический охват удалось обеспечить благодаря активности регионального координатора Леонида Петрашиса, который лично посетил все эти регионы и установил деловые отношения с местными ОНК и аппаратами уполномоченных по правам человека.

Семинару предшествовал круглый стол, на котором руководители психиатрических лечебных и экспертных отделений региона вместе с членами ОНК и сотрудниками уполномоченных по правам человека обсуждали проблемы общественного контроля закрытых психиатрических учреждений, пытались определить механизмы конструктивного взаимодействия с целью повышения эффективности общественного контроля. Общение представителей психиатрической службы и членов ОНК в дружеской атмосфере круглого стола оказалось весьма полезным для обеих сторон: члены ОНК узнали много нового о работе психиатрических стационаров и экспертных отделений, а заведующие отделениями смогли убедиться, что наблюдатели вполне вменяемые люди, среди них нет экстремистов-антipsихиатров, которые считают, что психиатрическое лечение приносит только вред, и всех пациентов нужно выписать, и они приходят для того, чтобы помочь, а не дезорганизовывать работу учреждения. На круглом столе подробно обсуждались новые полномочия членов ОНК, которые даны им после принятия дополнений к закону об общественном контроле за обеспечением прав человека в местах принудительного содержания и двух приказов Минздрава, утвердивших порядок посещения психиатрических стационаров и экспертных отделений.

На семинаре эксперт Независимой психиатрической ассоциации России Л. Н. Виноградова акцентировала внимание присутствующих на том, что все люди, находящиеся в психиатрических больницах, в том числе на принудительном лечении, не являются преступниками и осужденными, они пациенты и, соответственно, должны пользоваться всеми правами, которые записаны в Законе “О психиатрической по-

мощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”. Эксперт-психиатр, главный врач ПНД г. Володонска В. Н. Соколовский рассказал о специфике психиатрических учреждений, типах отделений и режимах содержания, основах общения с пациентами и персоналом, а эксперт-юрист Ю. И. Блохин подробно проанализировал содержание приказов Минздрава о порядке посещения психиатрических стационаров и экспертных отделений, остановившись на ключевых моментах, регламентирующих права членов ОНК. Региональный координатор Л. В. Петрашик познакомил участников с разработанной в рамках проекта картой мониторинга и провел практическое занятие по обсуждению первого опыта посещений. Оказалось, что практически все присутствующие по крайней мере 1 – 2 раза посетили какое-либо психиатрическое отделение и могли поделиться своими впечатлениями, касающимися как взаимодействия с руководством этих отделений, так и условиями содержания в них пациентов. Беседы с пациентами и анализ их медицинской документации — одна из самых трудных задач наблюдателей, и обсуждению этих вопросов была посвящена значительная часть семинара.

В заключение участники отметили важность проведенного мероприятия и выразили надежду на то, что такие семинары будут продолжаться, поскольку для организации эффективной работы необходим постоянный контакт с экспертами-психиатрами и юристами.

**27 – 28 октября в Нижнем Новгороде** состоялся круглый стол “Соблюдение прав лиц, находящихся в местах принудительного содержания, в том числе в психиатрических стационарах и экспертных отделениях”, организованный региональной общественной организацией “Гражданский контроль-НН” и Независимой психиатрической ассоциацией России. В круглом столе приняли участие 29 человек, представляющих общественные наблюдательные комиссии и аппарат уполномоченного по правам человека в Нижегородской области, психиатрическую службу, а также адвокатское сообщество региона. Основная цель круглого стола была обозначена как “обсуждение механизма взаимодействия между уполномоченным по правам человека, уполномоченным по правам ребенка, органами здравоохранения, руководством психиатрических учреждений, членами ОНК и общественными объединениями в целях обеспечения эффективного контроля за соблюдением прав человека в психиатрических лечебных и экспертных учреждениях”. Открывая дискуссию за круглым столом, региональный координатор проекта “Содействие соблюдению прав человека в местах принудительного

## **Региональные семинары НПА России по мониторингу психиатрических стационаров**

содержания людей с психическими расстройствами” А. Н. Листков напомнил присутствующим о том, что с 2018 г. психиатрические больницы и экспертные отделения стали объектами контроля членов общественных наблюдательных комиссий, а директор проекта Л. Н. Виноградова сказала, что для обеспечения эффективного контроля необходимы взаимные усилия двух сторон: члены ОНК должны получить базовую подготовку в сфере общественного контроля психиатрических учреждений, чтобы не дезорганизовывать работу службы, а руководство психиатрических больниц и экспертных отделений — содействовать проведению общественного контроля. Представители психиатрической службы Нижегородской области проявили себя как весьма открытые и независимые специалисты, продемонстрировав заботу о пользе дела и заинтересованность в установлении контактов с членами ОНК и другими наблюдателями. На круглый стол пришли и главный внештатный психиатр, и главный детский психиатр Нижегородской области, и целая команда врачей-психиатров, которые приняли активное участие в дискуссии. Обсуждались новые полномочия членов ОНК, их право на посещения психиатрических больниц и экспертных отделений. Позиция представителей психиатрической службы была очень конструктивной: “мы рады любым проверяющим, поскольку они помогают улучшить нашу работу”. Насколько это будет соответствовать их реальному последующему поведению, сказать трудно, но, по крайней мере, можно напоминать им об этом. Присутствовавшие на круглом столе юристы, в том числе председатель адвокатской конторы Нижегородского района г. Нижнего Новгорода М. М. Шарапова, выступали как активные защитники врачей-психиатров: “Психиатрия — это такая тяжелая работа, там работают только те, кто выбрал это по зову сердца, те, кто любит свою профессию и всегда действует во благо пациента”. Похоже, что в конфликте пациент — врач или пациент — администрация больницы они чаще окажутся на стороне администрации. Такая позиция была выражена совершенно открыто, и это следует принимать во внимание. В целом, разговор получился доброжелательным и конструктивным, однако уверенности в том, что такая ситуация характерна для всех психиатрических больниц Нижегородской области, не сформировалось. На круглом столе также были представлены результаты исследования, проведенного организацией “Гражданский контроль-НН”, относительно доступа людей, в том числе находящихся в местах лишения свободы, к правосудию. Это имеет прямое отношение и к людям с психическими расстройствами, для которых малейшее препятствие может стать непреодолимым барьером, и они нуждаются в особых гарантиях защиты своих прав. Именно для этого государство приняло закон “О бесплатной юридической помощи в Российской Федерации”, ко-

торый, к сожалению, пока плохо работает, и наша задача — стимулировать его выполнение.

На последовавшем за круглым столом семинаре для членов общественной наблюдательной комиссии **Нижегородской области** было продолжено обсуждение вопросов о посещениях психиатрических больниц и экспертных отделений. Были рассмотрены вопросы, связанные с деятельностью ОНК в психиатрических учреждениях: основы контроля, возможности и ограничения, специфика по сравнению с местами лишения свободы и т.п. Заместитель главного врача Нижегородской областной психоневрологический больницы № 1 Н. И. Бузуева познакомила присутствующих со структурой психиатрической службы в Нижегородской области, где помимо обычных психиатрических больниц имеются и отделения для принудительного лечения специализированного типа, и экспертные отделения, так что появилась реальная возможность планировать посещения конкретных учреждений. Н. И. Бузуева рассказала о разных режимах содержания пациентов и ограничениях их прав в зависимости от типа психиатрического учреждения. И вновь был сделан акцент на том, как аккуратно врачи-психиатры соблюдают права пациентов, насколько заботятся об их здоровье и безопасности, стараются решить и те их проблемы, которые существуют вне психиатрического стационара. Рассказ об обеспечении пациентов любыми видами медицинской помощи, включая стоматологическую, наличие спортзалов, возможность пользоваться услугами массажистов, трудотерапевтов и арттерапевтов и т.д. настолько вдохновил присутствующих, что кто-то предложил “отдохнуть в этой больнице”.

Серьёзным контрастом стало выступление бывшего члена ОНК Нижегородской области О. Усановой, которая участвовала в посещении некоторых психиатрических больниц и составила свое предварительное впечатление об условиях содержания и соблюдении прав пациентов, в частности, в областной психоневрологической больнице № 3. Ее поразили большие палаты (на 18 – 25 человек) с решетками на окнах, расположенные впритык друг к другу кровати, недостаток тумбочек, неудовлетворительное состояние душевых и невозможность осуществлять ежедневные гигиенические процедуры (что особенно важно для женщин), отсутствие приватности в туалетах и проблемы с пользованием зубными щетками и кружками для питья, которые хранятся у сестры-хозяйки, и нужно каждый раз обращаться к ней с просьбами. В детском отделении, где содержатся вместе мальчики и девочки от 4 до 14 лет, — общий туалет без каких бы то ни было перегородок. Все это требует внимательного изучения и принятия мер по улучшению условий пребывания пациентов. А. Н. Листков познакомил участников семинара с инструментарием, разработанным экспертами проекта для осуществления общественного контроля психиатрических

## **Региональные семинары НПА России по мониторингу психиатрических стационаров**

больниц и экспертных отделений: это и перечень вопросов, которые можно задать пациенту и сотрудникам учреждения, краткая инструкция по анализу медицинской карты, список журналов, которые должны быть в психиатрической больнице и экспертном отделении и, наконец, карта мониторинга, которую рекомендуется заполнять по результатам нескольких посещений.

Следующим мероприятием стали круглый стол и семинар на тему “Общественный контроль за обеспечением прав пациентов стационарных отделений психиатрических учреждений”, проведенные **6 – 7 ноября в Екатеринбурге**. Круглый стол состоялся в комбинированном формате: одни участники находились за столом в зале, другие — участвовали по видеосвязи.

В своем приветственном слове уполномоченный по правам человека в Свердловской области Т. Г. Мерзлякова подчеркнула важность и деликатный характер обсуждаемой темы и сказала, что нужно стремиться к сокращению количества недобровольных госпитализаций. Как бы отвечая на этот призыв, выступающий по видеосвязи заместитель главного врача Свердловской областной клинической психиатрической больницы А. Ю. Ружников сообщил, что в его больнице в прошлом году лишь 1,5 % пациентов лечились недобровольно, что значительно ниже средних цифр по стране. А. Ю. Ружников рассказал участникам о структуре психиатрической службы Свердловской области, где имеются четыре психиатрические больницы в Екатеринбурге с 15 филиалами в области, крупная психиатрическая больница в Нижнем Тагиле и психиатрические отделения в 8 больницах общего профиля. Всего в области сегодня 4720 коек, включая наркологические и детские. В течение года в психиатрические отделения госпитализируется примерно 30 тысяч человек, из которых 30 % поступают впервые, а остальные 70 % — повторно. Повторные поступления не превышают 10 – 12 % всех госпитализаций. Средняя длительность пребывания в стационаре составляет — 46 дней и существенно сократилась за последние несколько лет. По недобровольной госпитализации в 2019 г. в психиатрическую больницу поступило 519 чел., однако многие потом дали добровольное информированное согласие, и в результате судебное решение о недобровольной госпитализации было принято всего в 73 случаях, что составляет 1,5 % всех госпитализированных. При этом А. Ю. Ружников отметил, что этот показатель снижается год от года. Принудительные меры медицинского характера (ПММХ) применяются в отношении примерно 500 чел., и этот показатель держится на одном уровне: ежегодно примерно 470 человек направляется на ПММХ и столько же освобождается. Это составляет 15 % всего коекного фонда. В больнице есть и экспертные отделения, где проводят амбулаторную и стационарную экспертизу. Большая часть СПЭ проводится при добровольном согласии подэк-

пертного, недобровольно поступают на экспертизу — примерно 800 человек в год. Специалист юридического отдела психиатрической больницы № 7 в Нижнем Тагиле Ю. Ф. Малеева сообщила сходные данные: из имеющих в больнице 600 коек (вместе с дневным стационаром) 96 заняты пациентами, которым назначены принудительные меры медицинского характера, т.е. примерно те же 15 %. Количество недобровольно госпитализированных в 2019 г. составило 22 человека, т.е. меньше 1 %. Тем самым сфера работы для членов ОНК — это примерно 15 % пациентов, находящихся на лечении — недобровольном и принудительном.

В результате дискуссии за круглым столом удалось обсудить множество вопросов, возникающих у ОНК при коммуникации с психиатрическими учреждениями и представителями Минздрава. Л. Н. Виноградова напомнила, что закон об общественном контроле мест принудительного содержания действует с 2008 г. и прошло несколько лет, прежде чем сотрудники ФСИН и МВД привыкли к этому и стали относиться к членам ОНК как к своим партнерам по улучшению ситуации, а не огульным критикам и скандалистам. Вероятно, что на установление конструктивного взаимодействия с руководством психиатрических больниц и экспертных отделений также уйдет немало времени, но начало уже положено, и скорость движения по этому пути зависит от действий обеих сторон. Сейчас, в условиях быстрого распространения коронавирусной инфекции ситуация с посещениями обстоит очень по-разному в разных регионах. Так, в Тюменской, Челябинской и Свердловской областях руководство психиатрических больниц открыто к взаимодействию и не препятствует посещению стационаров членами ОНК, конечно, с соблюдением мер безопасности. А вот в Пермском крае и Курганской области регулярные посещения пока не наложены, хотя ОНК Пермского края провела большую подготовительную работу, распределила обязанности внутри комиссии и собирается начать посещения в самое ближайшее время.

В работе последовавшего за круглым столом семинара приняли участие члены ОНК и специалисты аппаратов уполномоченных по правам человека **Свердловской, Курганской, Тюменской и Челябинской областей, а также Пермского края**, всего 18 человек. Исполнительный директор НПА России Л. Н. Виноградова сделала два важных сообщения на темы “Деятельность ОНК в психиатрических учреждениях: основы контроля, возможности и ограничения, специфика по сравнению с местами лишения свободы” и “Права граждан с психическими расстройствами. Основания для применения недобровольных мер в психиатрии”, а общественный помощник уполномоченного по правам человека в Свердловской области О. Ю. Вековшинина познакомила присутствующих с дорожной картой, которой

## **Региональные семинары НПА России по мониторингу психиатрических стационаров**

можно пользоваться при посещениях. Не все участники семинара имели опыт посещения психиатрических больниц и экспертных отделений, поэтому полученная ими информация воспринималась как чрезвычайно актуальная. Было много уточняющих вопросов. Принявшим участие в семинаре специалист по социальной работе ПБ № 7 в Нижнем Тагиле Л. В. Косточева и юрист этой больницы Ю. Ф. Малеева дали много важных пояснений о работе психиатрического стационара, организации принудительного лечения, реабилитационной работе и т.п.

Участники семинара проявили себя как люди неравнодушные к судьбам душевнобольных и интересующиеся многими проблемами в области психического здоровья. Разговор время от времени выходил за пределы заявленной темы, отражая озабоченность участников соблюдением прав и других групп населения: лиц, проживающих в психоневрологических интернатах, детей с расстройствами аутистического спектра, больных наркоманиями и т.п. Ведущий семинара Д. А. Халяпин живо отзывался на все вопросы и давал интересную информацию по ситуации в Свердловской области, указывая на проблемные точки.

Четвертый региональный семинар прошел в **Москве 14 – 15 ноября**. Он был организован для членов Общественных наблюдательных комиссий и сотрудников аппаратов уполномоченных по правам человека Центрального федерального округа. В нем приняли участие члены ОНК Ярославской, Воронежской, Липецкой, Ивановской, Орловской, Тамбовской, Владимирской, Московской областей и города Москвы. Присутствовали и сотрудники аппаратов уполномоченного по правам человека Москвы, Смоленской и Тамбовской областей. В онлайн режиме к семинару присоединились члены ОНК Хабаровского края и Татарстана.

Главной целью семинара стало обучение членов общественных наблюдательных комиссий ЦФО и сотрудников аппаратов уполномоченных по правам человека методикам эффективного общественного контроля за обеспечением прав человека в психиатрических стационарах и экспертных учреждениях, а также обучение конструктивному взаимодействию с государственными органами, руководством больниц и психиатрами.

На семинаре выступили исполнительный директор НПА России Любовь Николаевна Виноградова,

представитель Психиатрической клинической больницы № 5 Департамента здравоохранения Москвы Александр Александрович Панкевич, Директор Института прав человека Валентин Михайлович Гефтер и многие другие.

На семинаре обсуждалась специфика психиатрических учреждений, типы отделений и режимов содержания, работа врачей и персонала, изучались основы общения с пациентами. Участникам было рассказано о работе с медицинскими документами при посещении психиатрических стационаров и экспертных отделений, о правах граждан с психическими расстройствами, об основаниях для применения недобровольных мер в психиатрии. В рамках практической работы участники семинара обсудили несколько кейсов, в которых потенциально нарушаются права пациентов психиатрических стационаров.

**Итак**, слухи о том, что общественные наблюдательные комиссии умерли, оказались сильно преувеличенными. В каждом регионе можно найти, по крайней мере, несколько человек, которые на регулярной основе посещают места принудительного содержания, а новые объекты контроля в виде психиатрических больниц и экспертных отделений вызвали искренний интерес и желание обучаться новым формам деятельности. **За два месяца (октябрь–ноябрь 2020 г.) в семинарах**, проведенных НПА России совместно с региональными НКО, **приняли участие более 80 человек из 20 регионов Российской Федерации**. Впереди аналогичные обучающие мероприятия в Санкт-Петербурге — для членов ОНК Северо-Западного региона, Казани — для Республики Татарстан и Приволжского ФО, Томске — для членов ОНК и сотрудников аппаратов уполномоченных по правам человека Сибирского Федерального округа.

Во многих регионах существуют проблемы допуска членов ОНК в психиатрические учреждения, однако Комитет здравоохранения Санкт-Петербурга на запрос уполномоченного по правам человека относительно возможности членов ОНК посещать психиатрические больницы и экспертные отделения в условиях объявленного карантина и запрета посещений, после тщательного юридического анализа и консультаций с уполномоченными органами ответил, что **запрет не распространяется на тех, кто при посещениях реализует свои полномочия в соответствии с федеральными законами**. Теперь важно, чтобы это поняли и другие региональные власти.

## **Захист прав пацієнтів з психічними розстройствами — спільна задача громадського суспільства і держави**

5 октября 2020 г. в рамках IV Всероссийского форума по общественному здоровью, который в этом году был проведен онлайн, состоялась секция “Общественный контроль и защита прав пациентов с психическими расстройствами в местах принудительного содержания”, организованная Советом по правам человека при Президенте РФ и Независимой психиатрической ассоциацией России. Идея проведения такой секции принадлежала заместителю министра здравоохранения О. О. Салагаю, и он выступил с приветственным словом, в котором подчеркнул важность работы, проводимой гражданским обществом по защите прав наиболее уязвимой категории населения — людей с психическими расстройствами, и обещал поддержку Минздрава РФ в налаживании взаимодействия с руководителями психиатрических больниц и экспертных отделений, а также проведение регулярных встреч с ними для обсуждения результатов общественного контроля.

В своем вводном слове модератор секции эксперт Совета по правам человека и директор Института прав человека В. М. Гефтер обрисовал правовое поле общественного контроля психиатрических учреждений, которое сложилось после внесения дополнений в закон “Об общественном контроле за обеспечением прав человека в местах принудительного содержания” и принятия Минздравом России приказов, регламентирующих порядок посещения членами общественных наблюдательных комиссий психиатрических больниц и экспертных отделений. Он также обратил внимание на некоторые проблемы в этой сфере, которые нуждаются в дальнейшем прояснении, в частности, правовую неопределенность статуса “стражных” экспертных отделений, которые, по мнению Уполномоченного по правам человека Астраханской области А. В. Спицына, являются неким симбиозом между медицинской организацией и следственным изолятором. Не определено также, какое ведомство должно осуществлять охрану этих учреждений, из-за чего могут нарушаться права находящихся в них граждан.

Член Совета по правам Президента РФ (далее СПЧ) А. В. Бабушкин указал, на то, что права пациентов на общение с внешним миром часто необоснованно ограничиваются, между тем, пациенты могут находиться на принудительному лечении годами, и теряют таким образом связь со своими близкими. Он также выступил с предложением принятия нормативно-правового документа, обеспечивающего сохранение жилья за пациентами, находящимися на принудительном лечении.

Выступление исполнительного директора НПА России Л. Н. Виноградовой было посвящено взаимо-

действию членов ОНК с персоналом психиатрических стационаров. Она подчеркнула, что для того, чтобы общественный контроль стал эффективным, необходимо, с одной стороны, повысить профессионализм членов ОНК, познакомить их со спецификой медицинских организаций, в которых находятся люди с психическими расстройствами, и обучить методам мониторинга, а с другой — обеспечить готовность руководства психиатрических больниц и экспертных отделений к конструктивному взаимодействию с членами ОНК. Для обеих сторон это новое поле деятельности и потребуется время для того, чтобы общественный контроль психиатрических учреждений стал таким же налаженным, как контроль за обеспечением прав человека в местах лишения свободы. Л. Н. Виноградова рассказала, что при первых посещениях члены ОНК многих регионов столкнулись с настороженным отношением руководства психиатрических больниц и даже с попытками недопуска, однако когда стало понятно, что это не очередная утомительная проверка, и наблюдатели пришли не для того, чтобы мешать, а для того, чтобы помочь, отношение изменилось. Пока с трудом решается вопрос о беседах с пациентами, которые, согласно приказу Минздрава, могут быть запрещены только по медицинским показаниям, о чем должна быть сделана специальная запись в истории болезни. Практически невозможно создать условия, при которых члены ОНК могли бы беседовать с пациентом в ситуации, когда персонал может “видеть, но не слышать”, трудно также получить доступ к медицинским документам пациента, хотя и Закон об общественном контроле за обеспечением прав человека в местах принудительного содержания, и ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” позволяет это с согласия пациента. Особая задача членов ОНК — обеспечить пациентов бесплатной правовой помощью, на которую практически все они имеют право, стать мостиком между пациентом и адвокатами, работающими по программе бесплатной юридической помощи.

Все это — дело завтрашнего дня, но уже сегодня можно говорить о типовых нарушениях прав пациентов, которые обнаружили члены ОНК во время первых посещений. Так, член СПЧ и одновременно член ОНК Москвы Е. М. Меркачева рассказала о недостатке туалетов и душевых, отсутствии приватности этих мест, а также об отсутствии прогулок. С ее точки зрения, во многих отношениях права пациентов психиатрических больниц соблюдаются гораздо хуже, чем права заключенных. При этом она отметила доброжелательное отношение врачей и персонала к людям с

## **Разоблачительная награда**

психическими расстройствами, искреннее желание помочь им, что не мешало, однако, прерывать беседы, ссылаясь на то, что “пациент опасен, и с ним лучше не говорить”.

В целом обсуждение получилось информативным и полезным, но главное — было положено начало диалогу между членами ОНК и руководством психи-

атрических больниц и экспертных отделений, который — при поддержке Минздрава России — будет продолжаться на регулярной основе. В этом основа совместной работы по улучшению положения с соблюдением прав людей с психическими расстройствами, находящихся в местах принудительного содержания.

## **Разоблачительная награда**

5 ноября Президент России подписал указ о награждении руководителя Федерального медико-биологического агентства (ФМБА), бывшего министра здравоохранения (2012 – 2020) Вероники Скворцовой орденом Пирогова “за большой вклад в развитие здравоохранения, организацию работы по предупреждению и предотвращению распространения коронавирусной инфекции (COVID-19)”, а также многолетний труд.

Орденом Пирогова награждаются медработники, которые проявили самоотверженность в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий, военных действий, сопряженных с риском для жизни, а также организацию такой работы, успехи в укреплении общест-

венного здоровья и другие заслуги. Но главное, чем прославился Николай Иванович Пирогов, в чем он показал непревзойденный пример всем врачам, — это беспощадная открытая критика и анализ своих ошибок.

Реформа оптимизации здравоохранения, вызвавшая возмущение медицинской и широкой общественности, была признана ошибкой в Правительстве в отличие от самой Скворцовой. Опубликованный Указ неловко пытается затушевать то, что невозможно уравновесить и предвидимым образом вызывает очередной всплеск возмущения и прозрения в отношении заказчиков. Награда за верноподданничество не награда для врача.

**РЕКОМЕНДУЕМ!**  
**А. В. Бабушкин, А. В. Маяков**

### **НАСТОЛЬНАЯ КНИЖКА ЗАКЛЮЧЁННЫХ И ИХ РОДСТВЕННИКОВ**

**М., 2020**

4-ое издание, выросшее из первоначальной «Карманной книжки...»

Образцовое, очень полезное всем, а не только непосредственно причастным к обозначенной теме, особенно для психиатров, умеряющее их профессиональный снобизм, насыщенное важной для них информацией, написанное с юмором, делающим чтение даже разнообразных справочных материалов по-настоящему интересным, вопреки мрачной картине

**Новое издание НПА России**

### **ОСНОВЫ ОБЩЕСТВЕННОГО КОНТРОЛЯ ЗА ОБЕСПЕЧЕНИЕМ ПРАВ ЧЕЛОКА В ПСИХИАТРИЧЕСКИХ СТАЦИНАРАХ И ЭКСПЕРТНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ**

**(редакторы-составители Л. Н. Виноградова, В. М. Гефтер)**

**М., 2020**

# ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ТВОРЧЕСТВО

---

## Эрих Кестнер (Erich Kästner, 1899 – 1974)



“В середине 1920-х годов экспрессионизм в литературе и искусстве эпохи мировой войны и революционного подъема с его апокалиптическими видениями и восторженными пророчествами кошмаров и надежд, получившей двузначное обозначение “Menschheitsdämmerung”, прочитываемое как “Закат человечества” или “Рассвет человечества”, сменилась эпохой идеино-эстетической реакции на него — относительной стабилизацией, т.н. “новой деловитостью” (Neue Sachlichkeit) или “новой вещественностью” — новым жизнеощущением и стилем жизни в быту. Это было время технических изобретений, отрицания сентиментальной мечтательности и возвышенных иллюзий, психологических глубин и страстных порывов, утверждения практичности, полезности, функциональности, организованности, рационалистичности, проклинанием или поэтизацией этого американизма, либо критического реалистичного взгляда на него. Одним из наиболее значительных представителей

этого направления, антимилитаристской и антифашистской направленности, был поэт и прозаик Эрих Кестнер. Его проникнутые своеобразной лирической иронией стихотворения исполнялись в литературных кабаре Берлина. Эзотеричности позднего Рильке противопоставлялась ясность мысли и определенность позиции поэта” (И. М. Фрадкин//История немецкой литературы. Т. 5. — М., 1976). Эрих Кестнер писал:

Вы шлете мне письма. И мне это лестно.  
Но в каждом вопрос, как на страшном суде:  
“Где ж все позитивное, Эрих Кестнер?”  
А черт его знает где!..

...Прогнил ваш мир, крутясь вхолостую.  
И государство давно на краю  
Могилы. Вы думаете, я срифмую —  
И все удержится, как на клею?..

...Да, при смерти время. Ему на Востоке  
Давно приготовлен осиновый кол.  
Уже наступают последние сроки.  
Запомните: кладбище не мюзик-холл!

*Перевод К. Богатырева*

Эрих Кестнер родился в Дрездене. Его отец был сидельником и обойщиком, мать домработницей и надомницей. Он был очень привязан к матери и ежедневно сочинял для нее трогательные письма. Он готовился стать учителем, но в 1917 г. был призван в армию, жестокая муштра оставила неизгладимый след и хроническую болезнь сердца. Он закончил Лейпцигский университет, работал журналистом, с 1927 г. в Берлине. В 1928 – 33 гг. вышло четыре поэтических сборника и около 200 детских историй, стихов и загадок. В 1929 г. была опубликована первая детская книжка Кестнера “Эмиль и сыщики”, распроданная в Германии тиражом более двух миллионов и переведенная на 59 языков, а в 1931 г. его лучший роман “Фабиан. История одного моралиста”. В годы нацизма Кестнер, один из немногих критиков национал-социализма, остался в стране, чтобы быть очевидцем происходящего и не оставлять мать. Он несколько раз допрашивался гестапо, был исключен из Союза писателей, а его книги были среди тех, что попали в огонь на Опер-плац в 1933 г. Кестнер сам наблюдал за происходящим, стоя в толпе на площади. Публикация его произведений была запрещена. Исключением стал сценарий фильма “Мюнхгаузен”. В 1944 г. его квартира была разрушена попаданием бомбы и многие рабо-

## Эрих Кестнер

ты погибли. В начале 1945 г. ему удалось выехать якобы на съемки в Тироль, где он пробыл до конца войны и переехал в Мюнхен, где активно участвовал в деятельности литературных кабаре, писал песни, радиоспектакли, эссе на актуальные темы. Его повесть “Две Лотты” (1949) была экранизирована с 1950 по 2017 гг. более 15 раз в Германии, Великобритании, Индии, Иране, Корее, США, Швеции, Японии. Международную славу он получил, как детский поэт и писатель, и в 1960 г. был награжден премией им. Ханса Христиана Андерсена. Его произведения в 1950 – 60-е годы были очень популярны в Израиле на фоне враждебного отношения ко всему немецкому.

Приводим четыре стихотворения Э. Кестнера в переводе Ефима Эткинда // “25 немецких поэтов за пять веков” — СПб., 1992.

### Ты знаешь край?..

Ты знаешь край, где расцветают пушки?

Подумай! Он недалеко от нас!

Там у детей любимые игрушки —

Граната, миномет, противогаз.

Там на плечах растут у всех погоны,

На голове растет незримый шлем.

Долины там сданы под полигоны,

И в струнку надо там тянуться всем.

Когда начальство там чего-то хочет

(Начальству полагается хотеть!),

Рассудок, щелкнув каблуками, вскочит:

Направо! Смирно! Не дышать! Не сметь!

Там сосунок позякивает шпорой,

Там размышляющий всегда неправ.

Там делает карьеру тот, который

Помалкивает, в рот воды набрав.

Ты знаешь край?.. Он мог бы стать счастливым

Народ свой осчастливив навсегда.

Там нет числа лугам и тучным нивам,

Таятся в недрах уголь и руда.

Там есть умы, таланты, добродетель

И даже доблесть иногда блеснет.

Но взрослые играют словно дети

В солдатики ночами напролет.

Там за свободу не дадут полушки,

Там обращен в казарму каждый дом.

Ты знаешь край, где расцветают пушки?

Внимательнее погляди кругом! ...

1928

### Пониже спину гни!

(На мотив: “Народ, воспрянь! Зарницы полыхают!”)

Народ, нагнись! Тебе дадут по заду,  
А не нагнешься — сапогом в живот.

Ты к этому привыкнуть должен смладу,  
Затем что так любая тварь живет.

Нагнись, дружище! Ты, как видно, гордый!  
Но тот, кто бьет, не шутит отродясь.  
Пониже, эй, пониже! В землю мордой!  
Отчизна ждет, — пониже! Носом в грязь!

Ты будешь гибок, словно из резины.  
Учись, браток, пониже гнуть хребет.  
Смотри, как у соседей гнутся спины!  
Терпенье — вот залог твоих побед.

Мои советы почитаешь вздором?  
Что делать, братец, в этом жизни суть:  
Гни спину перед высшими, которым  
Приходится ведь тоже спину гнуть.

Для сохраненья чинопочитанья  
Молись, да внемлет милосердный Бог,  
Да будет всем по жертве для топтанья,  
Да топчет всех какой-нибудь сапог.

Гордимся синяками мы недаром —  
Нам украшают задницу они.  
Подставь себя заслуженным ударам,  
Согнись дугой! Пониже спину гни!

1928

### Синтетический человек

Профессор Бумке изобрел людей.  
Они пока обходятся недешево.  
Вы спросите: так что же в них хорошего?  
А то, что эти люди без идей.

Изготовленье длится семь часов.  
Штампуются детали автоматами.  
Заказчики довольны результатами.  
Поскольку сразу весь заказ готов.

На детство и на юность эти роботы  
Не убивают драгоценных лет.  
Они, мамашам экономя хлопоты,  
Ходить не будут в университет.

Мужчин с усами или женщин с грудями  
Вам соберут за несколько часов.  
Их сделают врачами или судьями  
С врожденными познаниями основ.

Благодаря такой механизации  
Не нужно тратить на зачатье ночь,  
Платить учителям, ждать конfirmации  
И наряжать кокетливую дочь.

Живые могут выйти идиотами,  
Живые могут сутками реветь...  
Какой позор: ваш сын увлекся нотами,  
А вам на ухо наступил медведь!

Никто из нас не верит в хиромантию,  
А как узнать — вдруг вырастет дурак?

Профессор Бумке вам дает гарантию:  
Его заводу неизвестен брак.

Доходов нет, пока что не велик улов,  
Однако предприятие растет:  
Профессор выпускает сто артикулов,  
Но увеличит выбор до трехсот.

Заметил я: “Профессор, без сомнения,  
Вы создали отличную модель.  
Но чужды ей развитие, изменения...”  
И он ответил: “В этом наша цель.

А вы, вы против тезиса последнего?”  
Благоразумно я сказал: “О нет!”  
И сына заказал сорокалетнего,  
Окончившего университет.

1932

**Если бы...**

Если б мы выиграли войну  
С ревом и пушечным громом,  
Нам бы вовек не спасти страну,  
Ставшую желтым домом.

Нами командовал бы балда,  
Какой-нибудь юнкер жирный.  
При виде ефрейтора мы бы всегда  
Тянулись по стойке смиро.

Если б победа досталась нам,  
Воры бы разбогатели,  
А мы бы тянули руки по швам,  
Еще валяясь в постели.

Жен обязали бы каждый год  
Рожать. Иначе — в кутузку.  
Государство любит иметь приплод  
И под кровь — мясную закуску.

Если бы мы победили мир,  
Тогда, не довольствуясь малым,  
Попам бы надели военный мундир,  
Бог прусским бы стал генералом.

Ефрейторской пуговицей сиять  
Пришлось бы луне-бедняжке.  
Кайзера мы получили бы опять,  
А вместо голов — фуражки.

Если б мы выиграли войну,  
Каждый был бы солдат от рождения.  
Кругом опоясали бы страну  
Проволочные загражденья.

Разум бы наш задыхался в броне,  
Подчиняемый грубой силе.  
Войны тогда б участились втройне  
Если бы мы победили в войне.

К счастью мы не победили.

1930

\* \* \*

Мы помещаем конгениальный перевод этого же стихотворения по содержанию трижды оправдавшегося (дважды в Германии, и у нас), сделанный Константином Богатыревым. Перевод более точный даже по числу четверостиший и названию — “Die andere Möglichkeit”.

**ДРУГАЯ ВОЗМОЖНОСТЬ**

Когда бы мы вдруг победили  
Под звон литавр и пушек гром,  
Германию бы превратили  
В огромный сумасшедший дом.

Мы все — от молода до стара —  
Такую школу бы прошли,  
Что спрыгивали б с тротуара,  
Сержанта увидав вдали.

Страна бы закалила нервы,  
Народ свой загоняя в гроб.  
Потомство для нее — консервы,  
А кровь — малиновый сироп.

Когда бы мы вдруг победили,  
Немецким б стал загробный мир:  
Попы погоны бы носили,  
А бог — фельдмаршальский мундир.

Когда бы мы вдруг победили,  
Мы стали б выше прочих рас:  
От мира бы отгородили  
Колючей проволокой нас.

Когда бы мы вдруг победили,  
Все страны разгромив подряд,  
В стране настало б изобилье...  
Тупиц, холуев и солдат.

Когда бы разгромили мир мы,  
Блестящие выиграв войну,  
Мы спали бы по стойке “смирно”,  
Во сне равняясь на жену.

Для женщин издан был закон бы:  
В год по ребенку иль под суд.  
Одни лишь пушки или бомбы  
Победы нам не принесут.

Тогда б всех мыслящих судили,  
И тюрьмы были бы полны,  
И войны чаще водевилей  
Разыгрывались в изобилье,  
Когда б мы только победили...

Но, к счастью, мы побеждены.

### О выдающемся переводчике Константине Богатыреве (1925 – 1976)

В нынешнее время еще можно прочесть в Википедии поразительные материалы о жизни и творчестве Константина Богатырева, этого “свободного человека в несвободной стране”, приговоренного в 1951 г. к смерти, заменённой 25 годами Воркутлага, реабилитированного в 1956 г. и все-таки убитого КГБ<sup>1</sup> в 1976 г. для запугивания писателей, особенно тех, кто активно общался с иностранцами. Снискавший признание Ахматовой, Пастернака, Белля и Фриша, Вяч. Вс. Иванова и В. Н. Топорова, он переводил “непереводимые” “Новые стихотворения” Р.-М. Рильке и стихи другого любимого им поэта — Эриха Кестнера, которого прочел в 10 – 12 лет и с которым многие годы переписывался. К.Б. перевел книгу для детей “Мальчик из спичечной коробки”, написанную Э. Кестнером в 1963 г., а в 1966 г. опубликованную издательством “Детская литература”. В 1982 г. в Германии на русском и немецком языках вышла книга “Поэт-переводчик Константин Богатырев. Друг немецкой литературы”. “Но там нет того духа веселого озорства, тревожной смеси безрассудства, беспечности и беспощадия, благородства и безответственности, пренебрежения к любым правилам и путам, свободы в каждом шаге, слове, поступке — всего того, что делало его ни на кого не похожим Костей Богатыревым”, — писала его первая жена Софья Бернштейн, унаследовавшая архив Осипа Мандельштама. Ольга Репина приводит свидетельства Вяч. Вс. Иванова, близко знавшего Богатырева, что он унаследовал от отца, известного фольклориста и этнографа, переводчика “Похождений бравого солдата Швейка”, “здравый смысл, особенно поражавший при внешних чудачествах, чувство смешного, скоморошье умение рассказывать, угловатость самородка”, а также рассказ В. Войновича.

“Однажды, уже в последние годы, пришла ему повестка из военкомата явиться тогда-то и туда-то для прохождения медицинской комиссии. Имея такую биографию, он ни от каких официальных органов ничего хорошего не ждал, а уж от военкомата тем более... Забеспокоился Богатырев, что его заберут в

армию <...>, поехал советоваться к детскому писателю С. А. С. известный псих со справкой. Однажды он решил поговорить с главным редактором издательства “Молодая гвардия”. Пришел, узнал, что редактор на месте, позвонил по телефону, вызвал скользкую психиатрическую помощь, зашел в кабинет и дал редактору по морде. Пока милицию вызывали, подоспела “скорая” и увезла С. не в милицию, а на Канатчикову дачу.

Так вот к этому С., как человеку бывалому, и обратился за советом Богатырев.

С. ухватил проблему с полуслова.

— Вот тебе мой совет, — сказал он. — Пойдешь в военкомат, возьми с собой большое блюдо. Ты придешь, они спросят: “Зачем блюдо?” Ты скажи: “А просто так”.

— Совет неплохой, — рассказывал Костя мне, — но не могу же я в самом деле прийти с блюдом. Пришел так. Все меня осмотрели — терапевты, хирурги — зовут к психиатру. Захожу, сидит такая пышная дама, я еще дверь не успел открыть, а она уже кричит: только не вздумайте строить из себя психа. А я, говорю, и не думаю. Она смягчилась: садитесь, на что жалуетесь? Ни на что не жалуюсь. А почему у вас руки дрожат? А руки, говорю, у меня дрожат, потому что меня однажды приговорили к смертной казни. Вас? К смертной казни? За что? За террор, говорю. Что вы выдумываете? Какой еще террор? Террор, сказал я, это когда кто-нибудь кого-нибудь убивает. И вы кого-то убили? Нет, я только собирался убить Сталина. Она как услышала слово “Сталин”, сразу притихла и стала что-то писать. А потом посмотрела на меня и спрашивает: — Значит, вы не хотите ехать на терсборы? — Терсборы? — переспросил я в ужасе. — Это что же? Сборы террористов? Она посмотрела на меня, вздохнула и говорит: — Идите, вы свободны. Так я на терсборы и не попал. Потом я спросил кого-то, что это значит, мне объяснили: это значит территориальные сборы”.

Прошло 95 лет со дня рождения Богатырева и 45 лет после убийства, хотя практике политических убийств все 100, особенно со временем “фармацевта” Генриха Ягоды.

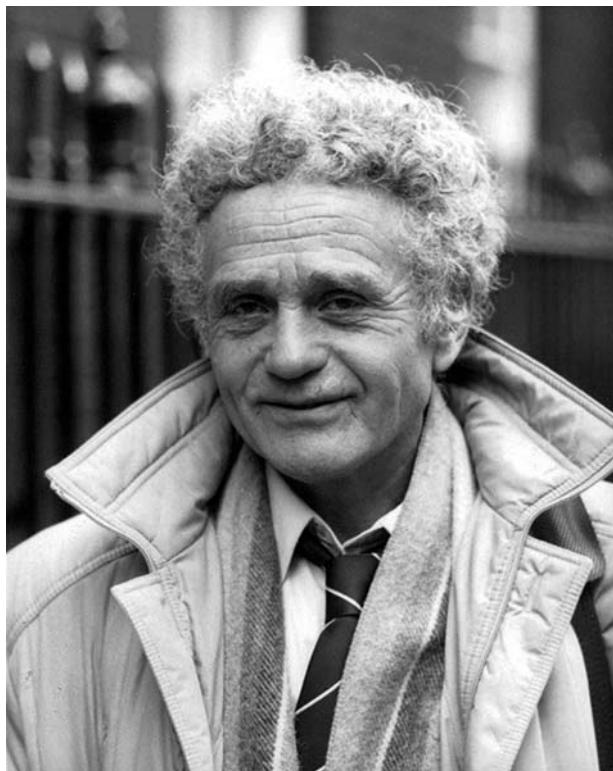
<sup>1</sup> “Случай этот, — писал друживший с ним В. Н. Войнович, — наглядно показал, что убийство внутри страны было для КГБ очень удобным, радикальным, дешевым и наиболее безопасным способом устранения политического противника или неугодного лица. Для того, чтобы посадить человека в лагерь или психушку, его надо арестовать, вести следствие, ломать комедию суда...” (глава “Убийство Богатырева” в книге В. Н. Войновича “Дело № 34040”).

# НЕКРОЛОГИ

---

## Юрий Фёдорович Орлов

(1924 – 2020)



*“Интеллигенту, раз он уж стал им,*

*нужна свобода мысли и выражения мысли.*

*Это способ его жизни, условие его существования.*

*Без этого он не интеллигент”*

Ю. Орлов

27 сентября на 97-м году жизни скончался Юрий Федорович Орлов, физик и правозащитник, участник диссидентского движения, основатель и первый руководитель Московской Хельсинкской группы (с 1976 г.), политзаключенный в течение 12 лет, профессор Корнелльского университета (Итака, штат Нью-Йорк)<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Находится на 8-ом месте среди ведущих вузов США и 16-ом месте в мировом рейтинге 100 лучших университетов мира.

Человек реальных дел и мужественных поступков, Ю.Ф. родился 13 августа 1924 г. в Москве, раннее детство провел в деревне в период коллективизации и раскулачивания. Ему было 7 лет, когда семья переехала в Москву, и 9 лет, когда отец умер от туберкулеза. С 17 лет (1941) работал токарем на станкозаводе, потом на фронте — командир взвода. За геройскую боевую операцию на территории Чехословакии награждён Орденом Отечественной войны 2 ст., затем работал истопником на фабрике в Москве. В 1947 – 1951 гг. учился на физико-техническом факультете МГУ (МФТИ), в 1953 г. — сотрудник Теплотехнической лаборатории Академии наук СССР — одной из сверхсекретных лабораторий “Атомного проекта СССР” (с 1958 г. это Институт теоретической и экспериментальной физики). В 1956 г. на партийном собрании, обсуждавшем доклад Хрущева на XX съезде КПСС, назвал И. Сталина и Л. Берию “убийцами, стоявшими у власти” и выдвинул требование “демократии на основе социализма”. Вскоре был исключен из компартии и уволен из Института, вопреки усилиям директора акад. Абрама Алиханова. Но принят на работу его братом, директором Ереванского физического института Артемом Алиханяном. Следующие 16 лет работал в Ереване, где стал доктором физико-математических наук (1963) и членом корреспондентом Армянской Академии наук (1968) и где разработал теорию устойчивости радиационного затухания пучков в электронном кольцевом ускорителе и совместный проект ускорителя, который был заморожен из-за отказа директора Института снять фамилию Орлова по настоянию КГБ (1971). С 1972 г. сотрудник Института земного магнетизма, ионосфера и распространения радиоволн Академии наук СССР. В 1975 г. выдвинут с несколькими коллегами на госпремию, но тут же уволен за поддержку акад. А. Д. Сахарова. Написал самиздатские работы “13 вопросов Брежневу”, “О причинах интеллектуального отставания СССР”, “Возможен ли социализм не тоталитарного типа?”. В 1973 г. вошел в группу Международной Амнистии. После высылки А. Солженицына подписал письмо-протест с требованием учредить Международный трибунал типа Нюрнбергского для расследования преступлений, описанных в “Архипелаге ГУЛАГ”. Защищал пятидесятников и другие ре-

## Юрий Фёдорович Орлов

лигиозные меньшинства, киевского математика Леонида Плюща, помещенного в психиатрическую больницу<sup>2</sup>, и вместе с П. Григоренко — лидера мирного движения крымских татар за возвращение на родину Мустафы Джемилова<sup>3</sup>, а также Владимира Буковского. В 1976 г. стал основателем и первым руководителем Московской группы содействия выполнению Хельсинкских соглашений (МХГ). В декабре был арестован КГБ и получил 7 лет заключения (1977 – 1984) и 5 лет ссылки в Якутию (1984 – 1986). В день ареста начала работу “Рабочая комиссия по расследованию использования психиатрии в политических целях” А. Подрабинека, вначале как ветвь МХГ<sup>4</sup>.

В заключении Ю.Ф. написал статью по волновой логике. В июле 1983 г. австрийский канцлер Бруно Крайский ходатайствовал об освобождении Орлова, чтобы принять его в Австрии, но по распоряжению генерального секретаря ЦК КПСС Ю. В. Андропова письмо было оставлено без ответа. В 1986 г. он был лишен советского гражданства и принудительно выслан из СССР в обмен на арестованного в США советского разведчика. Был принят Р. Рейганом и развернул кампанию за освобождение оставшихся в заключении. Преследования КГБ, издевательства од-

них и помочь других Ю.Ф. описал в книге “Опасные мысли” (1992, 2006). В течение года работал в Общеевропейском центре ядерных исследований” (ЦЕРН), а затем в качестве профессора Корнелльского университета. Начиная с 1989 г., несколько раз приезжал в Москву. Верховный суд только осенью 1990 г. отменил прежнее обвинение. В 1990 г., получив почетную степень Уппсальского университета, он выступил на первой международной правозащитной конференции в Москве (при советской власти, еще чинившей всевозможные препятствия) с намеченным им совместно с А. Д. Сахаровым курсом развития, который исходил из убеждения, “что правозащитное движение с его высокой этикой и преданностью ненасильственным методам должно предшествовать политической борьбе за власть”, и призвал следовать примеру польской “Солидарности”, где возник союз интеллектуалов и рабочих.

Для всех главным должно всегда быть то, чем он заканчивает свою книгу: “Наши мечты могут быть самыми прекрасными на свете, но если мы пойдем на кровь и террор, чтобы претворить их в жизнь, мы придем к нашей цели, разрушив самих себя. Методы важнее целей в цивилизованной борьбе за идеи. Не убий!”.

<sup>2</sup> Пробился домой к А. В. Снежневскому: “— Плющ помещен в Днепропетровскую тюремную психиатрическую больницу с Вашим диагнозом вялотекущая шизофrenия, а теперь у него — параноидная шизофrenия. — У меня нет оснований сомневаться в квалификации днепропетровских врачей, они постоянно консультируются со мной. — Но в Вашем учебнике написано, что вялотекущая шизофrenия никогда не развивается в параноидную шизофrenию. — Но разве было бы лучше, если бы его отправили в лагерь? — Лучше!”.

<sup>3</sup> Вместе с А. Сахаровым и Е. Боннер на суде в Омске.

<sup>4</sup> В 1976 – 77 гг. Хельсинкское движение быстро росло, были созданы Украинская, Литовская, Грузинская, Армянская Хельсинкские группы, Английская из парламентариев 9 европейских стран и мощные правозащитные группы в Польше и Чехословакии.

# Виктор Маркович Шкловский

(1928 – 2020)



9 ноября на 93-м году ушел из жизни Виктор Маркович Шкловский — руководитель отдела Московского НИИ психиатрии, доктор психологических наук, профессор, действительный член Российской академии образования, ведущий российский ученый в области нейрореабилитации, нарушений речи, создатель Центра восстановления речи мирового уровня.

По окончании дефектологического факультета Ленинградского педагогического института им. А. И. Герцена в 1952 г. В. М. Шкловский работал под руководством проф. Н. А. Крышевой в Ленинградской психоневрологической больнице им. И. П. Павлова и в 1958 г. организовал первый в стране амбулаторно-стационарный Центр патологии речи, которым руководил 10 лет, продолжая преподавать в Институте им. А. И. Герцена, что положило начало подготовке специалистов по нейрореабилитации больных с органическими и функциональными поражениями головного мозга. В течение последних десятилетий Виктор Маркович принимал активное участие в подготовке логопедов в Московском государственном гуманитарном университете.

В 1968 г. по приглашению проф. А. Р. Лурия и Минздрава СССР переведен в Московский НИИ психиатрии. Результаты проведенных здесь клинических исследований больных с коммуникативными нарушениями опубликованы в монографии “Закивание”.

В. М. Шкловским разработана концепция междисциплинарной диагностики, лечения и нейрореабилитации больных с последствиями инсульта, черепно-мозговой травмы и других заболеваний ЦНС, система и алгоритм организации специализированной помощи на разных этапах заболевания, которая была внедрена в практику лечебных учреждений г. Москвы и стала основой Приказов Минздрава РФ в

2005 г., которые определили дальнейшее развитие специализированной помощи в стране крайне тяжелым больным, ранее считавшимся некурабельными. Только за последнее десятилетие в Центре и его подразделениях проконсультированы и прошли курс лечения и нейрореабилитации несколько сотен тысяч больных.

Являясь главным специалистом Минздрава СССР, а затем РФ по логопедии и руководителем федерального научного-методического Центра восстановления речи, В.М. добился строительства дополнительных корпусов Центра, открытых в сентябре 2009 г. Это крупнейшее нейрореабилитационное учреждение мирового класса, оснащенное высокотехнологичным оборудованием. В амбулаторно-поликлиническом, стационарном, диагностическом и лабораторном подразделениях 35 отделений были внедрены в клиническую практику методы нейропсихологической диагностики и программирования лечебно-реабилитационного процесса, в частности, разработанные в космической медицине для восстановления двигательной и высших психических функций, компьютерная программа по восстановлению когнитивных функций и речи. Создан центр телемедицины, осуществляющий диагностику, дистанционное консультирование и восстановительное обучение в Москве и других регионах России. В Центре работают более 800 специалистов. Открыто первое в стране специализированное детское отделение, где оказывалась помощь уцелевшим детям Беслана.

В. М. Шкловский — автор более 240 научных работ. Виктор Маркович Шкловский был председателем Межведомственного научного совета РАМН и Минздрава, членом Президиума Российского общества психиатров и Российского общества неврологов — членом редакционных Советов многих журналов.

В 1996 г. получил премию РАМН им. В. М. Бехтерева за лучшую научную работу в области неврологии и психиатрии за монографию “Закивание”, премировался также в 1997, 2003, 2004, 2007, 2008 годах, и наконец, в 2009 г. получил национальную премию лучшим врачам России “Призвание” — “За создание нового направления в медицине”.

\* \* \*

Природа щедро одарила Виктора Маркова не только на редкость привлекательной внешностью и удивительным, богато модулированным голосом, непосредственным личным обаянием, но и умением располагать к себе нестандартной непринужденной

## **Виктор Маркович Шкловский**

манерой общения на равных, даже с самыми именитыми людьми, что особенно восхищало зарубежных гостей. Его незаурядные артистические способности, парадоксальным образом не сложившиеся на театральном поприще, помогали всюду. Он смущался только своего дефектологического образования, но обладал прирождённым даром психотерапевта, чуткой отзывчивой натурой. Это открывало ему все двери и редкие возможности, которые он сумел превратить в достойнейшее дело — создание уникального Центра восстановление речи, действительно, грандиозного предприятия. Вместе с этим своим созданием он сам вырастал, как неисчерпаемо продуктивная творческая личность, высоко ценимая профессионалами.

На моей памяти, как в 1970-е годы, В.М., не считаясь ни с чем, боролся со ставленником А. А. Портно-

ва полковником Зухарем, развалившим уникальную экспериментально-патопсихологическую лабораторию Б. В. Зейгарник. Ставяясь вовлечь меня в орбиту своей деятельности, приглашал на свои впечатляющие сеансы групповой психотерапии, демонстрируя незаурядный талант использования трансовых методик, надеясь на помочь в объяснении их терапевтического эффекта. Под его началом уже был небольшой талантливый коллектив во главе с Анатолием Добровичем, — он умел подбирать творческих сотрудников. Спустя многие годы он пригласил меня, чтобы показать свой Центр, хотя не упускал случая всякий раз подтрунивать с трибуны над моим правдолюбием в современной действительности.

Таким был этот блестящий организатор, чуткий ко всему новому и творческому.

*Ю. С. Савенко*

## РЕКОМЕНДАЦИИ

---

---

*Шелер Макс.* Мысли о политике и морали. — М., 2020.

*Франк С. Л.* Полное собрание сочинений. Т. 3: 1908 – 1910. — М., 2020.

*Асад Т.* Возникновение секулярного. — М., 2020.

*Визгин В. П.* Наука в ее истории. Взгляд философа. — М., 2020.

*Аkker van ден Р., Гибсон Э., Вермюлен Т.* Фигуры философии. Метамодернизм. — М., 2019.

\* \* \*

*Сирлз Дэмион.* Герман Роршах, его тест и сила видения. — М., 2020.

*Фриши Макс.* Опросник. — Берлин — Ульяновск, 2019.

*Буковски Чарльз.* О пьянстве. — М., 2020.

*Дэнннет Д.* Насосы интуиции и другие инструменты мышления. — М., 2019.

*Монтгомери Сай.* Душа осьминога. — М., 2018.

*Вулф М.* Пруст и кальмар. Нейробиология чтения. — М., 2020.

\* \* \*

*Каган В. Е.* Смыслы психотерапии. — М., 2020.

*Левин О. С.* Диагностика и лечение когнитивных нарушений и деменции в клинической практике — М., 2019.

*Поллан М.* Мир иной. Что психоделика может рассказать. — М., 2020.

*Микулис К., Хэд Т.* Справочник по неврологии Неттера. — М., 2019.

*Рокамм Р.* Цветной атлас по неврологии. — М., 2019.

\* \* \*

*Зимин Дмитрий.* От двух до ... — М., 2020.

*Рива Мария.* Жизнь Марлен Дитрих, рассказанная ее дочерью. — М., 2020.

*Груи Х.* Новые записки Хендрика Груи из амстердамской богадельни. — М., 2020.

\* \* \*

*Шпенглер Освальд.* История и политика. — СПб., 2020.

*Аксенов Владислав.* Слухи, образы, эмоции. — М., 2020.

*Эппле Н.* Неудобное прошлое. Память о государственных преступлениях в России и других странах. — М., 2020.

*Кантор Юлия.* Прибалтика 1939 – 1945. — М., 2020.

*Зыгарь М.* Все свободны. История о том, как в 1996 г. в России закончились выборы. — М., 2020.

\* \* \*

*Образцова Елена.* Любовь и музыка неразделимы. Беседы с Алексеем Паринным. — М., 2019.

*Ходж С.* Главное в истории искусств. — М., 2019.

*Сталкер Н.* Япония. История и культура. — М., 2020.

*Березанская М.* Семь пальцев Марка Шагала. — М., 2020.

*Обухова-Зелинская И.* Юрий Анненков. Портреты сквозь время. — М., 2020.

\* \* \*

*Платонов Андрей.* Сочинения. Т. 4 (в 2 кн.). 1928 – 1932. — М., 2020.

*Шраер Максим.* Антисемитизм и упадок русской деревенской прозы. Астафьев, Белов, Распутин. — СПб., 2020.

# ABSTRACTS

---

---

## TO THE THEORY OF PSYCHIATRY. GOING FORWARD, YOU NEED TO CONSTANTLY LOOK BACK (part 6)

*Yu. S. Savenko*

In the next part of the article, it is shown that N. Vavilov's law of homological series is a productive example of similarity for many other subject areas of different levels, coverage and scale, if you do not mix the concepts of analogy and homology, taking into account also clear boundaries of adequate application. The concepts of "field", "development plan", "archetype", etc. are of the same metatheoretical character. The long history of their rejection was associated with the ideologization of science, the mixing of the ideal (deductive, theoretical) and real (inductive-empirical) approaches, while the mathematical theory fractals did not show their universality in nature and the conventionality of our analytical concepts. But working theories of psychiatry will inevitably be fragmented.

**Key words:** theory of psychiatry, concepts of "homology" (similarity), "field", "development plan", "language", fractals, chaos.

## URGENT ISSUES OF RELATIONSHIPS OF PSYCHIATRY AND ART

*Yu. I. Polischuk*

The inertia of biological reductionism in the form of a biomedical model of mental disorders has been noted in Russian psychiatry to this day. The humanitarian foundations of psychiatry are not given due attention, which negatively affects the theory and practice of prevention of mental disorders, psychosocial therapy and psychosocial rehabilitation of the mentally ill. Currently, there is a need for a holistic, integrative, biopsychosocial-spiritual approach to the diagnosis, treatment and prevention of mental disorders based on the union of biological and humanitarian sciences.

**Key words:** biological reductionism, humanitarian foundations of psychiatry, integrative approach in psychiatry.

## MONEY AND POWER IN THE SPACE OF PSY-CULTURE MARKET

*N. A. Zorin*

The aim of the work is to show the economic mechanisms of development and transformation of knowledge and activities in the field of psycho-culture (medicine, psychology, psychoanalysis, etc.) — mechanisms of redistribution of wealth and power. Many activities, often created centuries ago, still exist today, primarily because they ensure the material well-being of their practitioners. Some of them exist only for this reason and, sometimes,

only for this purpose. Individual mechanisms of market space formation, ideology and personal aspirations of the process participants are considered.

**Key words:** Psy-Culture, psychotherapy, psychoanalysis, market, money, power.

## PATIENT'S RIGHT TO RECEIVE COPIES OF MEDICAL DOCUMENTS (continuation)

*Yu. N. Argunova*

The procedure and terms for providing patients with medical documents (copies) and extracts from them, approved by the order of the Ministry of Health of Russia dated July 31, 2020 No. 789n, are considered. It is emphasized that the established procedure, incl. in terms of issuing a copy of a medical card, in full without any conditions, exemptions or restrictions, applies to patients of the psychiatric service. It is pointed out that this normative act is inconsistent with the Federal Law of July 31, 2020 No. 271-FZ, which amended Part 2 of Article 22 of the Federal Law "On the Fundamentals of Health Protection of Citizens in the Russian Federation" in relation to the rights of legal representatives of minor patients who have reached the age established by part 2 of article 54 of the said federal law.

**Key words:** patient's rights, issue of copies of medical documents.

## EPIDEMIC "PTSD-20" IN THE REPUBLIC OF BELARUS: TIME "H" FOR THE PSYCHOTHERAPISTS

*F. B. Plotkin (Minsk, Belarus)*

The current situation in the Republic of Belarus related to the disproportionate use of violence by law enforcement agencies against peaceful demonstrators is briefly described. There are well-grounded concerns about the possible increase for this reason in the number of patients with post-traumatic stress disorder (PTSD). The opinion of some scientists about the reasons for the natural cruelty of certain representatives of Homo sapiens is mentioned. The historical background of the formation of the term PTSD is indicated. Briefly describes some of the symptoms of the disease. The opinion on the need to take emergency measures to ensure access of the considered category of patients to qualified and specialized care is substantiated. The level of qualifications of specialists in the field of mental health care is discussed.

**Key words:** Republic of Belarus, peaceful demonstrations, law enforcement, violence, post-traumatic stress disorder, psychotherapy.