

ISSN 1028-8554

НЕЗАВИСИМАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ АССОЦИАЦИЯ РОССИИ
INDEPENDENT PSYCHIATRIC ASSOCIATION OF RUSSIA

**НЕЗАВИСИМЫЙ
ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ**

**INDEPENDENT
PSYCHIATRIC
JOURNAL**

**ВЕСТНИК НПА
IPA HERALD**

I

2021

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 15.03.2021. Подписано в печать 22.03.2021. Формат 60×84 1/8.
Бумага типографская офсет № 1. Гарнитура “Таймс”. Печать офсетная.
Заказ № 2021-1-ИРА.

Цена свободная

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

© НПА России, 2021

СОДЕРЖАНИЕ

Владимир Викторович Ковалев. Научное наследие — Ю. С. Шевченко, Е. В. Корень	5
30 лет борьбы за снятие в Уставе общества психиатров подотчётности Минздраву	10
30-летие Независимого психиатрического журнала	13
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ	
Обратная сторона морали психиатрии XXI века — А. А. Шмилович	15
К теории психиатрии. Идя вперед, нужно постоянно оглядываться назад. Часть 7 — Ю. С. Савенко	18
Приоритетная вакцинация от COVID-19 людей с тяжелыми психическими расстройствами — Марк де Херт, Виктор Мазерель, Йохан Детро, Кристоф Ван Аше (Бельгия)	21
Пандемия социальной изоляции? — Джулиана Холт (Прово, штат Юта, США)	22
Посттравматическое стрессовое расстройство после пандемии COVID-19 — Нейл Гринберг, Лаура Раферти (Лондон)	24
Возникновение когнитивных нарушений после COVID — Карен Ритчи (Монпелье, Париж, Эдинбург), Дэнис Чан (Лондон)	26
Деньги и власть в рыночном пространстве пси-культуры (часть 2) — Н. А. Зорин	28
КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ	
Параноидная шизофрения с сенсорными автоматизмами — А. А. Шмилович, А. И. Толмачева	35
ПСИХИАТРИЯ И ПРАВО	
Представительство медицинской организации в судебном заседании по делам о недобровольной госпитализации — Ю. Н. Аргунова	56
ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА	
Первая совместная экспертиза (11.03.1990)	60
Шаман опасен? Чем? — Эзотерическими действиями? И для кого? — Для окружающих?	61
ОТКЛИКИ, ОБСУЖДЕНИЯ	
Психиатрия Гения места (часть 3) — Е. Б. Любов	63
О термине “шизофрения” — Б. Н. Пивень (Барнаул).	72
ИСТОРИЯ	
Ойген Блейлер — жизненный путь выдающейся личности (часть 2) — Д. Хелл, К. Шарфеттер (Цюрих, Швейцария)	73
ХРОНИКА	
Откровенные признания	81
Предстоящее сокращение психиатрии	81
“Главное — показатели!”	81
“Может быть, правозащитники в самом деле сумасшедшие?”	82
Тревожная информация	82
Заключительный этап региональных семинаров НПА России по мониторингу психиатрических стационаров	83
Взаимодействие ОНК и сотрудников психиатрических стационаров: что важнее — безопасность или соблюдение прав человека?	85
День прав человека — в психиатрической больнице	88
ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ТВОРЧЕСТВО	
К 100-летию расстрела великого Поэта	89
НЕКРОЛОГИ	
Тарас Николаевич Дудко	92
Елена Феликсовна Мазина	93
Аркадий Липович Шмилович	94
РЕКОМЕНДАЦИИ	96
АННОТАЦИИ	97

CONTENT

Vladimir Viktorovich Kovalev: scientific heritage — Yu. S. Shevchenko, E. V. Koren	5
30 years of struggle to remove accountability to the Ministry of Health from the Charter of the All-Union Society of Psychiatrists	10
30th Anniversary of the Independent Psychiatric Journal	13
AUGENT PROBLEMS OF PSYCHIATRY	
The reverse side of the morality of psychiatry in the XXI century — A. A. Shmilovich	15
To the theory of psychiatry. Going forward, you need to constantly look back. (Part 7) — Yu. S. Savenko	18
Prioritizing COVID-19 vaccination for people with severe mental illness — Marc de Hert, Victor Mazereel, Johan Detraux, Christoph Van Assche (Belgium)	21
A pandemic of social isolation? — Juliana Holt (Provo, Utah, USA)	22
Post-traumatic stress disorder in the aftermath of COVID-19 pandemic — Neil Greenberg, Laura Raferty (London)	24
The emergence of cognitive COVID — Karen Ritchie (Montpellier, Paris, Edinburgh), Denis Chan (London)	26
Money and power in the space of psy-culture market (part 2) — N. A. Zorin	28
DISCUSSION OF A CLINICAL CASE	
Paranoid schizophrenia with sensory automatisms — A. A. Shmilovich, A. I. Tolmacheva	35
PSYCHIATRY AND LAW	
Representation of a medical organization in a court hearing in cases of involuntary hospitalization — Y. N. Argunova	56
FROM THE EXPERT'S DOSSIER	
First joint examination (11.03.1990)	60
Is the Shaman dangerous? Why? — Esoteric actions? And for whom? — For those around him?	61
DISCUSSIONS, REVIEWS	
“Genius loci” psychiatry (part 3) — E. B. Lyubov	63
About the term “schizophrenia” — B. N. Piven (Barnaul)	72
HISTORY	
Eugen Bleuler — the life of an outstanding personality (part 2) — D. Hell, K. Sharfetter (Zurich, Switzerland)	73
CHRONICLE	
Frank confessions	81
The upcoming cut in psychiatry	81
The main thing is the indicators!	81
Are human rights defenders really crazy?	82
Alarming information	82
The final stage of the IPA regional seminars on monitoring psychiatric hospitals	83
Interaction between PMCs and employees of psychiatric hospitals: which is more important — safety or respect for human rights?	85
World Human Rights Day — in a mental hospital	88
PSYCHOPATOLOGY AND CREATIVINESS	
To the 100th anniversary of the execution of the great Poet	89
OBIUTUARIES	
Taras Nikolaevich Dudko	92
Elena Feliksovna Mazina	93
Arkady Lipovich Shmilovich	94
RECOMMENDATIONS	96
ABSTRACTS	97

ВЛАДИМИР ВИКТОРОВИЧ КОВАЛЕВ: научное наследие

Ю. С. Шевченко¹, Е. В. Корень²

Анализируется научный вклад в мировую детскую психиатрию проф. Владимира Викторовича Ковалева — директора Московского НИИ психиатрии и зав. кафедрой детской психиатрии, главного детского психиатра СССР, эксперта ВОЗ. Придя на смену корифею мировой педо-психиатрии Груне Ефимовне Сухаревой, основавшей в 1935 году первую в СССР кафедру детской психиатрии в Центральном Институте усовершенствования врачей, В. В. Ковалев разработал ряд принципиальных положений психического дизонтогенеза, семиотики психических расстройств детского возраста, общей и детской психопатологии, клиники и динамики пограничных состояний, нозологической классификации психических расстройств и прочно вошел в менталитет русскоязычных специалистов в области психического здоровья. В. В. Ковалев создал собственную успешную клиническую школу.

Ключевые слова: психиатрия детского возраста, динамика невротозов; системные невротические и невротоподобные состояния; “патохарактерологические реакции и формирования личности”, “пограничная интеллектуальная недостаточность”.



Обращаясь к славным страницам истории отечественной медицины, нельзя не остановиться на имени Владимира Викторовича Ковалева (1928 – 1993). В кризисное для нашей специальности время имеет смысл еще раз оценить тот вклад, который внес этот замечательный врач, исследователь, педагог, органи-

¹ Кафедра детской психиатрии и психотерапии ФГБОУДПО Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования.

² Московский научно-исследовательский институт психиатрии — филиал ФГБУ “НМИЦ ПН им. В. П. Сербского” Минздрава России.

затор, зав. кафедрой детской психиатрии, директор Московского НИИ психиатрии, главный детский психиатр СССР, эксперт ВОЗ, в развитие отечественной и мировой психиатрии.

Каждый аспект деятельности этого выдающегося человека достоин отдельного рассмотрения; мы остановимся лишь на одном из них, сугубо научном. Актуальность обращения именно к нему обусловлена тем, что, с одной стороны, труды В. В. Ковалева, блестящего методолога, наряду с Г. Е. Сухаревой и О. Д. Сосюкало, буквально олицетворяющего отечественную детскую психиатрию, сейчас, через 28 лет после его кончины, все реже и реже цитируются, хотя изложенные в них мысли даже в наше атеоретически-прагматическое время вполне находят свое продолжение и могут породить новые идеи. С другой стороны — многие теоретические положения, высказанные им в качестве концепций, вошли в менталитет современных клиницистов и исследователей как не имеющие автора, само собой разумеющиеся истины.

Профессором В. В. Ковалевым написано около 300 научных работ, в том числе монографии “Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков” и “Психические нарушения при пороках сердца”. Под его руководством и с доминирующим авторством вышло два неидентичных издания руководства “Психиатрия детского возраста”, причем последнее издание было напечатано уже после смерти Владимира Викторовича. Наиболее значимыми в научном отношении признаются труды В. В. Ковалева, посвященные проблемам общей психопатологии, соматопсихиатрии, психиатрии пограничных состояний (невротозов, психопатий, патологических развитий личности и др.), а также психиатрии детского и подросткового возраста.

В числе работ В. В. Ковалева в области общей психопатологии: разграничение непатологических и



Профессорско-преподавательские циклы 80-х годов. Все давно профессора и доценты. Это школа В. В. Ковалева

патологических форм девиантного поведения; возможность перехода первых во вторые; соотношение статики и динамики пограничных состояний; проблемы психосоматических и соматопсихических взаимодействий; трансформация психогенеза в патогенез при психических заболеваниях; роль инстинктивных основ индивидуальной и социальной активности человека; принципы терапии на разных этапах динамики психических заболеваний; вопросы соотношения клинического и функционального диагноза [1].

Несомненным вкладом в общую психопатологию является разработанная В. В. Ковалевым на основе приложения к клинике идей эволюционной физиологии, психологии и психиатрии, концепция негативной и продуктивно-дизонтогенетических синдромов, которая существенно дополняет классические положения о негативных и продуктивных синдромах Джексона-Эйя эволютивным компонентом [2].

Исследования В. В. Ковалева внесли новые данные в психопатологию ряда синдромов и симптомов психических заболеваний, прежде всего корсаковского (амнестического) синдрома, синдромов сверхценных образований, страхов. В частности, благодаря его работам и исследованиям его учеников получил свое четкое психопатологическое обоснование “невроз страха” (с облигатным синдромом сверхценного содержания), который до того нередко идентифицировался с “фобическим неврозом” или “неврозом навязчивых страхов”, а по сути является одной из “невротических форм реактивных состояний”. Последние (соответствующие, с одной стороны, классической триаде реактивных состояний К. Ясперса, а с другой — изначально протекающие на допсихотическом, невротическом уровне) описываются в настоящее время в контексте посттравматических стрессовых расстройств (наряду с “депрессивным” и “ипохондрическим” неврозами).

Важное теоретическое значение для трактовки патогенеза многих психических заболеваний имеет сформулированная В. В. Ковалевым в 70-е годы, объ-

единяющая структурные и функциональные формы нарушения развития, концепция психического дизонтогенеза, которая позволяет понять механизмы многих психопатологических синдромов и симптомов с позиций нарушения развития и созревания нервно-психических функций. Отнесение многих форм психической патологии: умственной отсталости, психического инфантилизма, психопатий, системных расстройств (заикания, энуреза, энкопреза, тиков), элективного мутизма, патологических привычных действий и др. к проявлениям психического дизонтогенеза различной природы позволяет уточнить критерии дифференциальной диагностики и пересмотреть принципы их терапии.

При этом крайне важным для уточненного диагноза представляется подразделение дизонтогенетических синдромов на первичные (наследственно-конституциональные) и вторичные, обусловленные нарушением нормального формирования психических свойств, функций и компонентов личности под влиянием психогенного, органического расстройства или эндогенного процесса. Отсутствие подобной дифференциации сходных расстройств разной этиологии и в действующей, и в ожидаемой Международной классификации обуславливает “сваливание” их в общую диагностическую кучу единого “спектра”.

С этих позиций становится очевидным, что разработка стандартов лечения психических расстройств на основании атеоретичной, упрощенно-синдромально ориентированной, чисто конвенциональной Международной классификации болезней может принести больше вреда, чем пользы. Об этом, еще в середине прошлого века предупреждала Г. Е. Сухарева, а Владимир Викторович придерживался той же точки зрения и отстаивал её на всех уровнях. Тогда как подразделение тех или иных синдромов-болезней (того же энуреза, заикания, трихотилломании, клептомании, раннего детского аутизма, синдрома дефицита внимания и проч.) на первично-дизонтогенетический и вто-

рично-дизонтогенетический варианты, а последний, в свою очередь на психогенный (невротический, патохарактерологический) или энцефалопатический — резидуально-органический (неврозо- или психопатоподобный) позволяет успешно сочетать в терапии синдромальный и этио-патогенетический подходы.

Большое место в трудах В. В. Ковалева занимают работы, посвященные вопросам соматопсихиатрии [3]. Многолетние исследования психических нарушений при соматических заболеваниях подтвердили возможность сходного с эндогенными заболеваниями синдромогенеза и патокинеза затяжных соматогенных психозов, существенно дополнили представления о пограничных — неврозоподобных и психопатоподобных соматогенных нарушениях, способствовали уточнению характера сложных взаимоотношений между сомато-психическими и психо-соматическими расстройствами при хронических телесных страданиях.

Среди работ соматопсихиатрического направления особое место занимают публикации, в которых освещаются особенности психических нарушений у больных с приобретенными и врожденными пороками сердца и магистральных сосудов, а также изменения психического состояния после хирургического лечения пороков сердца, которые легли в основу первой в нашей стране монографии, посвященной этой актуальной и мало разработанной проблеме [4].

В указанной монографии и других работах, касающихся этой проблемы, дана всесторонняя клинко-психопатологическая характеристика психических нарушений у больных пороками сердца. Новым и важным не только для психиатрии, но и кардиохирургии, явилось всестороннее освещение динамики психических расстройств после неосложненного и осложненного хирургического лечения пороков сердца. Изучение клиники и патогенеза психических расстройств у больных пороками сердца позволило автору разработать рекомендации по профилактике и терапии этих состояний, что имело важное практическое значение.

В. В. Ковалевым впервые в отечественной литературе описана динамика восстановления психических функций у лиц, перенесших клиническую смерть и другие терминальные состояния [5]. На основании клинко-психопатологического изучения больных пороками сердца и другими формами кардио-васкулярной патологии, в том числе, перенесших операции на сердце и магистральных сосудах, В. В. Ковалев внес важный вклад в психопатологию гипоксических состояний.

Важное место в трудах В. В. Ковалева занимают многочисленные работы по проблемам пограничной психиатрии [6, 7]. В. В. Ковалевым впервые, еще в 60-е годы XX века обосновано общепринятое в настоящее время в психиатрии положение о закономерной динамике затяжных неврозов, которая складывается из 3-х этапов: 1) невротической реакции или

преневротических расстройств; 2) полиморфного невротического состояния; 3) невротического развития (формирования) личности. В настоящее время аналогичная закономерность динамики доказана и на других клинических моделях хронических психогенных расстройств — поведенческих, психосоматических, системных. Клиническо-динамическими исследованиями подтверждена его концепция о патохарактерологических развитиях (формированиях) личности “дефицитарного типа”, возникающих у детей с хроническими соматическими заболеваниями и инвалидизирующими физическими дефектами (в частности, с ДЦП).

Важное теоретическое значение имеет сформулированное В. В. Ковалевым положение о роли психического дизонтогенеза в происхождении невротических расстройств, которое также экстраполируется и на другие пограничные состояния. В. В. Ковалевым внесены существенные дополнения в критерии отграничения невротических и непроцессуальных неврозоподобных расстройств. Впервые выделены системные неврозоподобные нарушения: неврозоподобное заикание, тики, энурез, расстройства сна и др. и разработаны критерии их отграничения от внешне сходных психогенных расстройств — системных неврозов [8].

В результате изучения возрастного периода становления психопатий были существенно дополнены представления о закономерностях формирования разных типов психопатий. К сожалению, современная установка диагностировать все психопатии (расстройства личности) только после 18 лет приносит существенный вред как научной патохарактерологии, так и практической психопрофилактике.

“Психиатрия детского возраста” 1979-го и 1995-го годов [9, 10] является наиболее фундаментальным отечественным руководством для врачей по общей и частной психиатрии не только детского, но и подросткового возраста, а также принципов организации и совершенствования педопсихиатрической службы и междисциплинарных вопросов психогигиены и психопрофилактики [11].

В области общей психопатологии детского возраста принципиальное значение имеют сформулированные В. В. Ковалевым концепция психического дизонтогенеза с его основными типами: ретардацией, акселерацией, асинхронией и регрессом, а также теоретическое положение о возрастных этапах преимущественных форм нервно-психического реагирования, которое он продолжал развивать до конца своей жизни [12].

В своих последних лекциях и выступлениях Владимир Викторович уточнил суть первого уровня нервно-психического реагирования, характерного для детей первых трех лет жизни, и стал называть его не просто “сомато-вегетативным”, а сомато-вегетативно-инстинктивным, чем дал толчок для развития



С Груней Ефимовной Сухаревой

как психосоматического, так и этологического направления отечественной микропсихиатрии.

Указанные теоретические положения позволяют по-новому, с эволюционных позиций, подойти к трактовке симптоматологии психических заболеваний не только у детей и подростков. Они также способствуют пониманию возрастных (детско-подростковых) рудиментов различных психопатологических симптомов, наблюдающихся у взрослых больных. Это, безусловно, имеет не только теоретическое, но и практическое значение, в частности для раннего выявления и профилактики психических расстройств. Вообще, благодаря В. В. Ковалеву детская психиатрия в нашей стране достигла такого научного уровня, что стала одним из источников творческого развития своей *alma mater* — психиатрии общей.

В области частной психиатрии детского и подросткового возраста В. В. Ковалевым по существу впервые разработаны разделы о ситуационных патохарактерологических реакциях, психогенных патохарактерологических формированиях личности, системных резидуально-органических (непроцессуальных) неврозоподобных расстройствах, состояниях пограничной интеллектуальной недостаточности [13].

Им разработаны клиничко-психопатологические и социально-психологические критерии отграничения непатологических и патологических форм девиантного поведения у детей и подростков, что имеет значение не только для практической психиатрии, но и для коррекционно-воспитательной деятельности учреждений системы просвещения, профтехобразования и органов правопорядка [14 – 19].

Следует отметить, что исследования В. В. Ковалева широко известны не только в нашей стране, но и за рубежом. Его публикации в зарубежной печати, выступления на международных конгрессах и симпозиумах, участие в работе ВОЗ неизменно пользовались вниманием и поддерживали статус отечественной

психиатрической науки. В частности, в 1990 году на 4-м Ростовском симпозиуме по детской и подростковой психиатрии он провел сравнительный анализ классификационных систем психических заболеваний у детей и подростков, где представил и собственные взгляды на психиатрическую классификацию [20].

Совместно с О. Д. Сосюкало им была задолго до принятия МКБ-10 (с её многоосевой диагностикой, не нашедшей практического применения) предложена модель 4-х осевой классификации психических заболеваний детского и подросткового возраста, сохранявшая традиционный для российской школы этио-патогенетический подход. Указанная клиничко-диагностическая классификация включала: 1) патогенетически-динамическую ось; 2) патогенетически-уровневую ось; 3) этиологически-нозологическую ось; 4) клиничко-синдромологическую ось. В соответствии с 1-й осью (патогенетически-динамической) все психические расстройства у детей предлагалось подразделять на три группы:

а) патологические реакции и незрелые состояния; б) нарушения психического развития и эволютивные патологические состояния; в) болезненные процессы.

2-я ось (патогенетически-уровневая) все те же расстройства подразделяла на психотический (и приравненный к нему) и непсихотический уровни.

3-я ось (этиологически-нозологическая) позволяла отнести психические расстройства к тем или иным нозологическим формам (группам), например, шизофрении, эпилепсии, органическим заболеваниям головного мозга, соматогенным или психогенным заболеваниям.

4-я ось (клиничко-синдромологическая) определяла синдромальную форму того или иного заболевания, например простую, кататоническую, гебефреническую, параноидную форму шизофрении, клинические варианты неврозов (невроз страха, истерический невроз, невроз навязчивости, депрессивный невроз, астенический невроз и т.д.), тип психопатии.

Удивительно прозорливым было также предложение о введении критерия степени тяжести расстройства, которое явилось прообразом многомерного подхода в классификации, реализованного в предстоящей МКБ-11 в отношении личностных расстройств и расстройств аутистического спектра.

По воспоминаниям О. Д. Сосюкало, крайне примечательным идейным ответом на антинозологические тенденции в международной классификации, основанном на стремлении сохранения системных теоретических предпосылок для развития научной психиатрии детского возраста, стал их с В. В. Ковалевым выход из состава рабочей группы по разработке МКБ-10, позже воспроизведенный всемирно известным детским психиатром Майклом Раттером в отношении DSM-V.

В заключение следует отметить, что научный путь профессора В. В. Ковалева олицетворяет лучшие традиции отечественной медицины. Будучи учеником академика Василия Алексеевича Гиляровского и сотрудником академика Олега Васильевича Кербикова, профессор В. В. Ковалев долгие годы возглавлял кафедру детской психиатрии института усовершенствования врачей (ныне РМАНПО), основанную профессором Груней Ефимовной Сухаревой, а последние 15 лет жизни был одновременно директором Московского НИИ психиатрии (уникального научного учреждения). Не удивительно, что ему удалось не только продолжить начинания своих предшественников, развить их идеи, но и создать свою собственную научную школу, представители которой по сей день активно и плодотворно трудятся на благо российской психиатрии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Роль биологического и социального в происхождении, структуре и динамике психических заболеваний. // Соотношение биологического и социального в человеке. — М., 1975, с. 613 – 632.
2. Психический дизонтогенез как клиничко-патогенетическая проблема детского возраста. // Журнал им. С. С. Корсакова. — 1982, № 10, с. 71 – 77.
3. Соматопсихический и психосоматический аспекты депрессий у больных общесоматической практики. // Депрессии в общесоматической практике. Изд. МНИИ психиатрии, М., 1985.
4. “Психические нарушения при пороках сердца”. — М, 1974, 191 с.
5. Динамика психического состояния больных после кратковременной клинической смерти. // Вестник АМН, 1962, вып. 7, с. 17 – 22.
6. Некоторые общие закономерности клиники пограничных состояний у детей и подростков. // Журнал им. С. С. Корсакова. — 1972, № 10. с. 1520 – 1525.
7. Ковалев В. В., Асанова Н. К. Посттравматические стрессовые расстройства у детей и подростков вследствие стихийных бедствий и катастроф (вопросы семейной психотерапии). // Социальная и клиническая психиатрия. — 1992. — Т. 2. № 2. — С. 31 – 35.
8. Ковалев В. В., Шевченко Ю. С. Проблема неврозов и неврозоподобных состояний в свете современных представлений детско-подростковой психиатрии. Журнал им. С. С. Корсакова, 1991, 6: 127 – 130.
9. Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста. М., 1979. — 608 с.
10. Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста (руководство для врачей). М., “Медицина”, 1995. — 560 с.
11. Проблема факторов риска в возникновении нарушений психического здоровья и ее значение для профилактики. // Психогигиена детей и подростков. / Под ред. Г. Н. Сердюковской и Г. Гельниц. М., 1985. — с. 56 – 65.
12. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков”, М., 1985. — 288 с.
13. Boderline States of Intellectual Defficiency in Children. // Proc. of the 3-d Congress of JASSMD — The Hague, 1973- p. 103 – 108.
14. Клиническая динамика неврозов и психопатий. / Ред. В. В. Ковалев. — Л., 1967, с. 128 – 151.
15. О психогенных патологических формированиях (развитиях) личности у детей и подростков. // Журнал им. С. С. Корсакова, 1970, № 10, с. 1543 – 1549.
16. Неврозы и нарушения характера у детей и подростков. / Ред. В. В. Ковалев — М., 1973. — 57 с.
17. Ковалев В. В., Буторина Н. Е., Емельянов А. С., Леденев Б. А. Клиническая динамика некоторых конституциональных психопатий в период их становления. // Журнал им. С. С. Корсакова. — 1976, № 11. — с. 1687 – 1694.
18. Ковалев В. В. Основные психопатические синдромы у детей и подростков. Учебное пособие. — М., 1979. — 18 с.
19. Ковалев В. В. Социально-психиатрический аспект проблемы девиантного поведения у детей и подростков // Нарушения поведения у детей и подростков. — М., 1981. — с. 3 – 17.
20. Различные подходы к классификации психических расстройств в детском возрасте. // Журнал им. С. С. Корсакова. — 1982, № 10. — с. 71 – 77.
21. Ковалев В. В., Сосюкало О. Д. К совершенствованию систематики психических заболеваний у детей и подростков. // Журнал им. С. С. Корсакова. — 1984, Том 84, № 10. — с. 1506 – 1510.

От редактора. Выдающийся профессиональный вклад Владимира Викторовича Ковалева сочетался с его всегда активной гражданской позицией в качестве депутата, участника многих общественно значимых совещаний, выступлений, интервью в духе характерной для отечественной психиатрии традиции приоритета гуманного отношения к больным, организации их обустройства, трезвого клиницизма, высокой научной возыскательности, чуткости ко всему новому, смелого отстаивания профессиональной независимости и университетских свобод в отношениях с властью. Мне посчастливилось встретиться с ним впервые на рубеже 60 – 70-х годов, когда он, в качестве председателя Российского общества психиатров пригласил меня сделать доклад в Корсаковской клинике на заседании Общества о маскированных депрессиях, методическое письмо о которых я готовил, и сам обнаружил превосходное знание зарубежной литературы по этой теме и ее предыстории, и выразил солидарную с моим докладом позицию. Поэтому его поддержка в 1990 г. нашей Ассоциации была не случайной, а в 1992 г. мы вместе с ним так же солидарно выступали в Кельне на встрече с немецкими коллегами. За свою 60-летнюю профессиональную деятельность я вынес убеждение в необходимости для каждого начинающего психиатра хотя бы непродолжительного непосредственного опыта или хотя бы знакомства с работой детской психиатрической клиники. Тем более, что в этой сфере отечественная психиатрия добилась выдающихся взлетов мирового уровня вопреки препятствиям, чинимым чиновниками от психиатрии, что выразилось в ликвидации в 1995 г. двух суб-специальностей: детской и подростковой психиатрии — преступное в своей глупости решение. Благо, что Владимир Викторович не дождал до этого.

30 лет борьбы за снятие в Уставе общества психиатров подотчетности Минздраву

Показан исторический цикл попытки общества психиатров освободиться от полной зависимости от министерства здравоохранения, обреченной на поражение в условиях курса власти на тотальную централизацию, неэффективность которого порождает очередной цикл, подавляемый с помощью ГОНГО и самим устройством общества.

Ключевые слова: история психиатрии, общество психиатров и власть, вред централизации, вред ГОНГО.

Кажется невероятным, но было фактом, что даже в эпоху решительных перемен в руководстве профессионального сообщества сохранялись сторонники подотчетности *общественной научной организации* — общества психиатров — министерству здравоохранения, государственной управленческой структуре с совершенно другим порядком приоритетов и ценностей. Эта подотчетность была записана в Уставе Всесоюзного общества психиатров и касалась даже собственного руководства, состава редколлегии журналов Общества, и даже тематики съездов и конференций.

Между тем, на VI съезде психиатров и наркологов РСФСР в октябре 1990 года в Томске вновь переизбранный председателем правления Российского общества психиатров проф. В. В. Ковалев выступил с осуждением псевдонаучных и антипсихиатрических взглядов, телесуггестии, разрешенной Минздравом, и **полной зависимости общества психиатров от Минздрава**, а также необходимости внесения в Устав общества статьи о сотрудничестве с независимыми психиатрическими организациями. С аналогичной и наиболее решительной позицией выступил **главный психиатр Москвы проф. В. А. Тихоненко**, который предложил развернутую программу практических действий в правовой, образовательной, научной, хозяйственно-предпринимательской деятельности, организацию общественных дискуссий, открытия общественных приемных, свободы международных связей, а главное — **независимости от Минздрава с правом вето на его приказы**.

Наконец, пленумы Всесоюзного общества психиатров (ВОП) сентябре 1990 г. в Челябинске и в мае 1991 г. в Москве показали, что наряду с достойным большинством коллег во главе с директором Московского НИИ психиатрии проф. В. В. Ковалевым и директором Психоневрологического института им. В. М. Бехтерева М. М. Кабановым, открыто выступившим, так же как НПА России и Ленинградская психиатрическая ассоциация (Ю. Л. Нуллер, В. А. Точилов), против такой подчиненности, психиатрическое руководство не только Минздрава (В. Ф. Егоров, А. С. Карпов, А. А. Чуркин), но даже самого ВОП в лице его председателя Н. М. Жарикова и председателя Этической комиссии В. П. Белова, представителей Института судебной психиатрии им. В. П. Сербского и ди-

ректора ВНИЦПЗ акад. М. Е. Варганяна, продолжали отстаивать советскую вертикаль, освобождающую их от ответственности, предавая собственную профессию, коллег и незащитных больных. С полной наглядностью это проявилось, когда — в ходе горячей дискуссии об этом — на Челябинском пленуме представитель руководства психиатрической службы Минздрава В. Ф. Егоров отстранил председателя Пленума ВОП, совершенно беспомощного в этой роли Н. М. Жарикова, и жестко прямолинейным образом добился вместе с консервативной частью аудитории положительной оценки работы Президиума ВОП, вопреки активному требованию очередного съезда и предложению М. М. Кабанова избрать на пост председателя правления ВОП председателя Правления Российского общества психиатров проф. В. В. Ковалева. Даже у Н. М. Жарикова вырвалось: “Пленум превратили в министерское совещание, это нарушение”¹.

На Московском пленуме был предложен проект нового устава Всесоюзного общества психиатров, которое переименовалось в “Федерацию обществ психиатров и наркологов СССР” и в котором в несколько закамуфлированном виде сохранялась прежняя зависимость от Минздрава. При этом провалилась очередная неприглядная интрига против НПА России: спланированное руководством Пленума столкновение НПА и патронируемой Минздравом и ВОП квази-НПА обернулось неожиданным для них объявлением ее вице-президентом Н. А. Зориным о ее роспуске в связи с финансовыми злоупотреблениями ее руководства.

В 1993 г. Российское общество психиатров стало членом WPA, а Всесоюзное общество исключено в связи с ликвидацией Советского Союза. На Конгрессе WPA не был зачитан меморандум НПА о правопреемстве пяти Афинских условий для всех обществ СНГ.

¹ Эти судьбоносные для самого существования ВОП и редкие по остроте дискуссии на пленумах в Челябинске и Москве подробно описаны в первом выпуске НПЖ 1991 года (с. 45 – 53) (Все выпуски доступны на сайте НПА). Интерес представляет сравнение описания Челябинского пленума Ю. Л. Нуллером в Бехтеревском обозрении (1991, 1, 152 – 153) с нашим.

Так большая политика продолжала постоянно вмешиваться в психиатрию на уровне кулуарных договоренностей дипломатов, наивных с американской стороны в силу их ставки на доверие к голословным заверениям и дезинформации относительно НПА. В результате Всемирная, Американская и Германская психиатрические ассоциации, а всего 18 президентов на региональном симпозиуме WPA в Кельне (03.10.1993) за два дня до драматических событий в Москве заняли пассивную выжидательную позицию в отношении призыва НПА поддержать курс реформ в России.

Сейчас достаточно открыть очередное монументальное трехтомное издание “Истории отечественной психиатрии” Ю. А. Александровского (2013, 2020), чтобы увидеть, как она излагается этим на редкость информированным автором, знающим ее подноготную. Компактное изложение им этой истории в третьем томе (стр. 828 – 837) представлено в *“Хронологическом указателе основных событий в истории отечественной психиатрии (XVIII–XXI вв.)”* с 1706 по 2019 годы. Автор обходится без периодизации, без каких-либо выделений ключевых событий, без привязки к научным и общественно-политическим событиям. Мало того, в качестве **“основных событий в истории отечественной психиатрии”** преподносятся не научные, и не практические клинико-терапевтические достижения психиатрии, не формы ее самоорганизации, не поляризация позиций внутри профессионального сообщества, а высочайшие постановления царской и советской власти. Что касается **постсоветской эпохи, то это фактически перечень министерских приказов** с умалчением их часто разрушительных последствий (например, ликвидации суб-специальности детского и подросткового психиатра). Не случайно и символично, что хронологическая таблица заканчивается на “2019 г. 150-летием со дня открытия Казанской окружной лечебницы Во имя Божьей Матери Всех Скорбящих”. А надо знать, что именно эта больница была единственной в Российской империи, специально предназначенной для “политических”, остающейся центральной и наиболее крупной в советские времена, а в постсоветские была в 2014 г. признана Европейским судом по правам человека сохраняющей пыточные условия содержания, подтвержденные Европейским комитетом по предупреждению пыток, что не мешало получить ей в том же году премию РОП. Это очень смелое со стороны автора завершение хронологии.

Отрадным исключением является упоминание, что 1991 г. ознаменовался организацией в Ростове-на-Дону первого внебюджетного центра по лечению психически больных “Феникс” А. О. Бухановского, с 1996 г. активного члена НПА России.

Однако старательно обходится молчанием организация в 1989 г. НПА России и принятие ее в WPA,

хотя это первый опыт самоорганизации психиатров по собственной инициативе, а не указке сверху, так же как умалчение о первом независимом журнале, первом независимом сборнике научных работ, первых независимых психиатрических экспертизах, в частности первая совместная с участием А. С. Тиганова, Б. Д. Шостаковича, В. Ф. Матвеева (11.03.1990)², первых многодневных образовательных семинарах, первого российского симпозиума на съезде Американской психиатрической ассоциации и очень многого другого за 30 лет деятельности. Эта нетерпимость к профессиональной самоорганизации без санкции и опеки Минздрава, и самому именованию “независимой”, попытки подменить НПА марионеточными организациями, разгром возобновившихся было Пироговских съездов, ограничение деятельности Национальной медицинской палаты, создание многочисленных квази-общественных организаций и, наконец, умалчение о разрушительном характере реформы оптимизации психиатрической службы... показывают возвращение к централизации управления, которую — как и многое другое — просто начали называть по новому.

Очень характерно, что у нас выражение “кто платит, тот заказывает музыку” не случайно понимается однозначно буквально, без всякой иронии. Хотя такое понимание характеризует и тебя, и режим, при котором живешь. Критическое сознание пробудилось у меня не в 6-летнем возрасте, когда я возмущился максимальной любимой тетюшкой: “старшие всегда правы”, а когда прочел в школьном учебнике, что Шамиль был английским шпионом, так как это надо было повторять, а он был для меня героем. Это та же логика, по которой Ленин был немецким шпионом. Эта “логика” выродилась в метку врага, так до сих пор повторяется, что английским шпионом был и Л. Берия, а нынешние критики власти — это “иностранные агенты” или даже точнее — “агенты ЦРУ”. По той же “логике” с давних пор первый вопрос: “на чьи деньги?”, а бюджетное финансирование Минздрава должно быть средством манипулирования. Но громоздкая бюрократическая отчетность не уберегает от грандиозного масштаба коррупции, тогда как благотворительность наиболее высокой пробы анонимна и не требует отчетности. Она предоставляет свободу действий, опираясь на доверие к репутации. Бюджетное финансирование не вправе диктовать его профессиональное использование, ограничиваясь целевыми заказами.

Я помню, какое сильное впечатление произвела еще в советские времена книга сына знаменитого сахарозаводчика-эмигранта Терещенко “Эффект мелочей”, а в ней — **роль честного слова** в экономической жизни страны, устранившая бумажный вал, это

² “Пути обновления психиатрии (материалы III съезда НПА под ред. Ю. С. Савенко) — М., Inter Mechanics, 1991, 48 – 49. Републикация в этом выпуске НПЖ, стр. ...

роль репутации, роль доверия. Как недавно напомнил Сергей Гуриев (21.01.21 на “Эхе Москвы”), и сегодня подтверждено, что наличие доверия повышает экономическую эффективность до 70 %! А психиатрам уже больше века известно, что аномия, т.е. потеря доверия и уважения к государственным институциям резко повышает уровень суицидов и является признаком тотальных кризисов. Размах вранья госпропаганды не уступает тоталитарным режимам, но лишен их эффективности в силу отсутствия государственной идеологии, индоктринация которой превосходит все научно разработанные изыски информационно-психологической войны. Арсенал этих средств такой же, как в психотерапии, но с диаметрально противоположными целями, а — главное — с принципиально другой коммуникацией.

Формирование одномерного мышления, одномерных людей в духе оптимизации по одному знаменателю: экономический редукционизм, политический редукционизм, либо социологический, биологический, психологический, идеологический, т.е. все эти формы релятивизма могут быть уподоблены радости от сборки одной грани кубика Рубика, забыв или презрев другие. Из этого следует неизбежность краха или грубого уродства, и мы видим изгнание “химеры совести”, виновности, милосердия, великодушия, т.е. этики. Как многое другое, она выхолощена, осталась маскарадным костюмом, муляжом, актерским реквизитом. Это противоестественно человеческой природе и чревато неизбежной контрреакцией.

Подводя итоги поднятой проблематики, в связи с юбилеем ее славного начала, кратковременного существования (1988 – 1995) и полного фиаско, акцентируем ее позитив — поучительность урока, понимание ошибок и мощный побудительный заряд. Многократно и ярко в самых разных сферах показано, что поражение полезнее побед. Так, полное уничтожение в результате войны промышленности — залог ее полного обновления. Более того, радикально избавиться от тоталитарного имперского режима возможно только ценой сокрушительного поражения, и то далеко не сразу. Так же, как неопровергаемые концепции бесплодны, так и победы обычно обеспечивают демобилизацию и застой.

Славное начало было положено открытой резкой критикой тотальной централизации управления службы психиатрической помощи, несмотря на ее очевидную, давно выясненную неэффективность и необходимость децентрализации, детально аргументированной у нас Павлом Якобием (“Основы административной психиатрии”, 1900) и опытом земской медицины. Курс на децентрализацию и отказ от “пирамиды власти” провозгласил и первый постсоветский министр здравоохранения выдающийся Врач акад. А. И. Воробьев (НПЖ, 2020, 3, 75 – 76), но старый аппарат Минздрава был враждебен этому и спустя год избавился от реформатора.

Между тем, дело состояло в соблюдении границ компетенции Минздрава, двух профессиональных общероссийских обществ — членов WPA и, конечно, всех региональных, а также общественных организаций пациентов и их родственников, вместо совмещения многочисленных разнородных подолгу несменяемых постов, что смазывало проблемы многообразных ракурсов рассмотрения. Каждая из трех основных численно разновеликих, но требующих взаимопонимания структур: 1) профессиональная организация врачей, научных и вузовских сотрудников, объединяющих субструктуры по субпрофессиям и по регионам (РОП), а также 2) самоорганизацию профессионалов по наиболее остро актуальной тематике (НПА России, как обладающая общероссийским статусом и член WPA, а также ряд региональных в Санкт-Петербурге, Томске, Ростове-на-Дону и др.) и 3) профильные управленцы Минздрава — наряду с собственным ракурсом рассмотрения, необходимым образом нуждаются в двух других, так как -абсолютизируя собственный взгляд на проблемы — обрекают их на деструктивный или тупиковый путь.

В течение многих лет НПА России призывала РОП отказаться от просящего тона обращений к власти в силу нашего полного права и необходимости требовательного тона в отношении предмета нашей профессии и наших больных. Однако даже разрушительная реформа “оптимизации” психиатрической службы и вынужденная необходимость пренебрегать даже элементарными приличиями не поколебали сервильности руководства государственной психиатрии.

Приводим достойный пример, опубликованный 12.01.21 в “Троицком варианте — Наука”. Несмотря на критический отзыв председателя Комиссии РАН вице-президента РАН акад. А. Р. Хохлова на законопроект о просветительской деятельности, Государственная Дума 23.12.20 приняла его в первом чтении. Это вызвало публикацию “Декларации ученых и популяризаторов науки”, в которой о законопроекте говорится: *“Этот документ создает правовую базу для лицензирования и иных способов регламентации любой просветительской деятельности. Налицо опасная попытка государства взять под контроль распространение знаний, которая может иметь крайне тяжелые последствия для развития науки, культуры и технологий в нашей стране... Просветительство и популяризация науки — это наш профессиональный и гражданский долг, на выполнение которого мы не намерены спрашивать чье-либо разрешения. Сама постановка вопроса о лицензировании или иной регламентации просветительской деятельности со стороны государственных структур глубоко оскорбительна для нас. Руководствуясь ст. 29 Конституции РФ, гарантирующей нам свободу слова и отсутствие цензуры, мы заявляем, что в случае принятия законопроекта № 1057895-7:*

- *мы продолжим заниматься просветительской деятельностью, не признавая правомочности тех ограничительных мер, которые могут быть введены на основе этого закона;*

- *мы не будем обращаться за каким-либо видом лицензии, если таковая будет введена законом или подзаконными актами;*

- *мы не будем предоставлять никаких заявок, никаких предварительных текстов выступлений или презентаций для согласования с государственными органами.*

Мы считаем глубоко порочной саму концепцию законопроекта № 1057895-7, которая не может быть улучшена отдельными поправками, мы требуем немедленного отзыва этого позорного законопроекта из Государственной Думы”.

На игнорирование своей аргументации против законопроекта акад. Алексей Хохлов откликнулся в

своем блоге в Фейсбуке напоминанием: «У нас получается как в бессмертной комедии А. С. Грибоедова: “Я князь Григорию и Вам фельдфебеля в Вольтеры дам, он в три шеренги вас построит, а пикните, так мигом успокоит”».

Нынешняя ситуация словно вернулась вспять: общепонятна символика председательства на съездах РОП министров здравоохранения или их помощников, так же как портрета президента, казалось бы, неуместного в кабинетах главных врачей психиатрических больниц с их собственной позицией, за исключением разве что главных психиатров и главных врачей ПБ спецтипа. В кабинете офиса НПА России только три портрета — В. Х. Кандинского, Ф. М. Достоевского и Карла Ясперса.

Ю. С. Савенко

30-летие Независимого психиатрического журнала

Независимый психиатрический журнал начал издаваться с конца 1991 года, когда возникло еще только несколько профессиональных журналов — “Социальная и клиническая психиатрия” и Бехтеревское обозрение — после длившегося фактически полстолетнего существования единственного Журнала им. С. С. Корсакова пополам с невропатологами.

В отличие от традиционных профессиональных журналов Независимый психиатрический журнал (НПЖ) позиционировал себя как герольда — Вестника Независимой психиатрической ассоциации России, — организации, никогда не претендовавшей на замену массового национального общества психиатров, а поставившей своей основной целью анализировать предпосылки и механизмы, позволившие осуществиться беспрецедентному по масштабу в истории мировой психиатрии использованию психиатрии в политических целях, предупреждать о них и бороться с ними.

Эта цель неизбежно охватывала не только весь массив психиатрии как науки и профессии, но также ее правовую основу и ее прежнюю полную огосударствленность: Всесоюзное общество психиатров работало просило Министерство здравоохранения разрешения на собственный состав и программу.

Указанные три кита обусловили стержневые рубрики журнала. Это: 1) “Актуальные проблемы психиатрии”, — прежде всего, воскрешение главного в нашей профессии — непредвзятого описания клинических фактов в их конкретном контексте, проблема-

тику психопатологической герменевтики и теории предмета психиатрии, подкрепляемые стенограммами клинических разборов и текстами “Из классического наследия”; 2) “Психиатрия и право”; 3) критические разборы конкретных СПЭ в “Из досье эксперта”; 4) “Отклики и дискуссии”; 5) “Психотерапия”; 6) “История психиатрии” и “Документы времени”, как важная составляющая любого предмета; 7) “Хроника” событий; 8) “Психопатология и творчество” и ряд других, вплоть до “Рекомендаций” литературы по смежным дисциплинам, искусству и художественной литературе, считая совершенно необходимым для психиатров наличие широкого культурного горизонта.

Издание журнала было нелёгким предприятием, были периоды, когда прерывался даже журнал им. С. С. Корсакова, наш журнал спасал энтузиазм, который не боялся его убыточности. А он, в отличие от журнала РОП и других психиатрических журналов, не имел возможности издаваться на средства рекламы психотропных препаратов, в чем нельзя не усмотреть административного ресурса в виде прозрачного намека фармакофирмам в отношении неуправляемого издания, высокий уровень доверия к которому в 1990-е годы, когда он издавался трехтысячным тиражом, казалось бы, должен был вызвать активный прилив такой рекламы. Теперь тираж 300 экземпляров, стоимость по каталогу взлетела в несколько раз, а библиотеки даже в НЦПЗ его не выписывали и приходилось прибегать к помощи личных распоряжений

директора Центра акад. А. С. Тиганова. Это отнюдь не естественная эволюция, так же как утрата журналом ВАКовского статуса под предлогом утери свидетельства о регистрации при очередной рутинной перерегистрации. Впрочем, это избавляет от наплыва работ исключительно для диссертаций. Зато титульная страница журнала РОП начинается с этого уведомления: “Журнал включен в рекомендованный ВАК РФ Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученых степеней доктора и кандидата наук”. ВАК — это плод советской власти, централизация руководства наукой вместо репутационной системы западных университетов. Аналогичную привилегию получил только Белгородский университет, утвердивший докторскую диссертацию Медынского, отвергнутую всем научным сообществом наших историков. Скандальную изнанку ВАКовской системы окончательно вскрыла программа “Диссернет”. Траектория тиражей НПЖ и его востребованности, как и самой ассоциации, и, конечно, состояние всего нашего предмета — тонкий индикатор происходящих в стране процессов, в силу чего, поначалу сенсационные, они в последнее десятилетие померкли перед действительностью, которую первые же уловили и испытали.

Выложенный на сайте Ассоциации полный комплект НПЖ за 30 лет — живая, честная без умолчаний картина истории отечественной психиатрии, вполне в духе ее прошлого — дореволюционного и советского — но и с глубинной прогрессивностью общей для мировой психиатрии.

В журнале были наиболее подробно описаны самые громкие судебно-психиатрические экспертизы — генерала Петра Григоренко, полковника Юрия Буданова, актера Филиппа Яловеги, дипломата Платона Обухова, серия процессов в антисектантскую кампанию под лживым предлогом “принесения грубого вреда психическому здоровью и деформации личности”, члена тольятинской мафиозной группировки, “русского Брейвика”, фигуранта Болотной площади Михаила Косенко и мн.др. с анализом манипуляции профессиональными данными.

Шаг за шагом прослежено сокращение прав специалистов и уничтожение состязательной экспертизы, т.е. утрата ею независимости, как и во все более грубой форме осуществление “правления законами” вместо верховенства Права и проводимая заведомо провальная “оптимизация” здравоохранения.

Из классического наследия были впервые переведены и опубликованы ключевые работы Карла Яспер-

са “Бред ревности”, его “Философская автобиография” с откликами на критику и его “политическое завещание”, работа Э. Крепелина о регистрах, работы Курта Шнайдера, Й. Берце, Г. Груле, В. Майер-Гросса, А. Кронфельда, Х. Рюмке, Я. Вирша, Х. Лопес-Ибора/ст., К. Конрада, А. Крауса и др. Впервые переведена с французского работа Н. Н. Баженова и изъятая из “Избранных трудов” П. Б. Ганнушкина работа о рано найжитой инвалидности. В первых выпусках журнала были републикованы работы расстрелянных Н. П. Бруханского и В. А. Внукова. Была показана несостоятельность попыток полностью обелить И. А. Сикорского, Е. К. Краснушкина, А. В. Снежневского и др.

Отражена деятельность съездов Ассоциации, всякий раз посвященных наиболее актуальным и острым проблемам — пониманию феноменологического метода, проблеме психотического уровня, доказательной медицине, фундаментальной роли критики и анализа ошибок, антипсихиатрии, теории и философским основам психиатрии, проблеме доверия, праву, правам человека и этике в психиатрии, традициям отечественной психиатрии, стигматизации, взаимоотношению психиатрии и психологии.

Нельзя не воздать должное ушедшим членам редколлегии журнала: В. Г. Батаеву, С. С. Гурвицу, А. Ю. Магалифу, Г. М. Котикову, В. Н. Прокудину.

Итак, в настоящее время издается 7 журналов по широкой психиатрической проблематике (а также 8 монотематических и 4 региональных), но и среди них НПЖ выделяется, оправдывая свое именование, не только наиболее острой проблематикой и критической направленностью, но и заполнением пробелов отечественной психиатрии в отношении общепсихопатологической проблематики, включая конкретные клинические разборы, теоретические и философские вопросы психиатрии, компаративистской, интердисциплинарной, правовой и правозащитной проблематики с разбором конкретных СПЭ и др.

30 лет для такого журнала это исторический срок, ведь даже журнал П. Б. Ганнушкина и А. Н. Бернштейна “Современная психиатрия”, вышедший между двумя революциями (1907 – 1917), с которого мы брали пример, просуществовал только 10 лет, но стал памятником эпохи. Анализ содержания и роли вышедших в нашей стране психиатрических журналов еще предстоит и необходим, и тогда их роль продолжится и умножится.

Ю. С. Савенко

Обратная сторона морали психиатрии XXI века

А. А. Шмилович¹

Значительное изменение за последние 30 лет организации психиатрической помощи, арсенала терапевтических средств, картин психических расстройств и клинического мышления самих психиатров обнаружилось за внешне привлекательным передовым фасадом преобладание чужеродной медицине мотивации — “снижение финансового” и даже “интеллектуального бремени”. Показано, как эта изнанка уже карикатурит психопрофилактические новации, стандарты диагностики, сокращение экстренных госпитализаций и ранние выписки из стационара, широкое использование бензодиазепинов врачами общей практики и высоких доз типичных антипсихотиков психиатрами, а также улучшает статистику социальной реабилитации переброской финансового груза с медицинского ведомства на социальное.

Ключевые слова: тенденции развития психиатрии, двойная мораль современной психиатрии, социальная реабилитация психически больных, оптимизация психиатрии

Мораль — (лат. *Moralitas*, термин введен Цицероном от лат. *Mores* “общепринятые традиции”) — принятые в обществе представления о хорошем и плохом, правильном и неправильном, о добре и зле, а также совокупность норм поведения, вытекающих из этих представлений.

Такое определение “морали” дает нам Википедия. “Представления о добре и зле!” Как же двулики бывают добро и зло, как часто они мимикрируют и превращаются друг в друга. Сталкиваясь с добром, с достойным и самоотверженным деянием того или иного гуманиста, в том числе и врача-психиатра, всегда первым делом испытываешь истинное удовольствие, восхищаешься бескорыстностью и самоотдачей, душевной глубиной и героическим альтруизмом. Однако, так нередко бывает, что спустя некоторое время в эту бочку меда попадает ложка дегтя. Все переворачивается и мораль превращается в аморальность, добро в зло, “хорошее и правильное” становится “плохим и неправильным” (терминология Википедии). А все потому, что рано или поздно появляется возможность заглянуть на обратную сторону Луны и увидеть там облик этой “морали” без яркого фасада. Примеров тому масса. С этим сталкиваются юристы, педагоги, специалисты по социальной работе и психологи, эксперты, чиновники, кадровики, бухгалтеры и экономисты, политики и бизнесмены, писатели и актеры... и конечно же — врачи. Медицина и в первую очередь психиатрия, накладывает особенные требования к формированию моральных принципов. Как выдержать в психиатрии эти требования и не скатиться с од-

ной стороны в аморальность, а с другой в морализм? Вопрос, на который никогда не будет универсального ответа. Ответить на него может только сам врач-психиатр, для которого соблюдение принципов этики, деонтологии и морали являются не пустым словом, а важным и напряженным усилием.

Облик психиатрии XXI века претерпевает постоянную и глобальную трансформацию. Прежде всего, это связано со значительным изменением облика основных психических заболеваний.

Канули в лету brutальные психопатологические нарушения, встречавшиеся повсеместно еще 20 – 30 лет назад, — грубые кататоно-гебефренические расстройства, тяжелые труднокурабельные формы парафренических психозов, неистовое разрушительное и некупирующееся психомоторное возбуждение, ступорозные состояния, психотические формы прогрессивного паралича и т.п. Их место заняли пограничные психические нарушения с преобладанием неврозоподобной симптоматики, расстройств влечений, психосоматических эквивалентов и “масок”. Значительно расширилась и видоизменилась группа аффективных расстройств — на смену классическим тоскливо-меланхолическим депрессиям пришли маскированные и ангедонические депрессивные состояния со значительной представленностью коморбидной тревоги. Бредовые психозы также подверглись определенному патоморфозу: редуцируется их поведенческая составляющая, бредовые переживания инкапсулируются и часто становятся незамеченными окружающими, не препятствуя профессиональной деятельности и социальному функционированию. Большая часть психических расстройств отягощаются наркологически с увеличением числа случаев симптоматического алкоголизма и употребления психоактивных веществ психостиму-

¹ Заведующий кафедрой психиатрии и мед. психологии РНИМУ им. Н. И. Пирогова.

лирующего действия (преимущественно амфетамины и синтетические каннабиноиды). Значительно увеличилась частота встречаемости атипичных синдромов с сочетанием клинических проявлений двух и более психических расстройств разной нозологической природы (“микстовые” синдромы, краевые состояния, двойные диагнозы...).

Уникальные открытия в области генетики, нейрофизиологии, молекулярной биологии, цитологии, биохимии и иммунологии трудно переоценить. Психиатрия с жадностью обезвоженного путника пустыни впитывает без остатка всю инновационную научную продукцию. И вот мы уже на пороге широкого внедрения в рутинную психиатрическую практику методов нейровизуализации, иммунологической коррекции психических расстройств, фармакогенетического подбора эффективной и безопасной терапии. Однако, цена этого полета научной мысли — трагическая гибель клиницизма в психиатрии, исчезновение феноменологии, фактическое обесценивание индивидуального, личностно-ориентированного психотерапевтического подхода, переход к лечению мозга, а не психики в ее полноценной душевной совокупности.

Одновременно с этим, психиатрия существенно сблизилась с гуманитарными науками — психологией и социологией. Это привело к значительной экспансии психологической практики в клиническую психиатрию. Принимая во внимание положительные стороны этого психолого-психиатрического союза, нельзя не обратить внимания и на обратную сторону медали — критика психиатрических подходов, создание мифов о пагубных социальных и биологических последствиях обращения к психиатрам и психофармакотерапии.

Упрощенная переквалификация общих психологов в клинические, а также отсутствие до сих пор закона о лицензировании психологической помощи, приводит к другой крайности — “психологизации” психиатрии. В результате, множество пациентов, в том числе и довольно тяжелых, остаются без помощи и страдают от своих недугов, покрываемые высокопарными антипсихиатрическими лозунгами о толерантности и свободе выбора своего поведения, в том числе и суицидального — “если ты встал на подоконник — не буду тебе мешать, ведь это твой либеральный выбор...”.

Гуманизация и социализация психиатрии привели к появлению концепции “recovery” — социального выздоровления, деинституализации психиатрических учреждений, повышению толерантности общества к душевнобольным, снижению стигмы, социальной интеграции пациентов (инклюзия), размыванию границ психической нормы, исключению ряда пограничных психопатологических состояний из классификации болезней. Это прекрасно, но как только этим делом начинают заниматься люди, далекие от психиатрического клиницизма (а приверженцев клиницизма в

наше время остались единицы), результатом “благотворности” оказываются мучения и страдания нелеченых душ, трагические судьбы людей, суициды...

Повсеместная популяризация психиатрических знаний, активное внедрение психообразовательных и просветительских технологий, с одной стороны, оказало безусловно позитивное влияние на уровень комплайенса и обращаемости за психиатрической помощью, а с другой — привело к появлению моды на некоторые психические заболевания и расстройства (БАР, несуицидальные самоповреждения, ипохондрия здоровья, некоторые обсессии и др.). Помимо этого, в результате “просветительской интоксикации” сегодняшний пациент нередко перегружен знаниями о своей болезни, ее патогенезе и лекарственной терапии. И теперь мы наблюдаем значительный рост числа пациентов с моральной ипохондрией, гиперкомплаинсом и бесконтрольным приемом самостоятельно сформированной полипрагмазичной схемы.

Одновременно с этим (возможно, в связи с этим?), стал падать авторитет врачей-психиатров в обществе. Многие психиатры покинули клиническую психиатрию и стали психотерапевтами, сексопатологами, сомнологами, наркологами-токсикологами... Психиатрическая практика, сформированная деятельностью молодых врачей, воспитанных в наших вузах на тестовом математически-“доказательном” мышлении, стала преобразовываться из творческого таинственно-романтического действия, приравняваемого к искусству, в ремесло.

Подобные метаморфозы оказались настоящим испытанием для моральных принципов и установок врачей-психиатров вне зависимости от того, начинают они своей профессиональный путь или являются уже аскалами в профессии. У некоторых из них произошел своеобразный “схизис” морального облика. Расщепление морали в этих случаях находит свое отражение во всех сферах психиатрической деятельности: психопрофилактика, диагностика, выбор терапевтических стратегий, определение целей и методов лечения и реабилитации.

Вот несколько примеров моральных диссоциаций современной психиатрии:

1. *Активное внедрение психопрофилактических мероприятий* изначально преследует чрезвычайно “правильную” парадигму о том, что болезни легче предупредить, чем лечить. Школы и вузы действительно нуждаются в такой работе. По нашим данным, до 40 % (!) студентов первого курса одного из медицинских вузов нуждаются в активной и регулярной психиатрической помощи, а 5 % из них на момент скрининга имели показания для срочной госпитализации в психиатрический стационар. Однако, государственные институты, призванные обратить на это внимание и проявить свою “мораль”, обеспечив финансирование психопрофилактической работы, указывают на то, что это “целесообразно проводить с це-

лю уменьшения врачебной нагрузки и финансового бремени медицины”. А где же пациенто-ориентированная мораль?

2. *Повсеместное внедрение стандартов диагностики в рутинную психиатрическую практику* (шкалы, опросники, тесты, классификационные критерии...). Первая реакция на это позитивная. Ведь это делается для того, чтобы быть максимально “доказательным”, как в диагностике, так и в терапии, а значит, не ошибиться с диагнозом и не навредить больному. Но нет... Внезапно все оборачивается другой стороной этой “морали”. Главной мотивацией внедрения стандартов диагностики оказывается “снижение интеллектуального бремени врача” (цитата авторитетного специалиста в серьезном рецензируемом психиатрическом журнале). А ведь не за горами и внедрение в психиатрическую практику, так называемого, искусственного интеллекта. Видимо, это произойдет тогда, когда врачи окончательно “освободятся от интеллектуального бремени”.

3. *Значительное сокращение числа случаев скоропомощных госпитализаций с точки зрения морали*, точнее ее фасада, представляется огромным шагом навстречу пациенту. Мораль здесь заключается в соблюдении гражданских прав наших больных. Что может быть более гуманным, чем решить текущую проблему на дому без стационарирования? Тем не менее, и здесь оказались подводные камни. Функционеры в области здравоохранения активно приветствуют эти преобразования, но первостепенны другие мотивы — “снижение финансового, физического и юридического бремени врача”. Опять время... Почему же коллеги психиатры в XXI веке оказались настолько обремененными?

4. *Сокращение сроков госпитализации и ранние выписки из стационаров*. Действительно, тяжелых больных стало меньше, помимо этого сегодня вполне можно рассчитывать на безопасные и эффективные современные пролонги и на расширяющуюся сеть внебольничных форм оказания психиатрической помощи. Здесь и профилактика госпитализма и ранняя реабилитация и ресоциализация и скорое возвращение в вуз, на работу, в семью. Однако, если бы это было продиктовано истинными моральными установками, то подобные деинституциональные меры осуществлялись бы дифференцировано — только для 30 – 40 % больных, которые по статистическим данным имеют благоприятный прогноз и достаточный комплайнс. А с остальными пациентами, особенно с 10 % (по данным авторов) самых тяжелых и резистентных состояний, напротив, проводились бы дополнительные, продолжительные и финансово затратные лечебно-диагностические мероприятия в стационарах. Действительность противоположна. Деинституционализация по факту превращается в метлу, выметающую из больниц всех больных по единой инструкции. Мотивация здесь далека от морали —

снижение финансового бремени медицины и профессиональной нагрузки мед. работников

5. *Активное применение бензодиазепинов в лечении пограничной и психосоматической патологии*. Что может быть моральнее быстрой и эффективной помощи страждущему? Между тем, идя на этот риск, врачи психиатры, а чаще терапевты или неврологи, которым делегировали функции психиатров, нередко обнаруживают совсем иные мотивации. Бывает крайне сложно удержаться от соблазна осуществить такую быстро опьяняющую “анестезию” и стать в глазах своего пациента “самым мудрым, квалифицированным и грамотным врачом” в сравнении с никудышными предшественниками. Между тем, зачастую именно эти “неудобные” невротической психике предшественники, занимались рутинным, трудоемким, ответственным и болезненным психотерапевтическим лечением, а не доставлением бензодиазепинового удовольствия.

6. *В терапии психозов акцент на высоких дозах типичных антипсихотиков*. Конечно же, это обусловлено принципами медицинской этики и морали. Ведь чем скорее мы “вытравим из головы психоз”, тем быстрее избавим пациента от мучений. Любые “ослабленные” антипсихотические схемы с акцентом на низкие и средние дозы атипичных нейролептиков не рассматриваются, потому что это после выхода из психоза сделает пациента активнее в когнитивной и эмоционально-волевой сферах. А активный постпсихотический пациент чаще конфликтует с родственниками и в целом доставляет больше хлопот, чем “диванный” больной с типичным пролонгированным нейролептиком в ягодице. Так где же здесь мораль?

7. *Социальная интеграция и реабилитация пациентов с инвалидностью*. Возвращая пациента в жизнь, мы даем ему ту самую главную “таблетку” для спасения вечной души, благодаря которой наступит “социальное выздоровление”. Тем не менее, в отдельных случаях можно увидеть и в этой деятельности “двойную мораль”. Мы же прекрасно отдаем себе отчет в том, что как бы не была эффективна реабилитационная работа, добиться возвращения пациента-инвалида с давним анамнезом заболевания на доблезненные позиции не удастся. Есть ли в этом случае уверенность в том, что некоторыми идеологами реабилитации в психиатрии не движут другие мотивы? Например, желание переложить очень тяжелый финансовый груз с медицинских плеч на социальные.

Эти и многие другие непростые, во многом философские, но постоянно возникающие в практической деятельности современного психиатра вопросы, не могут оставаться без ответа. Решение должно быть принято каждым из нас самостоятельно без учета общественного мнения, только на основании глубокого самоанализа и личных представлений о медицинской морали и этике.

Идя вперед, надо постоянно оглядываться назад

Часть 7¹

Конструкция теории: каркас или сеть?

В очередной части текста на подступах к теории психиатрии показано, что на вопрос: каркас теории — решетка или сеть, отдается приоритет гибкой сети, но в отношении некоторых характеристик необходима жесткость. Какая именно, в свою очередь, не догма. Любая конкурентная модель уместна на своем месте, а сама конкуренция необходима. В психиатрии необходимо оперировать не только синдромальными “единицами”, но и траекториями жизни пациентов.

Ключевые слова: теория психиатрии, каркас теории, конкуренция теоретических моделей, траектории жизни больных.

Общепринято представление о теории, как централизованной схематичной целостно осмысливаемой упорядоченности всего массива знаний об определенной предметной области, которая позволяет решать и продуцировать очередные возникающие в ней проблемы, прогнозировать восполнение ее пробелов и содержать различные спорные моменты, открывающие возможность критики, саморазвития и трансформации.

Новая теория в типовом случае должна не переключать прежнюю, а включать ее в виде частного случая, как адекватную для ее эмпирической основы или определенного взгляда на нее, новое в ней должно открывать дорогу новой серии исследований и целенаправленно новому взгляду, позволяющему опережать результаты этих исследований, т.е. обладать прогнозирующей силой. Хотя, как выразился А. Эйнштейн в письме к К. Попперу: “Думаю (как и Вы, кстати), что теорию нельзя построить из результатов наблюдений, ее можно только изобрести” [1]. Это было сказано в отношении “области атомных величин” и на основании невозможности достичь “полного описания физического состояния системы”, тем более за “очень короткое время”. Уже эти многообразные ограничения создают все более конкретную сетку разнообразных координат, которые образуют так наз. “каркас” теории — до сих пор типовое требование, предъявляемое к теориям, правда, начавшее подвергаться критике в силу принципиально нового понимания.

Метафорически говоря, этот каркас — решетка или сеть? Идет ли речь о жесткой нераспиливаемой клетке или о гибкой растягивающейся сети, скорее нервущейся паутине? Идет ли речь о стереотипно однородных равномерных ячейках или самых разнообразных? Продлевая метафорическую многозначность

этого, казалось бы, противопоставления, видим, с одной стороны, изоляцию, тюрьму, прокрустово ложе, а с другой, — относительную свободу или только видимость свободы, пессимистический образ Альбера Камю — раба, прикованного к своей галере, или вдохновляющий образ Фридриха Ницше о Шопене — “танцующий в оковах”. Мы видим двусторонность, переключаемость полюсов по принципу да/нет, включено/выключено (on/off), “все или ничего”, т.е. принцип экспериментально открытый для периферической нервной системы 150 лет назад². Этот дискретный двоичный код нервной передачи дополняется континуальной гуморальной регуляцией. Т.е. мы видим сопричастие разных типов регуляции, их перекрытие и глубокое эшелонирование, обеспечивающее надежность. Метафоры решетки, сита, сети, паутины сопричастствуют, но в каждом слое осуществляют по-своему: как полупроводники, как саморегулирующиеся биологические мембраны, обладающие автономией как гематоэнцефалический барьер, как психологически незамечаемое, вытесняемое, отрицаемое, как правовая, культуральная и моральная регуляция.

Сказанное давно на виду. Карл Поппер предположил своему классическому труду “Логика научного исследования” слова Новалиса: “Гипотезы — это сети: ловит только тот, кто их забрасывает”. И написал сам: “Теории — это сети, предназначенные улавливать то, что мы называем “миром”, для осознания, объяснения и овладения им. Мы стремимся сделать ячейки сетей все более мелкими” [3]. Остается дополнить это давно известным: “на каждую дичь своя сеть”.

На примере кажущейся антиномичности глобализма и мультикультурализма хорошо видно, что это связано с недифференцированным подходом, опери-

¹ Части 1 – 6 см. в НПЖ 2019, 3, 4; 2020, 1 – 4.

² “В 1871 г. Генри Боудичем (Henri Pickering Bowditch, 1840 – 1911) в США — величина ответа нерва и скорость его проведения не зависят от силы раздражения. Вильгельм Вундт распространил его на деятельность центров, ... хотя школа Н. Е. Введенского — А. А. Ухтомского показала, что он не является общим правилом” [2].

рованием сверхобщими категориями (такими как “власть”, “ресурсы” и т.п.), тогда как важен качественный анализ: в отношении чего именно подводится общий знаменатель, где он адекватен, а где инороден. Так, метатеоретические положения распространяются на все дисциплины, а каждая из них, наряду с общей теорией нуждается во множестве частных. Пренебрежение этими простыми положениями встречается даже у выдающихся авторов. Так, Анна Вержбицкая вполне обоснованно возразила Э. Сепиру на его “очень важно понять, что психологически все сравнения первичны по отношению к своим “позитивам”... языковое употребление склонно отталкиваться от градуированных понятий, например, хороший (= лучше, чем обычный, нейтральный)...” и выдвинула другой тезис: “**некоторые** сравнения первичны”, и, хотя не актуализировала принципиальное уточнение “психологически все”, но показала, что существуют три возможности: когда позитив толкуется через сравнение, когда сравнение толкуется через позитив и когда ни одна из этих степеней не толкуется через другую... и высказала следующую гипотезу: “когда речь идет о качественных и “возможностных” отношениях, первичным является сравнение, в случае оценок, мнений, чувств и позиций первичен позитив, а сравнение вторично, когда же речь идет о прилагательных, обозначающих ощущения, первичен позитив, а сравнение не толкуется прямо ни через соответствующий позитив, ни через какое-либо другое сравнение” [4]. Действительно, корректно сравнивать однопорядковые характеристики разных модальностей, т.е. соразмерные по типологическому и классификационному рангу, или хронологии, или практически бесконечному списку, которому, — как и списку возможных сходств, — нет конца в силу возможной индукции по любому отдельному признаку.

Общая теория включает категориальный аппарат, его лексико-семантическую типологию, ранжирование единиц описания и их классификацию, установленные закономерные взаимоотношения и последовательности в четырех измерениях, порядок приоритетов в них в зависимости от решаемой задачи, и разные теоретические подходы в отношении всего этого.

За каждой строкой, за каждым пунктом этого перечня огромный массив тонких разработок. Здесь важно подчеркнуть необходимость изначальных представлений о сложной структуре динамики этого целого. В наше время, т.е. за почти столетие со времени выхода “Архитектуры математики” Н. Бурбаки, есть уже все основания говорить о множестве не архитектурных конструкций “застывшей музыки” по выражению Новалиса, а симфоний математики, благодаря разработке топологической алгебры и алгебраической топологии.

На конкретном поле психиатрической клиники это означает, что уже можно и нужно оперировать не

только синдромальными “единицами”, но траекториями жизни пациентов, в которых предстоящее для проживания время намечено в виде пучка вероятных возможностей с оговоренными условиями для каждой из них. В общем виде это представление сохранялось с донаучных времен. Теперь оно приобрело довольно надежные возможности реализации.

Так же как вместо биопсихосоциальной, правильнее говорить о биопсиходуховной модели, тем более наивно говорить о ней, как о принципиально новой из-за переименований “целостной”, “личностной”, “конкретной”. Новым была бы практически осуществляемая диагностика и лечение в соответствии с выстроенной траекторией жизни.

Продолжая метафору сети или паутины, применимую к самым разным проблемам, а в данном случае к категориальному аппарату, можно сказать и понять (а надо бы — наоборот — понять и сказать), что если каждая ячейка сети — это определенное психопатологическое понятие, то сеть улавливает только то, что названо и одинаково понято. А ведь до сих пор даже в этом в психиатрии нет однозначности. Если мы обратимся к самому объемистому терминологическому словарю В. А. Жмурова [5], то убедимся, что этот грандиозный и, казалось бы, исчерпывающий труд настоятельно требует дальнейшего развития в сторону преобразования в лексико-семантический терминологический словарь психопатологических терминов и — отдельно — психологических терминов, в силу их омонимичности и грандиозной путаницы в связи с этим.

Хотя в этом есть определенные плюсы, в связи с аргументированной Николаем Гартманом недопустимостью догматического застывания дефиниций всего категориального тезауруса. Важно всегда учитывать высокую чувствительность всего возведенного теоретического здания к различному пониманию в самых разных отношениях отдельных психопатологических категорий.

Иначе наша теоретическая сеть пропустит/не пропустит формы и размеры той добычи, на которую мы охотимся.

В этом отношении фундаментальной ошибкой, со всей резкостью обозначенной Карлом Поппером, является индукция. Индукция — это и есть среднеарифметическое, обезличенное, бесформенное, — мелкий песок, пыль. И — в итоге — пустыня с ее миражами.

Наши попытки заинтересовать математика НЦПЗ оттолкнуться от “канторовой пыли”, используя предложенную нами методику сгущения исследовательской выборки, натолкнулись на инерцию установившихся стереотипов, на контрдоводы нематематического характера (как формировать саму выборку), что лишней раз продемонстрировало власть “экономии усилий”, даже при современных технических возможностях [6].

Впечатляет, как Ясперс и Поппер, идя с разных сторон, приходят к одинаково резкой критике опоры

на сходстве, правдоподобии. Это не только открывает дальнейшие перспективы исследования, но и вызывает доверие к основательности защищаемых ими положений. Не менее выразительна общность их общественно-политических позиций на протяжении всей жизни, выпавшей на период самых страшных потрясений и преступных режимов.

Характерно так же, как — опять-таки идя с разных сторон в достижении непредвзятого знания — эпохэ, феноменологическая редукция Э. Гуссерля и противоположная ей, но с той же целью, четко прописываемая тенденциозность в герменевтике П. Рикера, использующая эффект содержательной интерференции [7], — дополняют и помогают друг другу.

Следует еще раз подчеркнуть фундаментальную разницу оперирования психопатологическими категориями, полученными в результате клинко-феноменологического (качественного, категориального) индивидуального подхода и популяционного, на больших выборках разного рода. Хотя оба необходимы, взаимодополнительны, так как популяционный подход обеспечивает более общую сетку координат и конкретную “топографическую” внутри ячеек, заданных целями и задачами исследования. Если первый подход опирается на индивидуальную психопатологически тонко дифференцированную диагностику, на феномены и “феноменологические синдромы”, то второй — на симптомы, вырванные из их многосложного личностного контекста, т.е. на индуктивный подход. Хотя выдающимся успехом последнего стало понятие аномии, этот подход, полезный на своем месте, т.е. для своих задач, будучи абсолютизирован, порождает таких монстров, как портреты убийц, воров и т.п., как это с самого начала получалось у великого Френсиса Гальтона.

Между тем, в нашу эпоху, на жизни одного поколения, очевидным образом виден быстрый переход от личностной модели (категориальной, качественной, организмической, холистической, детерминистской, сущностной или догматической, метафизической, схоластической, средневековой и т.п.) к намного проще моделируемой и более надежной многомерной, континуальной, вероятностной модели, невзирая на неизбежные изъяны при ее абсолютизации. Казалось бы, лежащее на поверхности конструктивное решение — каждая из этих вечно конкурирующих моделей нужна на своем месте — постоянно игнорируется по принципу маятника.

Этот подход осуществляется с ясно осознаваемого давления приоритета финансово-экономической оптимизации, но преподносимого как прогрессивный переход к “новой парадигме”. Непристойная изнанка этого перехода в напоказ разоблачительно унижающем любого врача переименовании наших больных в “потребителей психиатрических услуг” мало кого

смущает и была покорно принята и ВОЗом и WPA и РОП. НПА тогда же на Конгрессе WPA выразила свое возмущение неизбежными последствиями этого, сочувственно выслушанное президиумом как очевидное, что ничего не изменило. Дело ограничилось констатацией такой погоды на дворе.

Тем не менее, хотя DSM-V и МКБ-11 разработаны под знаком описанного перехода, клинко-феноменологический метод не умер, просто качественный подход осуществляется в сравнительно ограниченных масштабах в рамках преимущественно частной практики наподобие костюма, сшитого на заказ.

Неизбежная, в силу очевидного омагассовления, стандартизация деятельности психиатра, легко переходящая в шаблон, в упрощения экспресс-методик всего, кроме обилия документации, вплоть до дистанционной работы (независимо он нынешней пандемии) радикально меняют всю нашу деятельность, так как для психиатра это неизмеримо деструктивнее, чем для других медицинских профессий. Даже нынешние соматологи, в отличие от врачей прежних поколений, чувствуют себя беспомощными без лабораторных и приборных данных. Для психиатра отсутствие непосредственного контакта с больным отбрасывает его в позитивистскую эпоху, тоже жестко ограничившую себя наиболее простым и очевидным, но без ее интеллектуальных и моральных императивов, без прежнего социального и правового статуса.

Все это, как и многое другое, должна учитывать современная теория психиатрии. И каждый психиатр должен со всей ясностью отдавать отчет в этом положении вещей, сохранять критическую рефлексию в отношении границ адекватности, точности и надёжности своей диагностики, своих терапевтических и других рекомендаций и не прекращать упорного самостоятельного овладения достижениями клинко-феноменологической эпохи.

Итак, что касается теории, то по каждой проблеме необходима постоянная адогматичная конкуренция разных концептуальных подходов в каждой конкретной проблеме с их конвергенцией и попытками синтеза только в индивидуальных случаях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Письмо Альберта Эйнштейна // Поппер Карл. Логика научного исследования. — М., 2004.
2. *Архангельский Г. В.* История неврологии от истоков до XX века. — М., 1965.
3. *Поппер Карл.* Логика научного исследования — М., 2004.
4. *Жмуров В. А.* Большой толковый словарь терминов психиатрии. — Элиста, 2010.
5. *Савенко Ю. С.* Метод подготовки исследовательской выборки для выяснения структуры синдрома // НПЖ, 2015, 4, 9 – 12.
6. *Вержбицкая А.* Сравнение — градация — метафора // Теория метафоры. Сб. пер. — М., 1990.
7. *Рикер П.* Конфликт интерпретаций. Очерки о герменевтике. — М., 2002.

Приоритетная вакцинация от COVID-19 людей с тяжелыми психическими расстройствами

Marc De Hert¹, Victor Mazereel², Johan Detraux³, Kristof Van Assche⁴ (Бельгия)

В безудержном стремлении всего мира к безопасной и эффективной вакцинации против COVID-19 по-прежнему существует множество проблем, которые необходимо решить. Одной из них является начальный дефицит вакцины и связанные с этим этические соображения относительно того, кто должен ее получить в первую очередь.

Недавно национальные Академия наук, Академия технических наук и Медицинская академия США разработали этические основы для справедливого распределения вакцины COVID-19 в США (1). Всемирная организация здравоохранения, а также некоторые другие организации разработали аналогичные подходы. Установление приоритетов в распределении вакцин основано на трех универсальных этических принципах. Первый принцип касается минимизации вреда и максимизации пользы: эффективная вакцина должна снижать смертность, бремя болезней, социальную дезинтеграцию и подрыв экономики и иметь минимальное количество побочных эффектов. Второй принцип заключается в том, чтобы отдавать предпочтение тем группам населения, которые могут в результате пандемии COVID-19 столкнуться с непропорционально большим ущербом для здоровья, чем другие: некоторые группы населения подвержены более высокому риску заражения, смерти или длительных неблагоприятных последствий COVID-19 в связи со своим возрастом, профессией, состоянием здоровья или социально-экономическими факторами. Третий принцип касается равного уважения к каждому человеку и требует, чтобы при распределении и установлении приоритетов люди рассматривались как имеющие равное достоинство и равную ценность. Уязвимым группам населения, которые могут страдать от отсутствия социального равенства и иметь препятствия в доступе к вакцине, следует обеспечить равные возможности вакцинации по сравнению с более привилегированными группами (2).

Люди с такими сопутствующими и основными соматическими заболеваниями, как сердечно-сосудистые расстройства, хроническая обструктивная болезнь легких, сахарный диабет 2 типа, хроническая болезнь почек, ожирение, иммунодефицит и злокачественные онкологические заболевания, независимо от возраста, особенно восприимчивы к заболеваемости и смертности из-за COVID-19. Риск преждевременной смерти или тяжелого течения болезни у этих пациентов очень высок, поэтому национальные академии наук, техники и медицины США уделяют этим пациентам первоочередное внимание при распределении вакцин (1).

Что касается людей с тяжелыми психическими расстройствами, в том числе страдающих шизофренией, большим депрессивным и биполярным расстройствами, то даже без учета COVID-19 уровень смертности у них в два-три раза выше, чем среди населения в целом. Это приводит к сокращению продолжительности их жизни на 10–20 лет, и похоже, что этот разрыв увеличивается. В основном это связано с соматическими заболеваниями. Имеется большое количество доказательств того, что у этих людей значительно чаще развиваются такие соматические заболевания, как сердечно-сосудистые расстройства, сахарный диабет 2 типа и заболевания дыхательных путей (3). У пациентов, страдающих шизофренией, риск ожирения в четыре раза, а у пациентов с большим депрессивным или биполярным расстройством – в полтора раза выше, по сравнению с населением в целом, а это является важным фактором, способствующим смертности от COVID-19 (3).

Недавние исследования показали, что люди с тяжелыми психическими заболеваниями подвергаются повышенному риску заболеваемости и смертности от COVID-19. Поэтому мы утверждаем, что им следует уделять приоритетное внимание при распределении вакцин. Исследование с использованием контрольной группы на более чем 61 миллионе пациентов показало, что люди с недавно диагностированной шизофренией, биполярным или большим депрессивным расстройством, а также синдромом дефицита внимания / гиперактивности, оказались гораздо более подвержены риску заражения COVID-19 (вероятность заражения — от 5.7 до 7.6), по сравнению с пациентами без психических расстройств, даже с поправкой на возраст, пол, этническую принадлежность и вышеупомянутые особенности здоровья. Эти люди также подвержены повышенному риску осложнений от COVID-19, что находит свое отражение в более высо-

¹ Department of Neurosciences, Center for Clinical Psychiatry, KU Leuven, Leuven, Belgium; Antwerp Health Law and Ethics Chair, University of Antwerp, Antwerp, Belgium.

² Department of Neurosciences, Center for Clinical Psychiatry, KU Leuven, Leuven, Belgium; University Psychiatric Center KU Leuven, Leuven-Kortenberg, Belgium.

³ University Psychiatric Center KU Leuven, Leuven-Kortenberg, Belgium; Department of Neurosciences, Public Health Psychiatry, KU Leuven, Leuven, Belgium.

⁴ Research Group Personal Rights and Property Rights, Faculty of Law, University of Antwerp, Antwerp, Belgium.

ких показателях госпитализации и смертности (4). Недавно появились и другие исследования (5,6), подтверждающие эти данные.

Можно представить эти результаты в перспективе на примере США. В 2017 году здесь насчитывалось 11,2 миллиона человек в возрасте 18 лет и старше, страдающих тяжелыми психическими заболеваниями. Принимая во внимание уровень смертности в 8,5%, который был обнаружен среди пациентов с COVID-19 с недавно диагностированным тяжелым психическим расстройством, это означает, что если все пациенты с тяжелым психическим расстройством в США будут инфицированы COVID-19, то около 1 миллиона из них умрут.

Известно, что тяжелое психическое расстройство положительно коррелирует со многими переменными окружающей среды, которые одновременно являются факторами риска заражения COVID-19. Это социально-экономическая депривация, работа в небезопасной среде, проживание в перенаселенных местах или бездомность, нахождение в лечебных учреждениях и заключении. Кроме того, стигматизация, дискриминация, ошибочные представления и негативное отношение к людям с тяжелыми психическими расстройствами, так же как и различные системные факторы препятствуют выявлению и лечению соматических заболеваний у людей с тяжелыми психическими расстройствами (7). Наконец, лицам, страдающим тяжелым психическим расстройством, труднее следовать запутанным и постоянно меняющимся правилам и обязательствам, установленным в отношении борьбы с COVID-19 (4,8). Отсюда ясно, почему тяжелое психическое расстройство является основным фактором риска заражения COVID-19 и связанных с этим отрицательных исходов.

В свете этих знаний и с учетом второго и третьего этических принципов, которыми следует руково-

дствоваться при распределении вакцин, мы считаем чрезвычайно важным, чтобы людям с тяжелыми психическими заболеваниями уделяли приоритетное внимание, и им было гарантировано получение вакцины от COVID-19 на первом этапе его распространения. В нынешнем глобальном кризисе здравоохранения психиатры обязаны отстаивать интересы своих пациентов в отношениях с правительствами и органами здравоохранения, как это было недавно заявлено в программном документе Всемирной психиатрической ассоциации (9). Кроме того, органы общественного здравоохранения должны разрабатывать и осуществлять целевые просветительские программы, направленные на гарантию того, чтобы пациенты с тяжелыми психическими расстройствами и те, кто оказывает им психиатрическую помощь, были осведомлены об этих повышенных рисках и преимуществах вакцинации.

ЛИТЕРАТУРА

1. US National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Framework for equitable allocation of COVID-19 vaccine. Washington: National Academies Press, 2020.
2. Emanuel BEJ, Persad G, Kern A et al. *Science* 2020; 369:1309-12.
3. De Hert M, Correll CU, Bobes J et al. *World Psychiatry* 2011; 10:52-77.
4. Wang Q, Xu R, Volkow ND. *World Psychiatry* 2021; 20:124-30.
5. Li L, Li F, Fortunati F et al. *JAMA Netw Open* 2020; 3:e2023282.
6. Lee SW, Yang JM, Moon SY et al. *Lancet Psychiatry* 2020; 7:1025-31.
7. De Hert M, Cohen D, Bobes J et al. *World Psychiatry* 2011; 10:138-51.
8. Shinn AK, Viron M. *J Clin Psychiatry* 2020; 81:20com13412.
9. Stewart DE, Appelbaum PS. *World Psychiatry* 2020; 19:406-7.

Пандемия социальной изоляции?

Julianne Holt (Прово, штат Юта, США)⁵

11 марта 2020 года Всемирная организация здравоохранения объявила COVID-19 глобальной пандемией, что привело к закрытию общественных мест и другим ограничениям по всему миру. Значительная часть населения во всем мире внезапно оказалась привязанной к дому, что дало возможность взглянуть на жизненный опыт тех пожилых людей, составляющих 6% в США, которые уже были привязаны к дому. Во время второй волны инфекции во всем мире

были введены дальнейшие закрытия и ограничения. В связи с этим встает вопрос о влиянии социальной изоляции на наше психическое и физическое благополучие.

Обеспокоенность общественного здравоохранения социальной изоляцией и одиночеством нарастала во всем мире еще до пандемии. В 2018 году Великобритания назначила министра по делам одиночества и опубликовала национальную стратегию борьбы с одиночеством. В США Национальные академии наук, техники и медицины за две недели до объявления пандемии выпустили экспертный консенсусный доклад о значении социальной изоляции и одиночества

⁵ Lunstad Department of Psychology, Brigham Young University, Provo, UT, USA.

пожилых людей для системы здравоохранения (1). Тем не менее, данные, подтверждающие важность социальной изоляции и одиночества для общественного здравоохранения (2), в целом недостаточно учитываются и явно недооцениваются.

Факты свидетельствуют о том, что значительная часть населения испытывала социальную изоляцию или одиночество, а в некоторых случаях и то, и другое вместе, еще до пандемии (2). Социальная изоляция отражает объективное одиночество, небольшое количество отношений или редкие социальные контакты; тогда как одиночество понимается как субъективное ощущение одиночества или несоответствие между желаемым и действительным уровнем связей. Для получения более точных оценок распространенности и динамики этих показателей необходима международная стандартизация измерений и классификация, однако имеющиеся важные данные национальных и международных исследований вызывают обеспокоенность. Так, некоторые опросы показывают, что во время пандемии распространенность ощущения одиночества увеличилась на 20 – 30 %. Это ощущение зависит от возраста, уровня дохода, жизненных ситуаций и пола; однако наиболее высокими эти показатели оказались среди лиц более молодого возраста, с более низкими доходами и хроническими заболеваниями (1,3). Эти факторы риска аналогичны факторам, выявленным в период до пандемии COVID (3).

Понятно, что в разгар глобальной пандемии приоритетной становится непосредственная опасность смертельного нового вируса. Однако социальная изоляция и переживание одиночества могут привести как к краткосрочным, так и к долгосрочным неблагоприятным последствиям для здоровья, которые нельзя игнорировать. Разрушительные последствия социальной изоляции и одиночества могут быть непосредственными, как в случае самоубийства или домашнего насилия, либо более долгосрочными, как в случае смерти близких, связанной с болезнями. Международные данные по исследованию более чем 3,4 миллиона человек демонстрируют связь социальной изоляции и одиночества со значительным повышением риска смертности от различных причин (4). И наоборот, наличие социальных связей защищает человека и увеличивает его шансы на выживание на 50 % (5).

Данные, накопленные за десятилетия исследований, показывают, что значение риска смертности, связанного с социальной изоляцией и одиночеством, сравнимо или превышает риск, связанный с другими известными проблемами общественного здравоохранения (например, ожирением, загрязнением воздуха) (2). Кроме того, есть убедительные доказательства того, что социальная изоляция и одиночество значительно повышают заболеваемость, особенно сердечно-сосудистыми заболеваниями и инсультом (1). Более того, социальная изоляция и одиночество влияют на проблемы с поведением, связанным со здоровьем,

включая употребление психоактивных веществ, нарушения сна и вредные пищевые привычки. Недостаток близости с другими, особенно с теми, кому человек доверяет, может привести к состоянию настороженности как к ним, так и посторонним. Проблемное поведение и физиологические изменения могут потенциально усугубить или ускорить начало острых нарушений у людей с уже существующими заболеваниями (6).

Социальная изоляция и одиночество могут повлиять даже на восприимчивость к инфекции COVID-19. Они являются показателями худшего психического здоровья, а люди с психическими расстройствами с большей вероятностью будут социально изолированными и одинокими (1). Эта двунаправленная ассоциация заслуживает внимания, поскольку анализ электронных медицинских карт населения показал, что людей с психическим расстройством отличает большая вероятность оказаться инфицированным, попасть в больницу и умереть от COVID-19 (7). Кроме того, в недавней статье, обобщающей данные 35-летней исследовательской программы, было показано, что у людей, испытывающих такие межличностные стрессы, как одиночество, выше вероятность развития заболевания верхних дыхательных путей при воздействии вирусов простуды (8).

Шаги к ограничению социальных контактов, связанному с глобальной пандемией, по своему характеру становятся все более постоянными, и если не смягчить последствия социальной изоляции и одиночества, то возникнут и краткосрочные, и долгосрочные проблемы общественного здравоохранения. Здесь нельзя занять позицию “или-или”, противопоставляя опасность COVID-19 опасностям социальной изоляции и одиночества. Нужно найти способ устранить оба риска для укрепления здоровья населения.

Какие действенные шаги могут предотвратить или уменьшить изоляцию и одиночество, связанные с COVID-19? С точки зрения системного подхода, факторы, действующие на уровне индивида, сообщества и социума, взаимозависимы и все могут способствовать социальной изоляции и одиночеству (9). Поэтому необходимо рассматривать и нацеливать на определенные цели каждый из этих уровней. Исследования индивидуального уровня показали, что хорошие отношения между членами отдельного домохозяйства, взаимодействие с соседями, оказание поддержки окружающим и выражение благодарности — все это способствует укреплению социальных связей и отрицательно коррелирует с одиночеством. На уровне сообщества и общества мы знаем, что если не смягчить изменения в социальных нормах и правила физической удаленности, направленные на сокращение социальных контактов, они могут иметь негативные долгосрочные последствия для общественного здравоохранения. Лидеры сообществ и государств должны укреплять нормы поддержки, всеобщего единения

и доверия, ведущие к большему чувству безопасности, что является важным компонентом чувства социальной связи с группой.

Важность каждого сектора общества не только в отношении COVID-19, но и в отношении рисков для здоровья населения, связанных с изоляцией, очевидна. Поэтому мы должны начать оценку существующей региональной и национальной политики, действующей в различных секторах (здравоохранение, транспорт, образование, жилье, занятость, питание и окружающая среда), и направить ее на сохранение и повышение качества социальных контактов. Социальные потребности населения должны быть в центре внимания любой пандемии и плана восстановления после нее.

Неясно, как долго будут сохраняться социальные и медицинские последствия ограничений, введенных в связи с COVID-19. По мере того, как мы создаем наши “новые нормальные” приспособления к пандемии, они становятся более постоянными. Например, удаленная работа становится нормой, и все чаще при-

меняются и оказываются востребованными цифровые технологии. Однако мало что известно о том, насколько они эквивалентны личному контакту и как они влияют на социальные изменения и здоровье. Существует острая необходимость в тщательной научной оценке этой практики и политики.

ЛИТЕРАТУРА

1. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Social isolation and loneliness in older adults: opportunities for the health care system. Washington: National Academies Press, 2020.
2. Holt-Lunstad J, Robles TF, Sbarra DA. *Am Psychol* 2017; 72:517-30.
3. Bu F, Steptoe A, Fancourt D. *Public Health* 2020; 186:31-4.
4. Holt-Lunstad J, Smith TB, Baker M et al. *Perspect Psychol Sci* 2015; 10:227-37.
5. Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. *PLoS Med* 2010; 7:e1000316.
6. Uchino BN. *J Behav Med* 2006; 29:377-87.
7. Wang Q, Xu R, Volkow ND. *World Psychiatry* 2021; 20:124-30.
8. Cohen S. *Perspect Psychol Sci* 2020; 17:45691620942516.
9. Holt-Lunstad J. *Annu Rev Psychol* 2018; 69:437-58. DOI: 10.1002/wps.20839

Посттравматическое стрессовое расстройство после пандемии COVID-19

Neil Greenberg⁶, Laura Rafferty⁷ (Лондон)

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) является тяжело протекающим и мучительным расстройством психического здоровья, которое затрагивает незначительное количество людей, переживших события, связанные со смертью или угрозой смерти, серьезными травмами или сексуальным насилием. К сожалению, пандемия COVID-19 создала для людей множество травмирующих ситуаций, которые могут привести к посттравматическому стрессу.

Достаточно представить человека в хорошей физической форме, ведущего активный образ жизни, который неожиданно впадает в химически индуцированную кому и приходит в себя лишь через несколько недель, проведенных на ИВЛ. Или медсестру, которая добровольно присоединяется к быстро набранной бригаде интенсивной терапии, не имея серьезной предварительной подготовки, и сталкивается с суровой реальностью, в которой многие из тех, о которых заботятся, в конечном итоге умирают в одиночестве, так как родственники не могут посетить отделение (1). Эти ситуации могут вызвать ПТСР. Действитель-

но, сообщалось, что у 20 % выживших в отделениях интенсивной терапии развивается посттравматическое стрессовое расстройство (2). С другой стороны, есть доказательства того, что к развитию посттравматического стрессового расстройства у медицинских работников может привести повторяющееся воздействие травмирующих событий, при том что сотрудник не может определить, какое конкретное травматическое событие привело к его / ее недомоганию (3).

Посттравматическое стрессовое расстройство развивается после травмы, однако существуют другие факторы, которые существенно влияют на вероятность развития этого состояния. Всесторонний метаанализ факторов риска посттравматического стрессового расстройства неизменно показывает, что обстоятельства, в которых находится человек после травмы, являются более важным прогностическим фактором, чем какие-то предшествующие факторы, например, неблагоприятное детство, или такие демографические факторы, как пол или этническая принадлежность. В частности, есть убедительные доказательства того, что психологический стресс, переживаемый в начальный период после травмы, а также доступность и качество социальной поддержки в это время являются очень важными детерминантами (4). Мы знаем, что социальная поддержка в высокой степени предохраняет от развития посттравматического стрессового

⁶ Health Protection Research Unit, King's College London, London, UK.

⁷ King's Centre for Military Health Research, King's College London, London, UK.

расстройства, однако ограничение социальных контактов в период COVID затрудняет доступ людей к получению непрофессиональной поддержки, и возникновение посттравматического стрессового расстройства после перенесенной травмы может стать более вероятным.

Еще одним важным фактором риска посттравматического стрессового расстройства является моральный вред, который определяется как психологический стресс, включая чувство глубокого стыда и вины, возникающий в результате совершения или предотвращения действий, которые кто-то считает “неправильными”. Многие медицинские работники могут столкнуться во время этой пандемии с морально трудно переносимыми событиями. Ощущение невозможности оказания высококачественной помощи или необходимость делать трудный выбор в отношении того, кому будет или кому не будет проводиться данное вмешательство из-за нехватки доступного оборудования, стали в некоторой степени обычным явлением, особенно при высоком уровне госпитализаций. Моральный ущерб актуален и вне профессиональной среды, особенно когда люди обеспокоены тем, что заразили умерших близких. Кроме того, моральный вред влияет на предрасположенность людей к развитию посттравматического стрессового расстройства, а также снижает вероятность того, что они обратятся за лечением, если считают себя виновниками заражения близких.

В условиях практической работы был испробован ряд подходов к предотвращению возникновения посттравматического стрессового расстройства. Скрининг психологического здоровья перед приемом на работу или непосредственно перед работой направлен на выявление лиц с повышенным риском, с тем, чтобы не направлять их для работы в тех условиях, где они будут подвергаться травмированию, или предоставить им дополнительную поддержку для снижения риска развития ПТСР. Однако есть убедительные свидетельства того, что этот подход неэффективен. Это даже может быть вредно, поскольку дает работодателям ложное убеждение, что прошедший проверку персонал устойчив к травмам и не подвержен развитию посттравматического стрессового расстройства (6). Менеджеры здравоохранения по понятным причинам хотят исключить уязвимый персонал из работы с наиболее тяжелыми пациентами с COVID-19, чтобы защитить их психическое здоровье, однако в действительности текущая база данных по скринингу неудовлетворительна, и эту практику нельзя рекомендовать.

Другой подход, который оказался неэффективным и также потенциально вредным, — это использование психологического опроса или посттравматического консультирования, проводимого через несколько дней после травмирующего события. Общепринятые руководящие принципы работы с посттравматическим стрессовым расстройством однозначно рекомендуют

не использовать такие подходы (7). Эти данные очень актуальны во время текущей пандемии, когда специалисты в области психического здоровья хотят поддержать своих коллег-соматологов, работающих непосредственно с пациентами, или помочь людям, выздоравливающим после серьезной инфекции COVID-19. И хотя оба стремления достойны похвалы, важно избегать причинения вреда.

С другой стороны, есть убедительные доказательства того, что обучение супервизоров применению поддерживающих и эмпатических методов общения с членами своей команды очень полезно для поддержания психического здоровья сотрудников, переживающих травмы, и сокращает их отсутствие на рабочем месте по болезни (8). Также существуют убедительные доказательства того, что официальные программы поддержки друг друга могут защитить психическое здоровье сотрудников, подвергшихся травмам (9). Кроме того, может быть полезно обеспечить активное наблюдение за персоналом, подвергшимся травме, предоставить ему достаточное время нахождение вдали от травмирующих рабочих мест, и поощрять к рефлексивной практике, защищающей от наступления морального вреда.

Людям, у которых действительно развивается посттравматическое стрессовое расстройство, можно предложить некоторые научно обоснованные методы лечения. Учитывая масштабы пандемии, спрос на такого рода вмешательство, вероятно, будет высоким, и очень важно использовать научно-обоснованные подходы. Большая часть данных указывает на хороший эффект от ориентированной на переработку травмы когнитивно-поведенческой психотерапии, а также от терапии с помощью десенсибилизации и переработки движением глаз (6). Большинство людей испытывают существенное улучшение после 8–12 сеансов когнитивно-поведенческой психотерапии, хотя тем, у кого имеются более сложные проявления посттравматического стрессового расстройства, вероятно, потребуются более продолжительное лечение. Тем, кто отказывается от психотерапии или не реагирует на нее, могут помочь антидепрессанты, и они могут быть особенно полезны для людей с коморбидным депрессивным расстройством.

Так же, как в случае других психических заболеваний, важно, чтобы лечение посттравматического стрессового расстройства начиналось на ранней стадии, до того, как люди потеряют уважение к себе, значимые отношения или работу или не разовьются другие психические расстройства, включая злоупотребление психоактивными веществами. В условиях вероятного увеличения глобальной заболеваемости посттравматическим стрессовым расстройством в результате пандемии следует сделать приоритетным направлением работы регулярное использование эффективных профилактических мер и распространение опи-

санных выше и основанных на фактических данных методов психотерапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Tan BYQ, Chew NWS, Lee GKH et al. *Ann Intern Med* 2020; 173:317-20.
2. Davydow DS, Gifford JM, Desai SV et al. *Gen Hosp Psychiatry* 2008; 30:421-34.
3. Sage CAM, Brooks SK, Greenberg N. *J Ment Health* 2018; 27:457-67.

4. Ozer EJ, Best SR, Lipsey TL et al. *Psychol Bull* 2003; 129:52-73.
5. Williamson V, Stevelink SAM, Greenberg N. *Br J Psychiatry* 2018; 212:339-46.
6. Marshall RE, Milligan-Saville JS, Steel Z et al. *Occup Med* 2020; 70:62-168.
7. National Institute for Health and Care Excellence. Post-traumatic stress disorder. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116>.
8. Milligan-Saville JS, Tan L, Gayed A et al. *Lancet Psychiatry* 2017; 4:850-8.
9. Whybrow D, Jones N, Greenberg N. *Occup Med* 2015; 65:331-6.

Возникновение когнитивных нарушений после COVID

Karen Ritchie (Монтпелье, Париж, Эдинбург)⁸, Dennis Chan (Лондон)⁹

Масштабы пандемии COVID-19 повлияли на системы здравоохранения в глобальном масштабе. По мере того как приближается второй год пандемии, в центре внимания оказываются среднесрочные и долгосрочные последствия инфекции. Одно из первых мест в списке приоритетов занимает проблема когнитивных нарушений, что, с одной стороны, является прямым следствием проникновения в мозг нейротропного вируса, а с другой, связано с такими косвенными факторами, как усиление социальной изоляции при пандемии и проблемы психического здоровья.

Связь между нейротропными респираторными вирусами и изменениями головного мозга была задокументирована после эпидемии гриппа 1918 года, однако когнитивным последствиям этих изменений до сих пор уделялось очень мало внимания. Растущий интерес как к распространению коронавирусов в центральной нервной системе (ЦНС), так и к долгосрочным клиническим последствиям перенесенной инфекции привел к переоценке важности когнитивных изменений.

Мета-анализ (1) 3559 случаев, собранных в результате эпидемий тяжелого острого респираторного синдрома (SARS), ближневосточного респираторного синдрома (MERS) и COVID-19, выявил нарушение памяти в одной трети случаев у госпитализированных пациентов и в 19 % случаев после болезни, причем последнее касалось также более молодых людей. Первоначальные исследования показывают, что когнитивная дисфункция может выходить за рамки острой стадии инфекции COVID-19. Исследование 18 пациентов с COVID-19 с легкой или умеренной степенью тяже-

сти болезни (не требующих госпитализации в отделение интенсивной терапии) и средним возрастом 42 года, в среднем через 85 дней после выздоровления, показало, что более 75 % имели эпизодические нарушения памяти и внимания, не связанные с переутомлением, депрессией, госпитализацией, лечением, вирусемией или острым воспалением (2). Эти исходные данные указывают на то, что когнитивные изменения могут встречаться даже после легких инфекций.

Учитывая масштабы пандемии и ее последствия как для взрослого населения трудоспособного возраста, так и для пожилых людей, подверженных риску деменции, эти новые данные подчеркивают настоятельную необходимость лучшего понимания механизмов, приводящих к когнитивной дисфункции, с целью разработки и внедрения стратегий общественного здравоохранения для борьбы с этими пагубными долгосрочными последствиями пандемии.

Влияние SARS-CoV-2 на познавательные способности может быть связано с уязвимостью различных клеток ЦНС к вирусу и его прямым проникновением в ЦНС. Прикрепление вируса к клеткам-хозяевам происходит в результате связывания субъединицы S1 белка S, одного из четырех структурных белков вириона SARS-CoV-2, с рецептором ангиотензин-превращающего фермента 2 (ACE2) на поверхности клеток с последующим проникновением внутрь клетки вирусного генома, возникающего после слияния мембран вируса и клетки-хозяина. Таким образом, клеточный тропизм SARS-CoV-2 связан с экспрессией рецептора ACE2 (3). Вне ЦНС он проявляется в альвеолах, кишечнике, почках и эпидермисе, а также в эндотелиальных клетках сосудов, а в ЦНС — в нейронах, астроцитах, олигодендроцитах и эндотелиальных клетках. На региональном уровне высокие концентрации рецептора ACE2 обнаруживаются в обонятельной луковице, черной субстанции, средней височной извилине и задней поясной извилине (4).

Два непосредственных механизма лежат в основе нейротропизма SARSCoV-2 и его доступа к ЦНС:

⁸ INSERM, University of Montpellier, Neuropsychiatry: Epidemiological and Clinical Research, Montpellier, France; Department of Clinical Brain Sciences, University of Edinburgh, Edinburgh, UK; Institut du Cerveau Trocadero, Paris, France.

⁹ Institute of Cognitive Neuroscience, University College London, London, UK.

а) “обратный” аксональный транспорт после внедрения в периферические обонятельные нейроны и б) гемато-генное нарушение гематоэнцефалического барьера после инфицирования этого барьера или эндотелиальных клеток сосудистого сплетения. Патологический эффект этой прямой вирусной инфильтрации усиливается активным иммунным ответом и воспалением, а связанный с этим цитокиновый шторм еще более нарушает гематоэнцефалический барьер в связи с васкулопатией, возникающей из-за диссеминированного внутрисосудистого свертывания, и гипоксемии.

Клинические проявления данной патологии ЦНС многочисленны (5). К ним относятся воспалительные заболевания (менингоэнцефалит, острый диссеминированный энцефаломиелит), энцефалопатии, проявляющиеся поведенческими расстройствами, судорогами и цереброваскулярными заболеваниями (как тромботическими, так и геморрагическими). Распространенность нарушений ЦНС при тяжелой инфекции высока: из 58 пациентов с острым респираторным дистресс-синдромом у 69 % обнаруживалась ажитация и у 5 % — спутанность сознания, при этом у большей части из них в результате магнитно-резонансной томографии (МРТ) были выявлены изменения в виде перфузии, ишемического инсульта и лептоменингеального усиления (6).

В связи с относительно небольшой давностью пандемии в настоящее время имеется ограниченное количество данных о влиянии инфекции COVID-19 на когнитивные функции, за исключением острой фазы. Однако как прямые, так и косвенные результаты инфекции указывают на вероятность когнитивных нарушений в долгосрочном периоде. Проникновение SARS-CoV-2 в периферические обонятельные нейроны, которое в настоящее время признано одним из факторов вызванной вирусами острой anosмии, способствует транс-синаптическому распространению вируса в корковые области, имеющие первичный и вторичный вход из обонятельного тракта, в частности в энторинальную кору и гиппокамп. Участие этих областей в событийной памяти и пространственной навигации повышает вероятность того, что заражение COVID-19 вызовет более длительные нарушения в этих когнитивных областях. Это может усугубляться другими патофизиологическими последствиями инфекции, в частности, вирусной патологией сосудов и воспалительными реакциями, психологической травмой и необходимостью интенсивной терапии (7). Предварительные оценки распространенности и длительности таких эффектов можно экстраполировать из предыдущих нейропсихологических исследований пациентов после искусственной вентиляции легких: когнитивные нарушения наблюдались у 78 % пациентов в течение одного года, а проблемы с памятью сохранялись до пяти лет примерно у 50 %, независимо от психологических проблем (8).

Наконец, существует потенциальный риск того, что инфекция COVID-19 может вызвать долгосрочное снижение когнитивных функций из-за ускорения начала нейродегенеративной деменции. В старшем возрасте тяжесть инфекции выше, а нервные пути, по которым может передаваться SARS-CoV-2, пересекаются с путями, вовлеченными в начало болезни Паркинсона и Альцгеймера, а именно, когнитивными областями в средней височной доле. Это совпадение может обеспечить анатомическую основу для взаимодействия между SARS-CoV-2 и генеративной патологией, проявляющейся в ускорении патологических изменений бета-амилоида и тау-белка, вызванном другими нейротропными вирусами, например, вирусами ВИЧ и герпеса.

Чтобы выявить механизмы и распространенность долгосрочных “последствий COVID”, потребуется серьезная длительная работа. Лабораторные исследования *in vivo* и *in vitro* могут оценить взаимодействие вирусных и нейродегенеративных белков, а также потенциальный синергетический эффект на синаптическую и нейронную функцию. В то же время для определения демографических, генетических и психосоциальных факторов риска COVID-19, связанных с когнитивным снижением, и выделения прямых и косвенных эффектов инфекции, потребуются крупномасштабные продольные эпидемиологические исследования. Направленное когнитивное тестирование, сосредоточенное на функциях уязвимых областей мозга, поможет отличить когнитивную дисфункцию, непосредственно вызванную инфекцией, от дисфункции, связанной с депрессией и другими проблемами психического здоровья.

Уроки, полученные на первом этапе пандемии, позволили лучше справляться с острыми клиническими состояниями. По мере развертывания второго этапа необходимо сосредоточить внимание на таких последствиях инфекции COVID-19 как долговременные когнитивные нарушения и риск деменции. Это позволит обеспечить их проспективное выявление и нейтрализацию с помощью фармакологических стратегий и стратегий общественного здравоохранения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Rogers JP, Chesney E, Oliver D et al. *Lancet Psychiatry* 2020; 7:611-27.
2. Woo MS, Malsy J, Pöttgen J et al. *Brain Commun* (in press).
3. Hoffmann M, Kleine-Weber H, Schroeder S et al. *Cell* 2020; 181:271-80.
4. Chen R, Wang K, Yu J et al. *bioRxiv* 2020:030650.
5. Paterson RW, Brown RL, Benjamin L et al. *Brain* 2020; 143:3104-20.
6. Helms J, Kremer S, Merdji H et al. *N Engl J Med* 2020; 382:2268-70.
7. Ritchie K, Chan D, Watermeyer T. *Brain Commun* 2020; 2:fcaa069.
8. Mikkelsen ME, Christie JD, Lanke PN et al. *Am J Respir Crit Care Med* 2012; 185:1307-15.

Перевод Л. Н. Виноградовой
(*World Psychiatry*, vol. 20, № 1, February 2021, 52 – 56)

Деньги и власть в рыночном пространстве пси-культуры^{1,2}

Н. А. Зорин³

(продолжение)⁴

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.

Уход от критики и контроля эффективности/вреда

Отцы основатели ПА упорно стремились вывести его на просторы глобального Рынка — за пределы медицины. Например, врачи З. Фрейд, и позднее, Ж. Лакан, оба настаивали на том, чтобы ПА проводили не врачи. А французские аналитики подчеркивают, чтобы ПА не называли ПТ. Однако о медицине ПА, все-таки, забыть не может, так как там остается неистощимый рынок хронически больных, и он формально требует официально признаваемых, государственных дипломов и лицензий; кроме того, близость к медицине обладает гуманистической репутацией, столь полезной для всякой коммерческой деятельности.

Можно видеть, что рассматриваемые нами практики, путем социальной мимикрии — контекстной перемены провозглашения предмета своей деятельности и ее целей, с легкостью меняет “экономическую ориентацию”. Так ПА то включает в себя слово “терапия”, то исключает (замалчивает) его, а иногда, при надобности, отрекается даже от психологии и помещает себя в поле “мировоззрения” на которое, как известно, разрешений не требуется⁵... Эта, поначалу непонятная наблюдателю вертлявость, позволяет

деньгообразующим учениям не только уходить от критики, но и маневрировать в поле государственного контроля за официально лицензируемой деятельностью, постоянно пытаясь оставить право контроля только за собой (супервизия, выдача лицензий, сертификатов и т.п.)... Последнее производится, в частности, “обходным маневром” выноса процесса за пределы национальной юрисдикции — получение Западных/Восточных (“прогрессивных”, “настоящих”!) удостоверений своей компетенции, подписанных если не самим Фрейдом, или Далай Ламой, то их доверенными лицами. Позднее, если в процессе длительного ожидания разрешений супервизора на самостоятельную работу они останутся живы, то сами начнут выдавать “сертификаты” и “дипломы”, уже на своей, национальной территории...⁶.

То есть, первичная легализации таких деньгообразующих практик на чужой территории происходит с “заднего входа”.... Далее, получение признания и одобрения со стороны государства и раздача сертификатов, дипломов, лицензий и т.п. осуществляется так же через инвазию в государственные структуры с правом лицензирования — напр. через организацию ПА-курсов в рамках гос. кафедр психиатрии, ПТ и т.п.

¹ Статья печатается в авторской редакции с пожеланием откликов.

² 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.

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

⁴ Начало см. в НПЖ, 2020, 4.

⁵ “Психоанализ никогда и не был “методом психологической помощи”, и вообще с психологией не имеет ничего общего. (НЗ) Фрейд создавал его как мировоззрение...” Ольшанский Д. (2020) [15].

⁶ Интересно, что ряд таких организаций (лакановские ПА-группки) принципиально избегает выдачи к.л. удостоверений компетенции (как советская власть не давала крестьянам паспорта). “Разрешение” своим адептам брать деньги с клиентов, как бы “выдает” “психоаналитическая молва”... Видимо это придает процессу окраску академичности традиций элитарных учебных заведений, не выдающих никаких удостоверений выпускникам (École normale supérieure), ну а главное — позволяет держать адептов на коротком поводке...

или через создание параллельных, негосударственных структур (“институтов” “Академий” и т.п.), где участники друг другу присваивают маркетингово-значимые ученые звания и должности, (напр. в России РАЕН, “институт психоанализа” и т.п.).

Попытки применить практически ко всем деньгообразующим практикам объективные методы оценки качества и вреда тотчас встречаются воплями о непригодности инструментов объективного контроля (например, методов клинической эпидемиологии), так как клиенты их “уникальны”, а ПТ, ПА и др. — это “творчество!”. То есть, никто как бы “не понимает”, во-первых, что с помощью этих методов проверяется любые виды вмешательств [20] и, во-вторых, если бы все больные/клиенты были столь уникальны, мы вообще не могли бы обобщать опыт и передавать его другим [21]. “Дж. Оруэлл” продолжается: “Свобода”, сочетается с рабством (см. выше), уникальность клиентов — с массовым обучением “уникальным” техникам отъема денег.

Уходу от контроля сопутствует защита от критики. Помимо уже отмеченного “размывания” предмета своей деятельности, точь-в-точь, как нередко у психиатров, где вместо аргументов для оппонента всегда приготовлен диагноз шизофрении, у продавцов, например ПА, критикам готов ПА-“диагноз” (“вытеснение”, “боязнь Отца”, “страх заглянуть в себя поганенького” и т.п. (см., например, обсуждение [22]),

Кроме того, у деньгообразующих практик, как и у современной медицины (производства) вообще, есть еще: Экономические механизмы страховки от последствий недобросовестной практики.

Это — типично рыночные механизмы перекладывания ответственности на потребителя (мы вас, дескать, предупредили...); это, прежде всего — защита от потери денег, в частности, от судебных исков клиентов⁷. Здесь два механизма: информированное согласие и раскрытие конфликта интересов. В первом случае не всегда достигаемая польза — вторична, во втором, удивительная процедура отпущения будущих грехов — чисто символический акт имитации “честной игры” (подробнее здесь [23]). Эти две конвенции характерны для официальной, как правило, медицинской деятельности, поскольку там производители продвигаемого на рынок продукта и его “применители” — разные люди.

Проф. В. Д. Менделевич в дискуссии с автором этой статьи, в своем ФБ [24] уверял, что человек раскрывший конфликт интересов, “ставит на кон свою репутацию” и, поэтому, он почему-то (?) не станет рекламировать негодный продукт. Это — безусловно желаемое свойство процесса. Истинная ценность продукта может быть вообще неизвестна, или ведома только узкому кругу лиц, а репутация в равной степе-

ни на кону и у декларирующих и у не декларирующих “конфликт интересов”. Просто одни соблюдают “приличия” (едят, пользуясь салфеткой), а другие нет.

“Философское” сопровождение небезвозмездных практик

Поскольку большинство деятелей пси-культуры претендует на интеллектуальное превосходство над “средним человеком”, то они с удовольствием конструируют из своих, по большей части весьма скромных занятий — “философию”. Это неудивительно, ибо этот ярлык сегодня уже присвоили себе любые формы продаж (например, [25]). Понятно, что на этих “философских развалах” можно найти предметы на любой, как правило, незатейливый вкус⁸.

Взглянем, для примера, на брызжущий “экзистенциальным смыслом” фрагмент списка занятий для людей с философским взглядом на жизнь, одного из видов ПТ.

“Список приятных занятий для поведенческой активации” (выборка с сохраненной нумерацией):
1. Лежать в ванной с пеной 2. Планировать карьеру 3. Коллекционировать вещи (монеты, ракушки и т.п.) 43. Сделать комплекс ухода за кожей 44. Пойти на вечеринку 45. Думать о покупке новых вещей 59. Подумать, что я хороший человек 60. Организовать себе день, свободный от дел 71. Зарегистрироваться на сайте знакомств 74. Флиртовать 108. Думать о своих достижениях 127. Медитировать 146. Получить/сделать кому-нибудь массаж и т.д. [26].

Вся эта “философия” прорастает и в искусство, где гнездятся в основном уже потенциальные клиенты (покупатели). Тоже, скажем, не последние в плане амбиций граждане. Для этих людей, претендующих называться интеллектуалами, но которых, в основном, интересуют “умные разговоры ни о чем”, а также легализованная похабщина, идеи в виде “голливудской фрейдятины” — самое оно...⁹. Но главное то, что “философия” ширится и, с помощью СМИ метастазирует

⁸ “Духовный интеллект мы называем мудростью”. “Духовность, изучением и развитием которой мы занимаемся, относится к светскому гуманизму, включающему духовность русской и советской интеллигенции, представления великой русской философии, достижения великих мыслителей различных религиозных школ, конфессиональные представления великих религий, духовные традиции Востока, концепции психологии и психотерапии” [14].

⁹ Можно, например, изобрести психокатализ, добавив благозвучие метафор достижений физики: “В то время, как в аналитике пытаются понять семейно-обусловленные ограничения поведения и разрешить тем самым проблемы, призматически-каталитическое решение и “Я”-трансформация дают возможность освобождающего раскрытия для “Я” и “Я-связей” новых областей свободы и пространств для созидания” [27]. Невольно вспоминается из В. Высотского: “Их вчера в стеклянной призме к нам в больницу привезли”...

⁷ Естественно, что неискушенному потребителю они подаются, как механизмы “развитой демократии”.

в обыденную жизнь, формируя определенную культуру потребления услуг, заставляет даже простолюдинов артикулировать свои жалобы, например, психоаналитическим или иным, сообразным рынку услуг, образом.

Социальный отбор. Схожесть личностных устремлений практикующих небезвозмездные виды пси-услуг

Поскольку не всем ПТ-там и аналитикам повезло родиться жаками лаканами в семье виноторговца, то биографии и судьбы многих коммерчески успешных, в том числе российских, продавцов пси-услуг чрезвычайно похожи на биографии З. Фрейда и С. Ганемана¹⁰ (похожи даже географически — перемещением из провинции в столицы и т.д.). Нередко от них (как и от некоторых российских олигархов), как в известном анекдоте, можно услышать истории “сделавших себя сами людей”, как они “бедствовали в прошлом, что в детстве у них совсем не было игрушек, и если бы они не были мальчиками им совсем не во что было бы играть...”. Теории психоанализа дают им возможность такую игру продолжать.... Не случайно, что в России, у истоков ПА стояли сексопатологи, психоэндокринологи и пр. специалисты по устранению эректильной дисфункции и т.п. вещей.

В ироническом эссе “Кукла”, написанном более 30 лет назад и опубликованном только что, 2020 [29] я пытался показать, что уже тогда было понятно — как индустриальное развитие медицины/парамедицины может трансформировать ПА-практику, обнажив ее истинный смысл. Многие нынешние ПА/ПТ-ты уже превращаются в службу при “программах для смартфонов” [30] или в живые куклы у кушеток своих клиентов. Забавно, что и по внешнему облику, и по образу жизни, они нередко имитируют своих кумиров. Носят бабочки и бороды “а-ля Фрейд” и т.д. Их легко узнать, оглянувшись вокруг... . Надо ожидать, что по мере “цифровизации” пси-пространства они заместятся своими резиновыми аналогами, неким подобием продукции секс-шопов, как это происходит в сфере оказания интимных услуг, что клиенту опять же выйдет дешевле.

Обычно пальму первенства в пси-деятельности, по масштабам влияния на общество и распространению идей принято отдавать Фрейду. Это несправед-

ливо. Я ставлю впереди великого (без всякой иронии) плацебо-психотерапевта С. Ганемана, опередившего Фрейда на целое столетие (!)...¹¹. С. Ганеман уделил довольно много времени не только “научной” стороне своего дела, но и существенно усовершенствовал современную ему систему взимания денег с клиентов. Вот интересный для нашей экономической темы фрагмент текста из работы Роберта Ютте (2002), который несет заряд неподдельной эмоциональности и заслуживает быть обильно процитированным.

“Деньги, даже небольшая сумма, приносят радость; если я положил в карман то, что мне причитается, это означает, что я работал не зря, не в надежде на одолжение, кротко ожидая и гадая, заплатят мне или нет... Мир неблагодарен. Даже богатый человек должен заплатить за каждое предписание немедленно или к концу месяца, иначе он может идти туда, где ему больше нравится.

Мы не аллопаты, которые, используя высокие официальные ставки оплаты услуг, могут требовать через суды оплату своих огромных счетов за совершаемые злодеяния. Мы немедленно должны взять то, что мы заработали, иначе мы недостойны симпатии, иначе мы согрешили против самих себя и таких же как мы, а на вершине всего этого — коварный мерзавец, которому мы, возможно, посмеется за наш счет”. “Это был другой вопрос — пишет Р. Ютте — в котором Ганеман опередил своих оппонентов-врачей. В то время как последние не имели никакого желания или были неспособны опрокинуть традиционную систему оплаты, которая требовала огромной уверенности в готовности пациентов заплатить, развлекая себя спорами о необходимости введения всеобщих официальных ставок оплаты медицинских услуг, Ганеман воспользовался возможностью, открывшейся для него в сфере “альтернативной” медицины, и ввел систему оплаты, которая широко распространена сегодня (в немного измененной форме) даже в конвенциональных частных практиках в США, Великобритании и Израиле: никакого лечения без наличных! (2002)” [31].

Под этими словами подпишется большинство современных психотерапевтов и аналитиков, некоторые из которых ныне проводят “легендарные” тренинги, позволяющие их участникам “Почувствовать и осознать магию и очарование денег” [32].

Здесь уместно вспомнить написанное по другому поводу: “Разномастные религиозные течения так называемого “нового века” буквально упиваются всякой тарабарщиной, фальшивым научным языком — механически заученной, наполовину (нет, больше, чем наполовину) недопонятой терминологией: энергетические поля, вибрации, теория хаоса, теория катастроф, квантовое сознание”.< ...> “Один целитель выпустил целую серию книг о так называемом “квантовом лечении”, оказавшую самое целительное воздействие на его благосостояние” [28].

¹⁰ Изобретатель гомеопатии С. Ганеман, вполне заслуживает почетного звания плацебо-психотерапевта.

¹¹ Мне скажут, мол С. Ганеман (как и З. Фрейд, кстати) искренне верили в действенность своих методик и т.п. Отвечаю: во-первых, это не имеет значения т.к. время давно уже расставило все по своим местам, во-вторых, уже во времена С. Ганемана окружающие его врачи прекрасно понимали, что именно он делает. Достаточно почитать какой он подвергался “травле” за свои “прогрессивные” идеи...

Циничная откровенность, безо всяких околичностей перейти прямо к делу — логическое завершение эволюции небезвозмездных услуг по пошиву платьев голого короля... Деньги, будучи абстрактным эквивалентом чего угодно, несомненно, являются для продавцов этих услуг мифологическим мерилom искомой ими Власти¹², а многим, еще и показателем “освобождения” от собственной ущербности, (“харизма неполноценности”), наличие которой, как справедливо отмечалось И. Шифером (I. Schiffer (1975), цитируется по [2]) является необходимым условием существования психотерапевта. Как в анекдоте о том, что “социализм — есть коммунизм минус электрификация всей страны”, происходит аналогичное прочтение знаменитой максимы: “Если я такой богатый, то, стало быть, умный (успешный, и т.п. по вкусу)”... Это встречное течение процесса исцеления, взаимного с клиентом, где последнему достается немного иной дискурс: “Если я заплатил столь большую сумму, то я не дурак, как могло бы показаться...нет! я купил себе ну очень хорошее, самое качественное... (далее по вкусу: Здоровье, Мудрость, и пр. и т.п. ...).

Экономические процессы всегда нуждаются в идеологическом сопровождении. В этой связи интересно, что поставщики небескорыстных услуг, ПА-тики — особенно, давно, и со свойственной им скромностью, одержимы идеями перестройки общества на свой лад. Они любят провозглашать себя “защитниками гуманистических ценностей, гражданского общества, личности, Свободы” и т.п. и, естественно, борцами с “тоталитарными режимами”, как бы “не понимая” (вероятно, иногда действительно не понимая), что при режимах, которые они так называют¹³, платные формы помощи просто вымываются из пространства услуг, ввиду отсутствия денег у большинства населения¹⁴. Как почти 30 лет назад [5], так и теперь [33] — равным образом ничего не изменилось. Почти агрессивная настырность, с которой это происходит, даст фору иному тоталитаризму: каждая по-

пытка “изгнать меня из храма”, будет объявлена тоталитарной...

У этого процесса в России несколько взаимодействующих составляющих. 1) выглядеть “призванными” (“Харизма призвания” Schiffer I, цит. по [2]¹⁵) и прогрессивными, 2) снискать одобрение у внешних опекунов-кураторов, ибо подавляющее число таких организаций, “академий”, “высших школ”, “лиг” (почему не гильдий?) на просторах бывшего СССР — первоначально самодельные структуры, созданные, существующие и сертифицируемые под международным патронажем лицами, еще долго получающими свой нал, причитающийся им в этой пирамидальной финансовой системе супервизий, и, главное, 3) упорная попытка залезть в государственный карман¹⁶, в который “тоталитарные” режимы, даже с псевдо-рыночной экономикой чужим залезть не позволяют...

Отсюда два выхода: либо примкнуть к какой-нибудь “оппозиции” в надежде, что следующая “нетоталитарная” власть их заметит, запомнит и даст, наконец, полакомиться от бюджетного пирога (см. ниже), либо стать “своим”. Например, войти в качестве идеолога Прогресса, в структуры афилированного с государством крупного банка, обаяв руководство “научными” баснями. [33А]). И тут происходит сращивание этих структур с властью.

Рождение партийной идеологии

Сращивание с Властью (мафиозо-подобные структуры) как гарантия существования и обретения власти собственной, это не российский процесс, как может показаться. На Западе, в тех странах, ментальность населения которых уже структурирована, например, ПА-образом, вся политическая элита лежит на кушетках¹⁷. Власть всегда имеет своих домашних пророков — распутины, ванги, джуны или психоаналитики (чтобы было “как в цивилизованном” обществе...). Любая, а не только “тоталитарная” власть,

¹² “Мы говорим деньги, подразумеваем — Власть! ...”

¹³ В России, в частности, они имеют дело с сословным постсоветским обществом, в которое они встроены в виде коммерсантов.

¹⁴ “Достаточно посмотреть на многочисленных адептов этого учения, особенно в странах нарождающегося капитала, где сам факт стремительной реинкарнации психоанализа, похороненного, будто бы советской властью, красноречиво *говорит об органической связи этого явления с частной собственностью, Рынком, и социальным расслоением*, а не с “отсутствием в русском обществе понятия Субъекта (suget)” (Автономова Н. 1994), “засильем материализма в лице павловского учения” (Домич З. 1994), “бушевавшем в России сифилисом” в эпоху расцвета ПА в Европе, “соборностью русского сознания” и прочими, вполне правдоподобными измышлениями об исчезновении ПА в советскую эпоху”.

Развенчание посткоммунистического мифа об “освободительной силе психоанализа противостоящего тоталитарным режимам” дано в блестящем предисловии А. М. Руткевича, к книге Роже Дадуна, ФРЕЙД, (АО ” Х.Г.С. ”, М.: 1994,). 1996 [5].

¹⁵ Иноземное, пришлое происхождение ПА и многих ПТ-техник обеспечивает его воплощение “харизму человека со стороны”. И здесь харизма двойная: не только со стороны, но еще из Свободного мира!

¹⁶ Здесь они имеют дурной пример Запада, где в некоторых странах (отчасти уже “отрезвевших”) одно время психоанализ и т.п. оплачивались из средств социального страхования.

Что до России, то “Вся коммерция у нас при бюджете” [34].

¹⁷ В 1990-е гг. министр одной европейской страны, опекал распространение ПА в странах Восточной Европы, а его любовница — лежала на ПА кушетке у одного из исполнителей проекта. Власть поменялась, и в 2010 тот же аналитик уложил

прежде всего, в лице своих спецслужб (см. главу Советская пушнина — международному психоанализу в [33Б]), а теперь еще и бизнеса, всегда питала большой интерес к любым техникам манипуляции человеческими поступками. Примером может служить деятельность, психоаналитического по своему происхождению, Тавистокского института...¹⁸

Политико-экономические аппетиты российского ПА, пустившего крепкие корни в “эпоху развитого алкоголизма” власти — “Святые 90-е”¹⁹, провозглашаются патетически и откровенно, и, обратите внимание — с ощущением полного права и даже обязанности делать “общественно-полезное” дело: *“Должно ли наше сообщество влиять на политическую, социально-экономическую жизнь страны, косвенно или прямо участвуя в предвыборных кампаниях²⁰, различных экспертизах и в других прикладных областях с использованием психоаналитической методологии? Можно ли сегодня, да и во все времена в России <...> обходиться без государственной и подобной помощи в деле развития психоаналитического движения в РФ? <...> специалисты по прикладному психоанализу <...> могут и будут заниматься поиском приложения своих сил в сферах политики, экономики, права, управления, образования, социальной педагогики, культуры и искусства”*. [35]. То есть “работники психоаналитического прилавка” в России сами предлагают свои услуги любому режиму, параллельно спрашивая денег на “ремонт Провала”.

Профессиональные пси-сообщества сами образуют партийные структуры и рожают партийную идеологию [5]. Чтобы держаться и преуспевать внутри к.л. организованной группы нужно демонстрировать преданность ее идеалам, декларируя ее ценности и воспроизводя ее язык²¹ (даже с фигой в кармане)..., а также надо, как “убежденные” комсомольцы, истерически себя накручивая, в эти идеалы “верить”, что-

бы пытливые и подозрительные ко лжи клиенты эту Веру ощущали. Спаянные жесткой “партийной” дисциплиной и контролем, эти организации воспроизводят структуры КПСС или ОПГ, где критика тех или иных идеалов или их носителей становится опасным делом и жестоко пресекается [17] [5]. То есть люди, отстаивающие идеалы Свободы и Демократии очень быстро начинают указывать другим, как надо “Родину любить”...²²

Декларации и дела — разные вещи и разные курсы. Весьма интересно, что у многих психотерапевтов и большинства психоаналитиков существует два отдельных, контрастных дискурса: нарочито переусложненный, и порой невоспроизводимый маркетинговый дискурс, для “поболтать об умном” с коллегами и потенциальными клиентами, страшая их умом, и другой для клиентов состоявшихся. С последним они, как правило, подчеркнута и проективно немногословны. В некоторых случаях это просто молчание²³... При этом так же, как это было в советской психиатрии, у ПА уровни анализа объекта (субъекта) и вмешательства в него не совпадают, а иногда вовсе не имеют друг с другом ничего общего [5 С. 67, 69, 70].

При всей неоднородности пси-сообществ, с их бесконечными дразгами и идеологической борьбой за “правильные” взгляды и “настоящие” дипломы, их крепко объединяет один предмет — деньги! То есть это — борьба за пищевые ресурсы, в рамках “принципа конкурентного исключения”.

Попытка искать причины распространения и живучести методов и идей в их содержании, столь же понятна, сколь наивна. Так С. Ганеман и З. Фрейд — спонтанные открыватели гениальных бизнес-проектов — технологий “отъема денег у населения”. И прежде всего, поэтому они столь распространены, живучи и неубиваемы²⁴, что обычно выдается за подтверждение их эффективности.

на кушетку сестру жены нового президента (личное сообщение от автора настоящей статьи, НЗ). В России некто Р. получил из рук обманутой им ельцинской семьи “психоаналитический особнячок”... [5] и т.д.). Когда власть выделяет какие-то ресурсы “на ПА” мне вспоминается, как ученик просил денег у бабушки, которые в школе велели принести “на перпендикуляр”...

¹⁸ Эта деятельность иногда именуется скромным эвфемизмом “социальное консультирование”... [33].

¹⁹ Указ Президента РФ “О возрождении и развитии философского, клинического и прикладного психоанализа” № 1044 от 19.07.1996 года.

²⁰ В оригинал этого текста “вкралась” замечательная “оговорка по Фрейду”: слово кампания (предвыборная) в нем написана ... через “о” — “компания” (!)... [35] Несомненно, что вся эта ПА-кОмпания, если потребуется, устроит нам и “правильные” выборы и все остальное...

²¹ Читатель может полюбоваться текстом, будто заимствованным из документов пленума КПСС/ВЛКСМ: *“Ведущие психоаналитические общества, их руководящие органы вполне способны в здоровом, конкурентном и стимулирующем ключе цивилизовать, формировать, развивать, контролировать и поддерживать на достойном уровне рынок психоаналитических услуг в РФ”*. [ibid.]

²² “Печальная правда заключается еще и в том, что идеобалическая мотивация лучше всего реализуется через тоталитарные властные структуры” [17].

²³ Вот реальный “навскидку” найденный отзыв клиента: *“Слушает внимательно. Сложилось впечатление, что когда слушает, то думает о своем. Приятная внешность, уютный кабинетик. Врач умеет зарабатывать на своем дипломе. Больше нечего сказать”*. <https://prodoctorov.ru/penza/vrach/239574-pribytkov/> (Дата обращения 15/07/2020).

²⁴ Хорошим свежим примером является неудачная попытка заклеить гомеопатию как “лженауку”. Как с гуся вода... [36] [37].

Поэтому, заявления критиков различных пси-технологий, что они “не работают” не совсем соответствует действительности...

ЛИТЕРАТУРА

1. *Сосланд А. И.* О психологкратии. Московский Психотерапевтический Журнал (2007 1 (49), с. 182 – 199) <http://flogiston.ru/articles/therapy/psychologokratiya> дата обращения 02/09/2020.
2. *Сосланд А. И.* Фундаментальная структура психотерапевтического метода, или как создать свою школу в психотерапии — М.: Логос, 1999. — 368 с.
3. *Вартофский М.* Модели. Репрезентация и научное понимание. Пер. с англ. Общ. ред. и послесл. И. Б. Новика и В. Н. Садовского. — М.: Прогресс, 1988. — 507 с. URL: <https://www.live-lib.ru/author/183094-marks-vartofskij>.
4. *Зорин Н. А.* О все более полном удовлетворении растущих потребностей российского населения в оценке технологий здравоохранения. Часть I. Индустриальная модель медицины. Внедрение технологий. Проблемы терминологии. Пластическая хирургия и косметология 2014 (1), 58 – 63. URL: https://www.academia.edu/38796321/О_все_более_полном_удовлетворении_растущих_потребностей_российского_населения_в_оценке_технологий_здравоохранения_Часть_I_Индустриальная_модель_медицины_Внедрение_технологий_Проблемы_терминологии.
5. *Зорин Н. А.* Скромное обаяние психоанализа. Независимый психиатрический журнал III, 1996 с. 66 – 71 URL: http://npar.ru/wp-content/uploads/2016/02/%E2%84%963_1996.pdf
6. *Оссовская М.* (1987) Рыцарь и буржуа: Исслед. по истории морали: Пер. спольск. К. В. Душенко / Общ. ред. А. А. Гусейнова; Вступ.ст. А. А. Гусейнова и К. А. Шварцман. — М.: Прогресс, — 528 с.
7. Жан-Пьер Дюпюи Медицина и власть. Памяти Айвана Иллича. *Medicine and Power. A Tribute to Ivan Illich.* Jean-Pierre Dupuy. Centre de Recherche en Epistemologie Appliquee, Ecole Polytechnique — CNRS, Paris, France. Перевод с английского Елены Каменской. Цитир.по https://strana-oz.ru/2006/1/medicina-i-vlast#_ftn1.
8. *Зорин Н. А.* Круговорот пороков, болезней и добродетелей. Альманах Центра исследований экономической культуры, специальный выпуск “Экономика пороков и добродетелей”. М., СПб.: Из-во Института Гайдара, 2016. URL: https://www.academia.edu/37962771/КРУГОВОРОТ_ПОРОКОВ_БОЛЕЗНЕЙ_И_ДОБРОДЕТЕЛЕЙ_КАК_ИНСТРУМЕНТОВ_УПРАВЛЕНИЯ_ЭКОНОМИЧЕСКИ_ЗНАЧИМЫМ_ПОВЕДЕНИЕМ
9. *Фрейд З.* Введение в психоанализ: Лекции. М., 1989. С. 105. Цитирую По: file:///C:/Users/%D0%9D%D0%B8%D0%BA%D0%B8%D1%82%D0%B0/Downloads/51262462.pdf Д. С. Дамте Психоанализ и религия: взгляд советских исследователей / Отечественная и зарубежная психология религии: параллели и пересечения в прошлом и настоящем: коллективная монография / Сост. К. М. Антонов. — М.: Изд-во ПСТГУ, 2017. — 252 с.
10. *Симашенков П. Д.* Исследовательский компонент в профессиональной подготовке студентов-историков // Научно-методический электронный журнал “Концепт”. — 2020. — № 3 (март). — С. 28 – 39. URL:https://www.academia.edu/42349519/Симашенков_П_Д_Исследовательский_компонент_в_профессиональной_подготовке_студентов_историков_Научно_методический_электронный_журнал_Концепт_2020_3_март_С_28_39
11. *Дьяков, А. В.* Жак Лакан. Фигура философа [Электронный ресурс] / А. В. Дьяков. — М.: Территория будущего, 2010. — 558 с. (с. 403); URL: https://books.google.ru/books?id=e_yiAAAAQBAJ&pg=PT393&lpg=PT393&dq=Лакан%2Взолотые+слитки&source=bl&ots=G6e_kYZPyy&sig=ACfU3U18euOCSixferuJ9KjBPSrixh1Q&hl=en&sa=X&ved=2ahUKewj_z3SpKnpAhUPyaYKHS8nApkQ6AEwAXoECAoQAQ#v=onepage&q=Лакан%2Взолотые%20слитки&f=false.
12. *Дарья Романовна Трутнева, Владимир Давыдович Менделевич.* После психотерапии. Неврологический вестник. 2019; Т. LI (4): 10 – 16.
13. *Славой Жижек.* Эпидемии похожи на войну: они могут продолжаться годами (08 мая 2020 / 23:20. обращение к portalu: 10 мая 2020 14:17) <https://centerforpoliticsanalysis.ru/position/read/id/epidemii-pohozhi-na-voynu-oni-mogut-prodolzhatsja-godami>.
14. *Макаров В. В.* Новая психотерапия каждого дня и всей жизни. URL: <https://oppl.ru/psihoterapiya/novaya-psihoterapiya-kajdogodnya-i-vsei.html>.
15. *Ольшанский Д.* Психоанализ противопоказан рабам. Они могут перестать быть рабами. 2020. Электронное периодическое издание “Новый Компаньон”, URL: <https://www.newsko.ru/articles/nk-5592615.html> (Дата обращения 28/08/2020)
16. *Сосланд А. И.* Нас спасет клиент. Психология. Журнал Высшей школы экономики. 2006. Т. 3, № 1. С. 110 – 119 <https://cyberleninka.ru/article/n/nas-spaset-klient/viewer>.
17. *Сосланд А. И.* Об идеологической сущности психотерапевтического сообщества / Интернет публикация; Май 30, 2006. URL: <http://flogiston.ru/articles/therapy/ideoballia> (Дата обращения 21 окт. 2020).
18. Появилась новая ветеринарная услуга — психоанализ для собак URL: <https://zoo.rin.ru/cgi-bin/index.pl?id=2&art=2818> Дата обращения 28/09/2020.
19. *Павличенко А. В.* Изменение концепции шизофрении: настало ли время для переименования? Психиатрия и психофармакотерапия, 2017; 19(1): 50 – 56.
20. *Зорин Н. А.* Заступническая молитва. способна ли она помочь исцелению?(по материалам доказательной медицины) “Главный врач” № 6, 2003.
21. *Зорин Н. А.* Доказательная медицина и психотерапия: совместимы ли они? URL: https://www.academia.edu/38539213/Доказательная_медицина_и_психотерапия_совместимы_ли_они.
22. *Дерикот Н.* Здесь был Фрейд. Почему психоанализ — это маргинальщина. Нож. Интеллектуальный журнал о культуре и обществе, 2019, <https://knife.media/anti-freud/> Дата обращения 28/08/2020.
23. *Зорин Н. А.* Безгрешные ретрансляторы лжи или механизмы перекладывания вины в медицине, как форма легитимизации обмана, 2020 Интернет-публикация URL: https://www.academia.edu/42222674/БЕЗГРЕШНЫЕ_РЕТРАНСЛЯТОРЫ_ЛЖИ_ИЛИ_МЕХАНИЗМЫ_ПЕРЕКЛАДЫВАНИЯ_ВИНЫ_В_МЕДИЦИНЕ_КАК_ФОРМА_ЛЕГИТИМИЗАЦИИ_ОБМАНА
24. *Менделевич В. Д.* URL: <https://www.facebook.com/mendeleovich.vladimir>.
25. *Скавинская Е. Н.* Философия продаж: учебное пособие / Н. Скавинская. Томск: Эль Контент, 2014.—116 с. URL: <https://studfile.net/preview/5970384/>
26. *Селицкий В. С.* Примеры поведенческой активации. Интернет-публикация URL: <https://www.b17.ru/blog/70715/> / дата обращения 05.10.2020.
27. *Макаров В. В.* Призматический психокатализ URL: <http://www.psychocatalysis.com/methode/methode-nach-drees-ru.html>.
28. *Докинз Р.* “Расплетаю радугу” цитир. по URL: <https://republic.ru/posts/96779>.
29. *Зорин Н. А.* Рыночный дрейф медицины и парамедицинских ремесел (на примере психоанализа), Неврологический вестник журнал имени В. М. Бехтерева 2019; LI(4): 73 – 75. URL: <https://journals.eco-vector.com/1027-4898/article/view/17533/pdf>.
30. *Трутнева Д. Р., Менделевич В. Д., Менделевич В. Д.* Психотерапия без психотерапевта, Неврологический вестник журнал имени В. М. Бехтерева 2019; LI(3):20 – 27
31. *Ютте Р. И.* [деньги] накапливаются в кошельке доктора без раздражения со стороны пациента: Самуэль Ганеман и проблема гонораров. Dinges M. (Ed.) Patients in the history of homeopathy. Sheffield, 2002, pp. 33 – 51. URL: https://1796web.com/homeopathy/biography/hahnemann_and_fees.htm оригинал здесь https://1796web.com/pdfs/EAHMH_5_03Jue.pdf (Дата обращения май 2020).

32. Легендарный тренинг профессора В. В. Макарова Деньги и вся наша жизнь в условиях кризиса. <https://smartafisha.ru/msk/event/legendarniy-trening-professora-vv-makarova-dengi-i-vsya-nasha-jizn-v->. Дата обращения: октябрь 2020.
33. Романов И. Ю. Психоанализ, общество и психоаналитики, Журнал практической психологии и психоанализа, 2006, № 2, URL: <https://psyjournal.ru/articles/psihoanaliz-obshchestvo-i-psihoanalitiki>.
- 33А. Андрей Курпатов и Герман Греф. Как информационная перегрузка влияет на мышление 2/08/2017 https://yandex.ru/video/preview/?text=курпатов+и+сбербанкpath=wizard&parent-reqid=1601818671857436-245218306026344471700266-production-app-host-man-web-up-130&wiz_type=vital&filmId=10594471438451914763&url=http%3A%2F%2Fwww.youtube.com%2Fwatch%3Fv%3Dg-9i9SXh8I (Дата обращения 16 окт.2020).
- 33Б. Эткин А. М. Эрос невозможного: Развитие психоанализа в России — М.: Гнозис; Прогресс-Комплекс, 1994. — 376 с.
34. Кордонский С. Как устроена Россия https://expert.ru/russian_reporter/2012/08/kak-ustroena-rossiya/; дата обращения 29/09/2020.
35. Харитонов А. Н. О современном состоянии психоаналитического движения в России. <https://arbat25.ru/o-czentre/publikaczi-i-stati/o-sovremennom-sostoyanii-psihoanaliticheskogo-dvizheniya-v-rossii>], 2017. Дата обращения 16 окт 2020.
36. Зорин Н. А. Научная журналистика, доказательная медицина, гомеопатия и “комиссии по борьбе”. Интернет публикация. URL: https://www.academia.edu/38081617/Научная_журналистика_доказательная_медицина_гомеопатия_и_комиссии_по_борьбе.
37. Зорин Н. А. Гомеопатов просят не беспокоиться, Медвестник 27.02.2017. URL: <https://medvestnik.ru/content/interviews/Gomeopatov-prosyat-ne-bespokoitsya.html>.

От редактора. Яркий, не просто эмоциональный, а даже аффективный, и в силу уже одного этого публицистичный текст явно одномерен в марксистском духе экономического редукционизма.

Разумеется, это очень важный фактор, но хотя в Природе (флоре, фауне и человеческом обществе) мы видим огромное разнообразие форм паразитизма, к нему она не сводится: ведь паразитируют на чем-то. Наконец, особняком стоят многообразные симбиотические формы, которые противоположны паразитизму. Одно это снимает в этой проблеме дихотомичность как олигомерность. Выгода или — спокойнее — польза, утилитарность — одно из многих универсальных измерений. Проблема состоит в пропорциях, соотношениях с другими ценностными измерениями в каждом конкретном случае, в порядке их приоритетов.

Атаковать психотерапию вообще, в целом, включая психоанализ, апеллируя к доводу, что так лечили “столетия тому назад”, — бессмысленное занятие. Мы же уже не критикуем ЭСТ или психохимию оптом в первоначальном виде. Они преобразились настолько, что превосходят психофармакотерапию. Преобразились и психоанализ, более того, в иных его версиях это только модное в некоторых странах самонаименование.

Но из того, что фармакобизнес приносит доход, превосходящий наркобизнес, не следует делать категорические универсальные выводы. Это основной порок экспансии и монополизма эпидемиологического, т.е. массового социологического, в конечном счете чисто индуктивного количественного подхода, который хо-рош на своем месте, для своих целей, но не должен забывать и подменять индивидуальный, качественный подход, который необходим врачу в конечном счете. Отсутствие откликов на столь страстные, зовущие к дискуссии тексты Никиты Александровича, я думаю, понятны, в этом нет ничего парадоксального. Дело в том, что по понятным причинам число читателей самого журнала ограничено. Наконец, настолько велик вал других непрочитаемых текстов, настолько все загромождены растущей бюрократической отчетностью, не говоря уже о скользкой теме, что порадовать могла бы даже одна, но заинтересованная критическая работа. Ведь даже монография Арона Исааковича Белкина “Запах денег” не вызвала широкого обсуждения. В наше время размах коррупции настолько грандиозен, что давно не нуждается не только в обонятельных, но даже зрительных и тактильных рецепторах. Сейчас это чуть ли не тотальная среда обитания, воздействия здоровья и поведения.

Региональный конгресс Всемирной психиатрической ассоциации

ПСИХОПАТОЛОГИЯ В ПЕРИОД ПЕРЕМЕН

7 – 9 июля 2021 г., Киев, Украина

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

Параноидная шизофрения с сенсорными автоматизмами

Разбор ведет А. А. Шмилович¹, врач-докладчик А. И. Толмачева²
(ПКБ № 4 им. П. Б. Ганнушкина, 24.09.2020)

Врач-докладчик: Уважаемые коллеги! Вашему вниманию представляется пациентка Евгения Игоревна Д. (имя изменено), 1985 г.рожд. (35 лет). Поступила в ПКБ № 4 им. П. Б. Ганнушкина 16.09.2020 г.

Цели клинического разбора:

1. Проведение дифференциальной диагностики.
2. Выделение и квалификация основного психопатологического синдрома (синдромов).
3. Выбор стратегий и тактик психофармакотерапии и биопсихосоциальной реабилитации пациентки.
4. Определение социально-трудового прогноза.

Анамнестические сведения (со слов пациентки, родственников, медицинской документации). Наследственность отягощена: дядя по линии матери закончил жизнь самоубийством в 27 лет (застрелился). Родилась и выросла в г. Москве старшим ребенком из двух детей, в полной семье. Беременность и роды у матери протекали без патологии. Ранее развитие своевременное, ДДУ не посещала, воспитывалась дома матерью, была послушной, тихой, осторожной. В период до года лежала в кроватке, иногда “сжималась”. По поводу этого обращались к психиатрам, диагноз выставлен не был, состояние купировалось самостоятельно. В 4 – 5 лет был период, когда начинала стереотипно раскачиваться взад-вперед по 2 – 3 минуты, к врачу с данными жалобами не обращалась, состояние нивелировалось самостоятельно. С 5 лет занималась изучением английского языка, рано научилась читать.

В школу пошла в 7 лет. Училась охотно, с интересом, была усидчивой, исполнительницей, дисциплинированной. Предпочитала гуманитарные предметы, продолжала заниматься на курсах английского языка. По характеру была замкнутая, тревожно-мнительная, избирательно общительная, имела 2 – 3 близких подруг, любила фантазировать.

Менструации с 13 лет, нерегулярные. Консультировалась у гинеколога, терапия назначена не была, цикл установился самостоятельно. С этого времени

стала замечать, что окружающие “смотрят на ее половые органы”, при этом испытывала внутреннее волнение, тревогу. С этого периода снизилось настроение, стала высказывать недовольство своим внешним видом, в связи с физиологическим ростом груди. Опасалась того, что взрослеет и “превращается во взрослую женщину”.

Впервые обратилась к психиатру, но лечение не получала, состояние прошло самостоятельно через несколько месяцев. В старших классах оставалась в стороне от сверстников, перестала поддерживать общение с подругами. Закончила 9 классов на “отлично”, перешла в другую школу, но отношения со сверстниками не сложились, была стеснительной, замкнутой. Успеваемость была выше среднего. В 17 лет вновь перешла в другую школу, но отношения с одноклассниками вновь не складывались.

Закончила школу в 2002 году, затем поступила в Институт Славянской культуры РГУ им. А. Н. Косыгина, на дипломатический факультет. На протяжении учебы в институте была активной, деятельной, с учебой справлялась, появились друзья и близкая подруга.

С 2005 года (20 лет) состояла в отношениях с молодым человеком. Познакомились в г. Оренбурге, когда пациентка была на каникулах, после возвращения в Москву общения с ним поддерживала по переписке. С января 2007 года, на последнем курсе института нарушился сон, появились навязчивые мысли, что у нее слишком длинные ноги, слишком длинная шея, некрасивые плечи. Считала, что с такой фигурой невозможно жить. Обдумывала способы изменения внешности, собиралась обратиться к пластическому хирургу. Отмечала трудности при написании дипломной работы, так как была выше руководителя ростом. Закончила академию в 2007 году.

Летом 2007 года (22 года) общение “по переписке” прекратилось. На фоне переживаний снизилось настроение, решила, что молодой человек считает, что она “страшная — высокая”. Была плаксива, не выходила из дома, все делала через силу. В таком состоянии обратилась к психиатру, наблюдалась в дневном стационаре в ПБ№12 с сентября 2007 года, получала терапию: пароксетин, зипразидон, рисперидон, галоперидол, без существенного улучшения.

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

² Врач-психиатр отд. № 23 ПКБ № 4 им. П. Б. Ганнушкина.

После выписки состояние резко ухудшилось, продолжала считать себя “гигантом”, излишне высокой, хотела “укоротить себе ноги”, но не знала, как это сделать. Появилось ощущение, что окружающие ведут себя необычно: “суетливы, как тараканы”, испытывала чувство ненависти к ним. Ощущала “рассредоточенность”. Опасалась, что не сможет устроиться на работу. Жизнь казалась бесперспективной, появились мысли о нежелании жить.

С 13.11.2007г. по 29.01.2008 г. находилась на лечении в ФГБНУ “НЦПЗ РАМН”. С диагнозом: **вялотекущая шизофрения неврозоподобная, стойкая дисморфомания F21.3.**

Было проведено МРТ 26.11.2017: Заключение: Наружная и внутренняя сообщающаяся гидроцефалия.

Принимала терапию: лоразепам 2,5 мг, оланзапин до 25 мг, пиразидол до 100 мг, кветиапин до 500 мг, затем перфеназин до 30 мг, тригексифенидил до 6 мг, вальпроевую кислоту до 450 мг, реладорм 1 таб. В удовлетворительном состоянии выписана домой. Рекомендована поддерживающая терапия: лоразепам 0 – 0 – 5 мг, пиразидол 25 – 25 – 25 мг, перфеназин 10 – 10 – 10 мг, тригексифенидил 2 – 2 – 2 мг, вальпроевая кислота 150 – 0 – 300 мг.

После выписки из ФГБНУ “НЦПЗ РАМН” назначенную терапию принимала в течение двух недель. Так как в середине февраля дважды была рвота с примесью крови после еды, была осмотрена бригадой СМП, выставлен диагноз “хронический гастрит”. Терапия психотропными препаратами, кроме пиразидола, была отменена. Настроение оставалось снижено, идеи о недовольстве своей внешностью были актуальны. Не работала, ничем не занималась, залеживалась в постели, подолгу рассматривала себя в зеркале, оставалась недовольна своей внешностью, считала себя “гигантом”, “мутантом”, думала над тем чтобы “укоротить” ноги на 7 см. Жаловалась матери что ей “неудобно в собственном теле”.

Вновь проходила лечение в ФГБНУ “НЦПЗ РАМН” с 07.04.2008 года по 04.06.2008 года (2-я госпитализация) с диагнозом **шизофрения вялотекущая, синдром бредовой дисморфофобии F20.87.**

Сама настояла на стационарном лечении в ФГБНУ “НЦПЗ РАМН”.

В психическом статусе выявлено: активно делится своими переживаниями, считает, что у нее “огромный рост, слишком широкие плечи, очень длинная шея”. Называет себя “гигантом”, считает, что она выше всех пациентов в отделении. Говорит, что “ноги слишком длинные, особенно бедренная часть”, хотела бы укоротить ноги на 7 см. Высказывает недовольство своими волосами (“как солома”), руками, ногами (“слишком толстые”), животом, грудью (“совсем ее нет”). Жалуется, что ей “неудобно в собственном теле”, что такого чувства не было, когда она была ребенком. Говорит, что “не может больше так жить, это наказание”. Беспокоит тревога, сниженное настроение.

Фиксирована на мыслях о своей внешности, ничем не может заниматься, работать. Высказывает мысли о нежелании жить, но говорит, что никогда не совершит суицидальную попытку, так как “не хочет мучиться после смерти”. В отделении освоилась быстро, начала общаться с другими пациентами, с некоторыми “мерялась ростом”, сравнивала пропорции тела. За время лечения выровнялось настроение. Перестала говорить о своей внешности. Принимала терапию: азалептин 25 мг, трифлуоперазин 30 мг, вальпроевая кислота 450 мг, флувоксамин 50 мг, бипериден 5 мг, хлорпротиксен 50 мг, дулоксетин 60 мг, рисперидон 4 мг, тригексифенидил 6 мг. Выписана с поддерживающей терапией: дулоксетин 60 – 0 – 0 мг, рисперидон 2 – 0 – 2 мг, тригексифенил 2 – 2 – 2 мг.

Третья госпитализация в декабре 2008 года в ФГБНУ “НЦПЗ РАМН”, получала сертралин 100 мг, амисульпирид 300 мг, тригексифенидил 4 мг, аминоксалиновую кислоту 750 мг, однако настроение оставалось сниженным, большую часть времени проводила в постели, рыдала. Говорила, что не хочет жить с таким телом, жаловалась, что она очень высокая, что у нее “очень длинная бедренная часть ног”, просила их “укоротить”, постоянно смотрела в зеркало, отказывалась выходить на улицу, так как “все люди ниже ее, и она чувствует себя гигантом”. Отмечались нарушения сна, аппетит был снижен. Была переведена в ФГУ МНИИП Росздрава, с целью коррекции терапии. Находилась на стационарном лечении в период с 12.01.2009 по 20.02.2009. Получала анафранил 150 мг, кветиапин, **три сеанса ЭСТ**, после второго сеанса отмечалось улучшение, но после третьего стала жаловаться на тремор, головные боли и нарушение памяти. ЭСТ была прекращена, прежние жалобы возобновились. Анафранил увеличен до 250 мг, в схему введен кветиапин 200 мг. Состояние оставалось нестабильным. В схему терапии введен лития карбонат 900 мг в сутки. На данной терапии настроение стало ровным, переживания потеряли свою актуальность.

Была консультирована проф. С. Н. Мосоловым. Дифференциальный диагноз **между шизотипическим расстройством и декомпенсацией психопатии. Дисморфоманический синдром.** Рекомендовано снижение дозы анафранила, ламотриджин до 200, рисперидон 1 – 2 мг.

При выписке выставлен диагноз: **Шизотипическое расстройство. Дисморфоманический синдром. F21.0.** Поддерживающая терапия: анафранил 250 мг, лития карбонат 900 мг, кветиапин 200 мг, зопиклон 15 мг на ночь.

В марте 2009 года усилилась депрессивная симптоматика, практически не вставала с постели, в связи с чем госпитализирована в клинику им. С. С. Корсакова, находилась там с 20.04.2009 по 04.06. 2009 года, получала терапию: азалептин 75 мг, трифлуоперазин 30мг, вальпроевую кислоту 450 мг, тригексифенидил, прибавила 10 кг веса, состояние оставалось без суще-

ственных изменений. После выписки лето провела в деревне с бабушкой, общалась со сверстниками, настроение оставалось пониженным, сохранялась сосредоточенность на “изъясне”. Осенью 2009 года появилось ощущение “ползания медуз” в ногах, чувство “неудобности” в теле, особенно в области бедер.

С 21.09.2009 года по 23.10.2009 года проходила лечение (4-я госпитализация) в ФГБНУ “НЦПЗ РАМН”, с диагнозом: **шизофрения параноидная. Синдром бредовой дисморфофобии с вычурными сенестопатическими расстройствами. Изменения личности по шизофреническому типу с явлениями социальной дезадаптации. F20.01.**

При поступлении в психическом статусе: Жалуется на неприятные ощущения в ногах, от бедра до колена, “как будто ползают медузы”, данные ощущения возникают несколько раз в час, беспокоят больную. Больная считает, что у нее слишком длинные ноги, поэтому ей неудобно ходить, сидеть, постоянно чувствует их излишнюю длину. Хочет их укоротить. Разубеждению практически не поддается. На протяжении беседы несколько раз спрашивает, не кажутся ли врачу ее ноги слишком длинными. Полагает, что раньше ее спина была “уже и короче”, в настоящее время из-за изменившихся размеров появились боли и жжение в ней. Больная говорит, что кажется себе слишком высокой, когда носит обувь на каблуках, возникают головокружения и ощущение собственной “громкости”. Тревожится из-за невозможности работать и из-за потери друзей вследствие ее болезни.

Получала терапию. 1 схема: арипипразол до 20 мг, труксал до 100 мг, тригексифенидил 4 мг. 2 схема: амисульпирид до 600 мг, азалептин до 87,5 мг, тригексифенидил 4 мг. Выписана с поддерживающей терапией: амисульпирид 200 – 0 – 200 мг, азалептин 0 – 0 – 50 мг, тригексифенидил 2 – 0 – 2 мг, состояние существенно не изменилось, однако, ощущения “ползания медуз” редуцировались. Была выписана по настоянию родственников. После выписки из НЦПЗ практически сразу была госпитализирована в ПКБ № 1 им. Алексеева с 26.10.2009 г. по 23.04.2010 с диагнозом: **шизофрения шубообразная, затяжная депрессия с дисморфоманическим бредом.** Сохранялись прежние жалобы на недовольство внешним видом. В отделении постоянно жалуется на “неудобство в ногах”, “неустойчивость”, считает, что “ноги не выдерживают ее тела”. В отделении тускла, монотонна, бездеятельна, склонна к демонстрации и драматизации своего состояния. Терапия за время лечения неоднократно менялась: релиум в/м по 20 мг, курс витаминотерапии, парацетам, панангин, кокарбоксилаза, курс дегидратации, в дальнейшем получала amitриптилин, трифлуоперазин, в сочетании с диазепамом, хлорпротексеном и тригексифенидилом, без видимого улучшения. Далее получила схему — карбамазепин, имипрамин, сульпирид, так же без видимого улучшения. Прошла курс гемосорбции, в последующем назначен кветиапин до

800 мг в сутки, тригексифенидил 4 мг, дулоксетин 120 мг, карбамазепин 600 мг, также без видимого улучшения. В дальнейшем получала схему: флувоксамин 250 мг в сутки, карбамазепин 600 мг, реланиум 10 мг. На фоне этого лечения отмечалось значительное улучшение.

После выписки из ПКБ № 1 им. Алексеева в 2010 г. посещала ПНД № 17 по месту жительства. На одном из приемов в мае 2010 года пожаловалась на скованность во всем теле. Изменена схема терапии: арипипразол 15 мг, флувоксамин 100 мг, карбамазепин 300 мг. Регулярно посещала ПНД, принимала назначенную терапию, острой психотической симптоматики не наблюдала. Жалоб по существу не было. Не работала. Жила с родителями, занималась домашними делами. 22.03.2011 г. на приеме в ПНД предъявляла жалобы только на нарушение сна. Продуктивной симптоматики не выявлено. Высказывала намерения устроиться на работу. Проведена коррекция терапии: отменен арипипразол, карбамазепин, продолжен флувоксамин 100 мг 2 раза в день. В дальнейшем ПНД перестала посещать, принимать поддерживающую терапию, так как считала себя “здоровой”. С 2011 по 2012 год работала корректором в “Издания Максимова”. Работа давалась легко, но уволилась, т.к. “часто задерживали заработную плату”. Также состояла в романтических отношениях с мужчиной на 20 лет старше себя, параллельно искала другого мужчину на сайтах знакомств, так как понимала, что с этим мужчиной слишком большая разница в возрасте. 27.08.2012 обратилась в ПНД, на приеме высказывала жалобы на плохой сон, перепады настроения, трудности засыпания, чувство усталость по утрам. Был назначен зопиклон 7,5 мг. Проведена беседа. С 2013 г. по 2018 г. работала секретарем в различных фирмах: косметической, страховой, инвестиционной компании и т.д. Все места работы назвать затрудняется. Сообщает, что нравилось работать с людьми, общаться. Причиной частых смен места работы называет низкую заработную плату, плохие отношения в коллективе, удаленность офиса от дома.

В этот период у пациентки было трое близких друзей, с которыми она виделась каждую неделю, вместе гуляли, посещали выставки.

В этот период на протяжении 5 лет состояла в близких отношениях молодым человеком. Отношения со слов пациентки были “серьезные” — это была “настоящая любовь”. Собирались вместе жить, но сама пациентка переехать не решалась. На фоне “хороших отношений” молодой человек женился на другой женщине (!). После этого состояние изменилось, не видела смысла в жизни, снизился аппетит, похудела на 10 кг, ухудшился ночной сон, уволилась с работы, так как “ни физически, ни психологически не могла больше работать” (работала секретарем в инвестиционной компании “Метрополь”). С октября 2018 года неоднократно проходила лечение в ДС ПНД № 17,

принимала зипрасидон, вальпроевую кислоту, эсциталопрам, оланзапин, однако улучшения от проведенной терапии не отмечалось. С апреля 2019 года состояние ухудшилось, не видела смысла своего существования, стала принимать алкоголь, на фоне приема алкоголя перестала принимать лекарственную терапию.

С 24.04.2019 по 10.06.2019 находилась на лечении в ПКБ № 4 (17 отд.) с диагнозом: **F25.21 Приступообразная шизофрения, шизоаффективный вариант, смешанный аффективный тип.**

Предъявляла жалобы на плаксивость, сниженное настроение, чувство безысходности, безнадежности, апатию, нежелание что-либо делать, с кем-либо общаться, нарушение сна, снижение аппетита, рассказывает, что с июля 2018 года похудела на 5 кг. Свое состояние связывала с расставанием с молодым человеком “постоянно о нем думаю, люблю его... как будто он меня приворожил”. Фиксирована на переживаниях. Когнитивные функции сохранены. Галлюцинаторно-бредовая симптоматика отсутствует. Эмоционально лабильна. Критика сохранена. Суицидальные мысли отрицает, но сообщает о том, что “не вижу смысла в жизни, но жить хочу”. Выписана в удовлетворительном состоянии в ПНД № 17. Рекомендована поддерживающая терапия: кветиапин 400 мг на ночь, кломипрамин 50 мг 3 раза в день, вальпроевая кислота 500 мг 2 раза в день. После выписки ПНД посещала, лечение принимала, была оформлена инвалидность 3 группы по психическому заболеванию от 24.12.2019. Получала инъекции палиперидона (ксеплион). Последняя инъекция за 2 дня до госпитализации. В день госпитализации пошла в аптеку, там “потеряла сознание”. По СМП была госпитализирована в ГКБ № 67. Проведено обследование, переведена в ГБУЗ “ПКБ № 4 ДЗМ”. С 04.02.2020 – 11.03.2020 находилась на лечении в ГБУЗ “ПКБ № 4 ДЗМ”. Диагноз: **F25.11 Приступообразная шизофрения, шизоаффективный вариант, депрессивный тип.**

При первичном осмотре: Вялая, астенизированная. Говорит, что пошла в аптеку, и ей снова стало плохо и закружилась голова, связывает свое состояние с очередной инъекцией “ксеплиона”. На момент беседы других жалоб не предъявляет. Суицидальных мыслей не высказывает. Просит о помощи. На лечение дала согласие. Во время проведения санобработки больная стала тревожной, плаксивой, стала отказываться от лечения, мотивируя это тем, что в больнице ей станет плохо, и она не попадет домой. Внезапно стала стремиться к входной двери. Никаких объяснений не принимала, и к больной приняты меры физического стеснения. Была выписана в удовлетворительном состоянии в ДС при ПКБ №4. Рекомендована терапия арипипразол 10 мг 2 раза в день, феназепам на ночь. С 11.03.2020 по 23.03.2020 проходила лечение в ДС ГБУЗ “ПКБ № 4 ДЗМ”. Диагноз: **F25.11 Приступообразная шизофрения, шизоаффектив-**

ный вариант, депрессивный тип. За время лечения состояние пациентки улучшилось: спокойна, внешне упорядочена. Нелепых и неадекватных поступков в поведении не отмечалось. Продуктивному контакту доступна, на вопросы отвечает по существу. Фон настроения ровный, стабильный. Агрессивных и суицидальных тенденций в поведении нет. Лечение принимает, осложнений от проводимой терапии нет. Ночи спит. Аппетит достаточный. Физиологические отправления своевременные и регулярные. Активной галлюцинаторной симптоматики, судя по поведению и контакту, нет. Мышление стало более продуктивное, по темпу не нарушено, по логической направленности искажено. Активно бредовых идей не высказывает. Рекомендовано: Aripiprazoli 0.01 in tab. — По 2 т. 1 р/д. (2 таб – 0 – 0). После выписки ПНД № 17 посещала, поддерживающую терапию принимала. Однако, на фоне приема поддерживающей терапии актуализировались жалобы на сниженное настроение, погруженность в психотравмирующую ситуацию (расставание с молодым человеком в 2018 г.), постоянные мысли о разрыве отношений, страхи, тревогу, апатию, потерю прежних интересов, снижение побуждений, недовольство своим внешним видом. С 13.05.2020 по 11.06.2020 в связи с вышеуказанными жалобами находится на лечении в ДС ПНД № 17 ГБУЗ “ПКБ № 4 ДЗМ”. Диагноз: **F25.11 Приступообразная шизофрения, шизоаффективный вариант, депрессивный тип.** Получала терапию: 1. Tab. Invega 0,003 по 1 т утром; 2. Tab. Fluvoxamini 0,1 по 1 т на ночь. В процессе комплексного лечения состояние улучшилось. Стала спокойнее, выровнялось настроение. При этом сохранялась погруженность в психотравмирующую ситуацию, апатию. Была выписана под наблюдения участкового психиатра ПНД № 17. После выписки принимала поддерживающую терапию, регулярно посещала ПНД № 17. Попыток трудоустроиться не предпринимала. Вела замкнутый образ жизни, проживала с родителями и братом. Состояние изменилось в августе 2020 года, когда вновь актуализировались тягостные ощущения во всем теле. Стала считать, что у неё слишком длинные ноги. Понимала невозможность проведения операции по поводу “укорочения ног” на фоне чего снизилось настроение, нарушился ночной сон. В связи с этим была направлена на госпитализацию, обследование и лечение ГБУЗ “ПКБ № 4 ДЗМ”.

Психический статус при осмотре в приемном покое: Ориентирована в месте, времени, окружающем и собственной личности. В беседу вступает охотно. Предъявляет жалобы на “слишком длинные ноги”, тревогу, нарушение сна. Тяготится своим внешним видом. Интересуется возможностью проведения пластической операции. Жалуется на тягостные ощущения в теле. Тяжело подбирает слова, пытается их описать. Настроение снижено. Эмоционально тускла, монотонна. Ищет помощи. Дала информиро-

ванное согласие на обследование и лечение в условиях психиатрического стационара.

Психический статус при первичном осмотре: В кабинет пришла по приглашению врача. Ориентирована в месте, времени, и собственной личности верно. Внешне подавлена. Сидит в однообразной позе, сложив руки на коленях. Выражение лица печальное. Зрительный контакт удерживает. Речь в замедленном темпе. Голос тихий, маломодулированный. На вопросы отвечает по существу, после непродолжительной паузы, соскальзывая на значимые для нее темы. Со слезами на глазах предъявляет жалобы на “слишком длинные, уродливые ноги”, сниженный аппетит, сон с частыми пробуждениями. Заявляет, что часами рассматривает себя в зеркале, находит массу недостатков. Считает, что это послужило причиной разрыва с молодым человеком 2 года назад. Интересуется возможностью проведения пластической операции. Фиксирована на своих переживаниях. Тяготится своим внешним видом. Эмоциональный фон снижен. Мышление замедленное, ригидное. Ищет помощи и поддержки.

Проведенное обследование:

При поступлении измерялись антропометрические данные пациентки:

- Вес 56.00 кг
- Рост 167.00 см
- ИМТ 20.1

Осмотрена терапевтом, неврологом: Патологий не выявлено.

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

Патопсихологическое обследование (клинический психолог Светлана Анатольевна Алаухина): Пациентка верно ориентирована во всех отношениях, доступна контакту. Поведение упорядоченное, социальную дистанцию соблюдает. Фон настроения в процессе обследования неустойчивый, выражение лица печальное, на глазах время от времени появляются слезы. Жалуется на депрессивное состояние в связи с расставанием с мужчиной, которое произошло несколько лет назад, говорит: “Не могу его забыть, потеряла смысл жизни”. Сообщает, что практически все предыдущие госпитализации происходили на фоне аналогичных ситуаций. Мотивация к исследованию неравномерная, пациентка пресыщаема, на фоне пресыщения склонна к саботажному поведению (дает случайные, неинформативные ответы, не прилагает, в частности, усилий для решения интеллектуальных задач). Инструкции усваивает, выполняет в нормальном темпе, без признаков истощаемости.

Экспериментально-психологическое исследование было проведено с использованием следующих методик: заучивание 10 слов по Эббингаузу, серийный счет по Крепелину, исследование ассоциативных процессов, опосредованно-произвольного запоминания при помощи методики “Пиктограммы”; диагно-

стика интеллектуальных процессов при помощи методики “Сравнение понятий”, “Толкование пословиц; исследование эмоционально-личностной сферы при помощи теста цветовых выборов М. Люшера, госпитальной шкалы депрессии CES-D (The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale).

По объективным данным патопсихологического обследования: Выраженных нарушений концентрации, распределения внимания в обследовании не выявляется, отмечаются некоторые трудности фиксации на начальном этапе работы, снижение избирательности. Показатель непосредственного запоминания нерезко снижен (8, 9, 9, 9), ретенция ослаблена в большей степени – 5 слов из 10. Введение опосредования повышает эффективность запоминания до 70%. Ассоциативный процесс протекает в нормальном темпе, без трудностей опосредования. Ассоциативные образы стереотипные, монотематичные – например, для запоминания понятия “страх” — плачущий человек, для запоминания понятия “ссора” — плачущая девушка и т.п. Пациентка не реагирует на замечания психолога о недостаточной информативности выбранных образов, не стремится подобрать более адекватные, отличные по содержанию ассоциации. Графика в проективном отношении свидетельствует об эмоциональной уплощенности, депрессивной окрашенности переживаний, ригидности. Мышление пациентки характеризуется достаточным уровнем интеллектуального развития, однако продуктивность мыслительной деятельности ослаблена за счет недостаточности мотивационного обеспечения интеллектуальных процессов. Выражены пресыщаемость, тенденция к экономии усилий, избеганию интеллектуального напряжения, стремление к упрощению программы. Критичность мышления также ослаблена. Переносный смысл пословиц пациентка порой трактует не по существу, привносит субъективную логику. Эмоционально-личностная сфера характеризуется депрессивной окрашенностью актуальных переживаний (по результатам оценки состояния шкалой CES-D пациентка набирает 22 балла, что соответствует уровню легкой депрессии). Проективная диагностика выявляет неустойчивость эмоционального состояния, незрелость, фиксированность на теме взаимоотношений, склонность к формированию любовных навязчивостей. Таким образом, по результатам психологического исследования на первый план выступает депрессивный настрой (достигающий по шкале CES-D уровня легкой депрессии) у незрелой, эмоционально лабильной личности с признаками ослабления мотивационного компонента психической деятельности.

Сегодня она была дообследована МЛЮА (межличностным опросником адаптивности). У нее в красной зоне единственный пик — это вторая шкала депрессии, то есть у нее нозологически значимый уровень депрессии, 83 балла, это не легкая депрессия, а более выраженное депрессивное нарушение. В красной

зоне у нее больше ничего нет. И вот в желтой зоне — 7 шкала — психастения, т.е. тревога с тенденцией к застреванию на этой тревоге, с тенденцией к навязчивости. А ее уровень функционирования по тесту оценивается как пограничный, и получается, что у нее сильно нарушены коммуникативные возможности, низкий коммуникативный потенциал, а значит низкий уровень адаптации. Шкала 8 у нее в зеленой зоне, даже не в желтой. 3 шкала тоже достаточно низкая.

Врач-докладчик: Проводимая терапия:

- Mirtazonali 0.03 in tab. — По 1 т. 1 р/д. вечер per os
- Trifluoperazini 0.005 in tab. — По 1 т. 3 р/д. per os
- Trihexyphenidyl 0.002 in tab. — По 1 т. 2 р/д. per os

Психический статус на 3 день госпитализации:

Состояние без существенной динамики. Сохраняются жалобы на сниженное настроение, тревогу. Выражение лица печальное, при разговоре на значимые для нее темы плачет. Речь тихая. Фон настроения снижен. Большую часть времени проводит в пределах палаты, формально общается с соседями по палате. Суицидальные мысли категорически отрицает. Соматическое и неврологическое состояние без отрицательной динамики. Терапию принимает в полном объеме, согласно листу назначений. Режим отделения соблюдает.

На фоне проводимой терапии при осмотре на 7 день госпитализации: за прошедший период наблюдения и лечения состояние с положительной динамикой, объективно отмечает улучшение фона настроения, стабилизацию ночного сна. При этом сохраняется тревога в вечернее время. Охотно вступает в беседу. На вопросы отвечает в плане заданного. Сообщает, что “перестали посещать бредовые идеи об укорочении ног”, при этом в беседе задает врачу уточняющие вопросы на тему своего внешнего вида. Говорит, что в первые дни госпитализации рассматривала свое отражение в стеклянных поверхностях, “искала изъяны”. Отмечает, что на данный момент такого желания нет. Остается фиксирована на переживаниях о расставании с молодым человеком, с которым прекратила отношения 2 года назад. Не исключает возможность “приворота со стороны его жены”. Активно интересуется сроками госпитализации. Строит неопределенные планы на будущее. Утверждает, что работать не сможет, будет находиться на иждивении родителей и нового молодого человека. Имеет установку на продление группы инвалидности. Распорядок дня в отделении соблюдает, с персоналом вежлива, корректна, избирательно общается с соседями по палате. Терапию принимает без замечаний, переносит без побочных эффектов. Appetit и сон достаточные. Соматическое и неврологическое состояние удовлетворительное.

Доклад врача-психотерапевта. Пациентка проходила психотерапию в предыдущую госпитализацию, в марте этого года в больнице Гиляровского. На второй неделе госпитализации она была подключена сразу к работе с психотерапевтом и в группу по пси-

хобразовательной программе. Первое занятие она посетила не очень охотно, но поскольку группа была молодежная, там были молодые люди, то к концу цикла она проявила определенную активность и стала участвовать во всех занятиях. При этом она попросила на первом же занятии проведения индивидуальной психотерапии, поскольку у нее фиксационный вопрос по поводу внешности. Психотерапевтическая работа пациентки проводилась в позитивном ключе. Те недостатки, которые она выявляла у себя, мы пытались вместе и в группе перевести в ее достоинства. Индивидуально использовалась эмоционально-образная терапия. Ей понравилась работа с психотерапевтами. Она пробыла не очень долго, была переведена в дневной стационар, и я не знаю, работал с ней здесь психотерапевт или нет, но она откликнулась и довольно хорошо реагировала на все предлагаемые методики.

В. Н. Гладышев: Спасибо. Андрей Владимирович, у нас еще на связи диспансер № 17. Мы ждем короткого доклада по наблюдению в лабораторных условиях и в полустационаре диспансера № 17.

Врач диспансера: Я хотела бы добавить, что у нее в анамнезе перенесенный инфекционный мононуклеоз и наблюдение по поводу бронхиальной астмы. Впервые она обратилась к психиатру в июне 2001 года, когда появилась раздражительность, вспыльчивость, навязчивые мысли о неправильности развития половых органов, не устраивало собственное тело. В психическом статусе тогда отмечалась эмоциональная однообразность, невыразительность, в беседе переживания не раскрывала. Настроение при этом было ровным. Установлен диагноз – преимущественно навязчивые мысли и размышления. Направлена на консультацию к психологу, назначен был респеридон (4 мг) и фенибут (750 мг в сутки). Выявлены жалобы на трудность сосредоточения, возбуждение, бессоницу и чувство ущербности. В мыслительной деятельности на фоне ускоренного темпа отмечались периоды снижения продуктивности за счет нецеленаправленности, что проявлялось в расплывчатости, амбивалентности суждений, замедлении общего темпа деятельности. Ассоциативные образы по содержанию конкретно-ситуационные и стереотипные. В процессе работы отмечалась психическая разноплановость суждений, соскальзывание, иногда отмечались приступы неадекватного, насильственного характера смеха, что пациентка объясняла своей стеснительностью. Мнестических нарушений не выявлялось, в эмоционально-волевой сфере выявлены фрустрированность, потребность в признании, сочетание высокого уровня притязаний с ощущением собственной изолированности, чувством одиночества и неуверенности, комплексом собственного несовершенства. Повторное обращение было уже в октябре 2001 года с жалобами на постоянные плохие мысли об услышанных нецензурных выражениях. Направлялась в стационар для обследования и лечения, а также

она проходила обследование у психолога. В 2008 году психолог отмечает, что на первый план выступает грубое изменение личности в совокупности с выраженной тенденцией к соскальзыванию на актуальную и личностно значимую тему — это было расставание с молодым человеком. Наблюдается снижение мотивационно-волевого контроля, амбивалентность, нескритичность. Повторное обследование было сделано психологом уже в сентябре 2019 года, и также выявлялись изменения, низкий эмоциональный интеллект, депрессивный настрой, инфантильность, эмоциональная лабильность, слабость эмоционально-волевого контроля, высокая латентная агрессия, нескритичность, обусловленная органическим фоном. За время наблюдения ее с 2018 года, с момента стрессовой ситуации расставания с молодым человеком, пациентка вначале имела депрессивную симптоматику без акцента на дисморфофобические нарушения. Она пыталась любыми способами вернуть молодого человека, хотя уже знала, что он женат и уже имеет ребенка. Она пыталась ему звонить, и сама же потом сказала, что он поменял телефон. Переживания эти до сих пор сохраняются и периодически они становятся достаточно актуальными, но в последний год она все-таки переходит опять к дисморфофобическим расстройствам, и они выплывают на первый план. При своих жалобах на пониженное настроение и тревогу эмоционально это никак не отражается, она эмоционально однообразна. При наличии даже слез на глазах особого переживания в мимике не наблюдается. Несмотря на различные методы лечения, смену многочисленного количества препаратов, при выписке из стационара она в течение недели-полтора остается в хорошем состоянии объективно, но затем возобновляются жалобы, и состояние оценивается субъективно плохим. Поэтому она неоднократно направлялась в дневной стационар для лечения.

Врач-психиатр дневного стационара при диспансере: Пациентка наблюдалась мной лично последние три раза, а вообще в сумме она находилась на лечении с 2018 года семь раз. Каждое ее стационарирование возникало в связи с тем, что усиливались жалобы на недовольство своим внешним видом, и все-таки были мысли о расставании с 2018 года, о молодом человеке, которые ее бросил, что привело к ухудшению и самочувствия, и появлению депрессивной симптоматики. Все госпитализации в наш стационар длились в среднем до месяца. Каждое стационарирование пробовавались различные схемы терапии с различными дозами нейролептиков, в том числе пролонгированными. Ей назначали нормотимики, антидепрессанты. Через какое-то время состояние нормализовалось, пациентка выписывалась, но, как отмечает, она чувствует себя хорошо после выписки примерно неделю, а потом, несмотря на регулярный контроль и прием поддерживающей терапии, она снова ухудшается с той

же симптоматикой, что приводило к госпитализации в психиатрический стационар закрытого типа.

В. Н. Гладышев: Спасибо. Может быть, есть вопросы врачам диспансера?

— Вроде бы был период ремиссии в 2011 году, когда она могла работать. Мы хотели бы узнать, появлялась ли она за эти годы в диспансере, что она там принимала, и было ли у нее хорошее состояние. — *С 2011 года она приходила эпизодически, только выписывались лекарства. До 2015 года крайне редкие посещения, а с 2015 года до 2018-го пациентка вообще не приходила. Когда она появилась у нас в 2018 году, то сказала, что она чувствовала себя хорошо, работала, ее устраивала ее жизнь, и препараты она прекратила принимать. Еще хотела дополнить, что родители, особенно отец, достаточно конфликтный человек. Он не понимал ее состояния и обращался к докторам, чтобы ее лечили. Несмотря на длительность госпитализаций и частые обращения, при которых она госпитализировалась и самостоятельно, и по показаниям при осмотре, отец до сих пор недоволен. В домашних условиях, скорее всего, он является определенным генератором того, что она должна работать. Однако пациентка еще не может осуществить этого и приходит к нам с ухудшением самочувствия. Мама сейчас понимает, что пациентка больна, требует определенного ухода, контроля, участия, и стала больше участвовать в этом.*

— А с какого года у нее инвалидность третьей группы? — *Инвалидность с 2019 года. Она появилась у нас в 2018 году. Когда поняли, что она утратила трудоспособность, в 2019 году представили ее на МСЭ.*

Ведущий: теперь вопросы по текущей терапии к докладчику, к лечащему врачу, к психологу.

— У пациентки есть какие-то навязчивые действия, которые она постоянно повторяла? Например, она постоянно потирает руки, ноги, может быть что-то еще? — *Нет, но вчера пациентка при детальном расспросе призналась, что она постоянно смотрит у нас в лобье отражающие предметы, потому что в отделении нет зеркала в полный рост. Я уточнила: “Может быть, с этим связано Ваше скорейшее выздоровление?”. Потому что она сейчас считает себя здоровой. Она сказала, что она смотрит везде. — Как она объясняет то, что она хочет смотреть в зеркало? — Она хочет подтверждения того, что она выглядит нормально, красиво.*

— На данный момент пациентка продолжает употреблять алкоголь? С 2019 года она начала употреблять часто. — *Я бы вообще выделила период этой госпитализации и объединила его, наверное, с концом 2018 года, потому что пациентка непрерывно находилась либо в дневном стационаре, либо в отделениях больницы. Поэтому, с ее слов, последнее употребление алкоголя было перед первой госпитализацией в 2018 году, после этой ремиссии. — Как объясняет*

употребление алкоголя сама пациентка? Она начала употреблять на фоне снижения настроения? — *Нельзя сказать, чтобы она систематически алкоголизировалась, но эпизоды приема алкоголя были, и у пациентки сейчас сформировалось мнение, что никакая терапия ей не поможет, так как часто менялись схемы. Она сейчас говорит, что смысла пить нет, это не дает эффекта.*

Ведущий: Проводилось ли ЭЭГ и какие результаты? — *ЭЭГ есть, но в предыдущей госпитализации. Там значимой патологии не было выявлено. Сейчас мы ждем результаты.* — Доводилось ли Вам общаться с отцом пациентки? Я имею в виду то, о чем говорил врач диспансера: претензии к ней со стороны отца, требования и так далее. Слышали ли Вы эти претензии от него? — *Вы знаете, отец по характеру своеобразный человек, деспотичный. Как только мы начали с ним совместную работу, он очень заинтересовался конкретными назначенными препаратами.* — Какую работу Вы с ним начали? — *Я всегда говорю, что я работаю не только с пациентом, но и с родственниками, потому что мы, по сути, работаем вместе.* — Очно? — *Нет, по телефону. Сейчас, к сожалению, мы ограничены в этом.* — Были продолжительные беседы? — *Да, вначале он был доброжелательно расположен, потому что я доктор новый, мы с ним были незнакомы. Он выспрашивал конкретные дозы препаратов, записывал, говорил, что это необходимо, потому что схемы лечения меняются.* — А он проявлял инициативу к этой работе с Вами или Вы? — *Наверное, больше он, но именно по коррекции лечения. Он пытался проводить самостоятельный анализ. Говорил, какие препараты дочке не помогли, что она неоднократно у нас лечилась, доктора менялись, и он надеется, что в этот раз она выльечится, повторных госпитализаций не будет.* — Получается, что все разговоры с ним сводились только к лекарствам? — *Да.* — Больше ни о чем вы не разговаривали? — *С ним сложно говорить, потому что он говорит и не слышит собеседника. Он говорил о лекарствах, о том, что он сам лучше знает, как они влияют на дочь. Так как моя пациентка постоянно родителям звонит, я всегда у них спрашиваю: “Как Вы оцениваете сами состояние дочери, ведь Вы ее видели дома, и Вы сейчас с ней можете пообщаться? Чувствуете ли Вы какие-то изменения?” Он отмечал, что изменения есть в лучшую сторону, но в последней беседе он был настроен на то, чтобы мы прекратили лечение.* — Получается, что он больше участвует, чем мать? — *Мать я вообще не слышала. Он говорит: “Мы с матерью”.*

Ведущий: У меня еще вопрос к психологу. Там получается довольно серьезное противоречие в диагностике — то, что было в 2008 году и позже, где описывается прямо грубейшее расстройство мышления, и Ваша практически чистая диагностика. Вы отмечаете только чуть-чуть субъективную логику. — *Если го-*

ворить конкретно про ее мышление, то обращает на себя внимание, прежде всего, снижение мотивационного компонента. Это нельзя назвать сформировавшимся мотивационным дефектом. Но это и не мотивация нормального, здорового человека, который старается. Образы очень стереотипные, монотематичные, все на одну тему — отношения, девушка в неудачных отношениях, расстроенная девушка — все вокруг этого. — А четвертый лишний, там все чисто? — *Чисто. У нее в целом формально интеллект хороший.*

БЕСЕДА С ПАЦИЕНТКОЙ

Здравствуйте. — *Здравствуйте.* — Проходите сюда, пожалуйста, садитесь. Добрый день. Евгения Игоревна, меня зовут Андрей Аркадьевич. Я работаю на кафедре психиатрии. Присутствующие здесь люди — все сотрудники этой больницы, врачи, психологи, психотерапевты. Никого постороннего здесь нет. Смотря на всю аппаратуру, которую Вы видите, я Вам гарантирую, что нет никакой записи, никуда это не уйдет. — *Хорошо.* — Такой у нас большой консилиум, посвященный Вам, Вашему состоянию, как Вам помочь. Расскажите, как Вы сейчас себя чувствуете. — *Сейчас я чувствую себя хорошо. Терапия, которую мне подобрали, благодаря моему лечащему врачу Анне Игоревне, меня очень устраивает. Мне стало действительно лучше. Я поступила в гораздо более худшем состоянии сюда, и сейчас меня практически ничего не беспокоит.* — Вообще все прошло, совсем? — *Да, почти все.* — Давайте тогда про почти. Что же осталось? — *Осталась только тоска по своему бывшему молодому человеку.* — Но это же не болезнь. — *Да, это уже...* — Или болезнь? — *Я не знаю.* — Знаете, бывает, как это говорят, сумасшедшая любовь. — *Вот у меня такая была.* — Сумасшедшая в прямом смысле слова, что она становится прямо психической болезнью. — *Больная, болезненная.* — Когда человек не может избавиться ни в голове, ни в сердце от субъекта влюбленности. Уже давно? — *Уже прошло два с половиной года.* — И он женат, насколько я знаю, да, у него семья? — *Но он мне периодически пишет.* — А, то есть от него все-таки интерес к Вам есть? — *Да, есть.* — То есть он подогревает? — *Да, дразнит он меня.* — Он дразнит? Намеренно? — *Да.* — А зачем ему это нужно, женатому человеку? — *Не знаю. Ему, видимо, нечем заняться, он так развлекается.* — Такое развлечение? — *Угу.* — Необычное развлечение, честно говоря. Если бы он хотел какие-то отношения на стороне, то это во что-то бы вылилось. У него не было предложений встретиться? — *Нет, он предлагал встретиться, а потом он все обламывал, короче говоря. То есть не было ничего.* — Можете поподробнее про эту тему? Я Вас уверяю, что у нас действительно все конфиденциально. Это очень важно, не из любопытства спрашиваю. — *Просто он писал “давай*

встретимся”, а потом просто заблокировал меня, просто издевался. — Вы отвечали на это? — Да. — Как? — Я думала, всерьез мы встретимся, и мы уже договорились, где встретимся, куда приехать. — Подождите. “Давай встретимся”. Что Вы в ответ? — Ну, согласна. — Давай, да? Дальше он предлагает место, время? — Да, место, время. Я туда приехала, и как раз когда я приехала туда, уже смотрю, его номер, ну, мой номер он заблокировал в тот момент, когда я приехала на место встречи. — А это когда было? — Это было давно уже, ну, год назад. — Год назад? — Да. — А потом он разблокировал все? — Да, потом разблокировал и опять все... — И сам же написал первым? — Да, как ни в чем ни бывало. — А Вы поинтересовались, что произошло, почему? — Ничего не ответил. — А Вы спрашивали? — Да. — Было такое? — Он тоже, мне кажется, странный сам по себе человек. — Почему странный прямо сразу? Он мечется, может быть, тоже у него... — Так себя ведет. — Может быть, у него, так сказать, разрыв чувств между двумя женщинами. Так может быть? — Может, но мне кажется, все равно это преднамеренно, чтобы поиздеваться просто, человек такой садист. — Садист? — Так не делается. Тем более он должен догадываться, что я переживаю, страдаю по нему, а он мне делает еще больше. — Садист — это тот, кто получает удовольствие от причинения боли? — Да. Он, наверное, удовольствие получает от того, что я страдаю. — Да, от страдания других людей, особенно близких людей, и садистам особенно нравится общаться с мазохистами. Можете ли Вы себя назвать таким человеком? — Нет. — Если Вы не получаете удовольствия от этих страданий, то тогда почему Вы вновь и вновь обращаетесь к нему, как будто в поиске? — Потому что очень полюбила его. — То есть это любовь такая навязчивая? — Да. — Можно так сказать? — Больная любовь. — Вы признаете, что она больная? — Да. — Это значит, что она ненастоящая? — Слишком сильная зависимость от него. — Нормальная любовь удовольствие приносит, а не страдание. — Да. Вот я и говорю, что это не то. — Понятно. Вы продолжаете эту зависимость переживать сейчас? — Сейчас я не общаюсь, мы не общаемся. — Я понимаю. Вы не общаетесь, но внутренние переживания остались. Вы же сказали: “У меня все прошло, кроме...” — У меня появился новый молодой человек, но все равно я с ним даже когда, с новым молодым человеком, все равно вспоминаю своего бывшего, все равно мысленно... — Вы вспоминаете? — Да. Я не могу... Я все равно каждый день его вспоминаю. — Каждый день? — Такого дня не бывает, чтобы день прошел, и чтобы я о нем не подумала. Такого не бывает. — Понятно. Сейчас у Вас прошло все, кроме этого? — Меня просто ноги беспокоили, я была недовольна ногами, что они слишком длинные. Сейчас я вообще... мне очень нравятся мои ноги... — Все в порядке? — На самом деле все в порядке, Вы же видите.

— Конечно, вижу. — Красивые ноги, стройные. Беспокоят только воспоминания, а все остальное в плане внешности и в плане ног все нормально, хорошо. — Давайте теперь про эти воспоминания. Как они выглядят, эти воспоминания? Знаете, воспоминания бывают разные. Бывают очень яркие воспоминания, например, такие яркие, что человек прямо видит или слышит образ, который был когда-то раньше любимым человеком. — Просто голос его хорошо помню, его внешность. — Прямо Вы слышите? — Нет, я голоса не слышу, но я просто говорю, я помню. — Я не про голоса говорю, я говорю про Ваши воспоминания. Это же Ваши воспоминания. — Да. — Вы же с ним давно не виделись. — Да, в принципе довольно долго. — Два с половиной года Вы не виделись, у Вас только переписка была. Значит, это какой-то образ, который Вы вспоминаете. Насколько ярко Вы его вспоминаете? — Все помню отчетливо, как будто это вчера было, как он со мной разговаривал. — Как будто видите или слышите? — Просто представляю. — Вспоминаете диалоги? — Да. — Каждое слово этого диалога? — Не каждое. — Интонации голоса, выражение его лица? — Да. — В чем он был одет, где Вы находились. Попадая в какое-то место в Москве, где Вы гуляли или что-то еще, у Вас тоже наплыв происходит, правильно я понимаю? Или нет? — Не совсем. Просто воспоминания, они не особенно яркие. — Вы их можете останавливать? — Когда отвлекаюсь, могу, конечно, не думать, но все равно я не могу в течение дня не думать о нем. — Вы говорите: “Когда отвлекаюсь”. Можете ли Вы отвлечься или нет? — Могу. — Или бывает так, что Вы стараетесь, а у Вас не получается? — Нет, иногда, конечно, я не могу. Когда смотрю телевизор, читаю книгу, общаюсь с другими людьми, то я его не вспоминаю, а когда я нахожусь наедине сама с собой, тогда да. — У Вас, когда Вы его вспоминаете, когда Вы наедине с собой, появляется желание ему написать? — Нет, я ему не пишу, он мне пишет. Я ему не пишу. — Если он Вам напишет: “Давай встретимся”, Вы тут же пойдете? — Я просто понимаю, что опять будет облом, опять я приеду, и опять он меня заблокирует. Поэтому я понимаю, что встречи не будет. — Можете ли Вы провести какую-то параллель между двумя основными проявлениями, так скажем, Вашего болезненного состояния — этой навязчивой любовью и этими мыслями про ноги? — Взаимосвязь есть, потому что, когда он меня бросил, я стала придираться к себе. Я начала думать: “Раз меня он бросил, со мной что-то не так”. Ну и я выбрала почему-то ноги. — Да, но ноги были и до того, как Вы в него влюбились, давным-давно. — Ноги были тоже первый раз, много лет назад, тоже меня бросил парень, тоже это взаимосвязано было с другим расставанием. — Если я не ошибаюсь, в первый раз 20 лет Вам было, когда с ногами? — Мне было 22 года. — 22? — 2007 год. — Это Вам было 22 года? — Да. Меня тоже бросил парень,

но из другого города. Он из Оренбурга. Я туда приезжала. — Тогда появились ноги? — Тогда как раз, когда он меня бросил, у меня первый раз ноги. — Появились ноги? — Да. — Но там же не только ноги были, ведь Вы тогда переживали — и шея, и руки, и другие части тела. — Тогда я именно..., да, свою внешность, стала придираться к плечам и к шее, но все это прошло, слава богу. — Тогда же... Я уж перескакиваю, Вы извините. Тогда же появилось такое переживание, что окружающие вроде бы как зафиксированы на Ваших интимных местах, их внимание обращено каким-то особым образом на Ваши интимные места. — Это было в 16 лет. — А, это было не тогда? — Да, в 16. — У меня все перепуталось в голове. — Но это вообще бред. — Что значит бред? — Бред. — Знаете, если Вы говорите, что это бред, то это как раз та аудитория, с которой об этом не стоит говорить. Это как раз наша... — Я не хочу об этом вспоминать, это давно уже прошло. — Так, может быть, если бы мы знали про это, мы бы Вам лучше помогли. Нам же это важно как психиатрам. — Теперь Вы знаете все. Теперь Вы все знаете. — Нет, я это знал с Ваших слов. То, что Вы рассказывали, записано врачами с Ваших слов, но важны подробности, нюансы. Вам было страшно? — Нет. — Я про 16-летний возраст. — Нет. — Вы переставали выходить на улицу из-за этого? — Нет, я выходила на улицу, просто мысли такие были. — Это мысли или это Вы видели взгляды других? — Нет, просто мысли. На меня все нормально смотрели. Это мне просто казалось. — Тогда это привело к комплексам, связанным уже с вашим самонаблюдением, скажем так, самосозерцанием, и Вас тогда больше всего беспокоила ваша грудь. Вы говорили, что она... — Я не хотела, чтобы она у меня больше была. Я хотела маленький размер. — Хотели маленький размер. Тогда Вы были убеждены, что окружающие на это обращают внимание и смеются, может быть. — Нет, это все мое воображение. Все нормально было, никто не смеялся. — Ясно, что это Ваше воображение. Ясно, но оно было именно таким. — Это все только мне казалось, только мне все казалось. — Оно было таким, да? Казалось так, верно? — Да. — Что-то подобное, может быть, в другом каком-то контексте было? — Нет. — Потом? — Нет. — Никогда? — Нет. — Может быть, не с посторонними людьми, а с кем-то конкретно, скажем, с тем же молодым человеком? — Нет, все нормально. — Что именно он как будто бы обращал внимание? — Нет, это только мои мысли были, мое воображение. Никто ничего не говорил никогда по жизни ни про ноги, ни про плечи, ни про грудь, то есть все отлично. Это только я так думала, мое восприятие. — Да. Но Вы об этом рассказывали другим? — Да. — Кому, прежде всего? — Я в ПНД это рассказывала и родным, больше никому это не рассказывала. — Давайте про родных. С кем из родных Вы это обсуждали? — Маме, папе говорила, брату. — Маме и папе? — Самым

близким людям. — А кому больше? — Маме. — Больше с мамой? — И бабушке тоже. — Почему? Почему не папа и не брат? — У меня ближе отношения с мамой и с бабушкой. Все-таки они женщины. Я с ними на эту тему говорила. — Только потому, что они женщины? — Ну, честно, да. — Или что-то еще? — Они мне ближе, чем папа с братом. — Раз уж мы соскользнули на эту тему, давайте тогда поговорим про Ваши отношения. Здесь очень важно нам понять Ваши отношения с отцом, каковы они. Почему я на этом делаю акцент? Потому что отец больше других беспокоится за Вас. Врачи так это заметили. — Папа, он просто разруливает все ситуации, какие-то конфликты, потому, что он умеет разрулить какие-то конфликтные ситуации. Он более смелый, чем мама, поэтому он заступает обычно. — А что в этой ситуации конфликтного? То есть папа звонит, чтобы что-то разрулить? — Папа, он не хотел, чтобы на этой конференции я принимала участие. Мои родители не хотели, чтобы я принимала участие. — Здесь? — Да. — Сегодня? — Да. — То есть Вы пошли наперекор? — Я не скажу им об этом. Они очень не хотели. Я в принципе тоже не хотела. — Почему? — Я уже участвовала в подобной конференции, когда лежала в больнице им. Корсакова. Там также много людей было. Просто мне это ничего не дало, мне лично от этой конференции ничего. — Почему же Вы сейчас согласились? Но это, же Ваше решение. — Мне сказали, что это может как-то мне помочь. Я подумала: “Ну ладно, схожу. Может быть, какие-то еще предложения”. — Вы надеетесь на то, что это поможет? А почему был против папа? — Потому что не хотел, чтобы я была как подопытный кролик, потому что какие-то, может, насмешки могли быть, ну, в моей ситуации могли быть. — Папа считает, что может быть такое, что врачи насмеются над Вами? — Да. — Он так думает? — Да. — Он говорил Вам об этом? — Да. — А Вы так думаете? — Ну, все возможно. — Это касается и Вашего лечащего врача? — Нет. Что касается лечащего врача, она хорошо относится, никаких насмешек. — Не насмеется? — Нет. — Вот она улыбается сейчас. — Просто улыбается. — Она не над Вами смеется? — Нет. — Вы точно знаете? — Да. — А врач, который Вас вел в диспансере? Здесь его нет, но он Вас довольно долго наблюдал и в дневном стационаре, я знаю. — Угу. — А там не было насмешек? — Нет. — Нет? Но здесь, в этой аудитории, могут быть? — Я не вижу. Я сейчас не вижу никаких насмешек. — Могут быть? Посмотрите внимательно. — Нет, не вижу. — Нет? — Никому не смешно. — Я не насмеюсь над Вами? — Мне даже смешно стало. — Я Вам хочу сказать, что, если вдруг Вы это почувствуете, Вы, пожалуйста, это озвучьте, ладно, потому что это очень важно. Это действительно очень неприятно, когда человек чувствует такое отношение к себе. Ну, хорошо, ладно. Слава богу, что здесь Вы этого не чувствуете. Так Вы отцу

решили все-таки не говорить? — *Я думаю, что он будет недоволен* — Вы его как будто побаиваетесь немножко. — *Ну, есть такое, да.* — Есть? — *Он очень строгий.* — А в чем он строгий? Что это? Может, он такой военный у Вас? — *Нет, не военный, он просто строгий.* — Он строгий с Вами? — *Он вообще строгий.* — Или он со всеми одинаковый? — *Со всеми строгий.* — Или с Вами более строгий, чем с другими? — *Нет, со всеми.* — Это что означает — строгий? Строгость его, как она проявляется, в чем? Бывало в детстве, что мог наказать? — *Да, бывало.* — И физически тоже? — *Нет. Он мог повысить тон, повысить голос.* — Вы этого боялись? — *Да, немножко.* — А Вы помните эти моменты с детства? — *Сейчас это неактуально.* — Почему Вы так думаете? — *Потому что это на самом деле неактуально.* — Вы не хотите об этом говорить? — *Да.* — Давайте тогда, опять же, если Вы вдруг на какую-то тему не хотите говорить, Вы тоже сообщайте, и мы будем знать, что на эту тему Вы говорить не хотите. — *Я просто хочу сказать, что мне стало лучше, я уже хочу выписаться. Вот что хотелось бы сказать. Что касается воспоминаний, я, может быть, еще многие-многие годы буду помнить о нем. Это мне никак никто не поможет, это только я сама. Все зависит от меня, чтобы я сама работала над собой, чтобы я сама старалась не вспоминать, а все остальное... Я действительно хорошо себя чувствую и в плане своего тела, то есть я действительно уже готова выйти на свободу. Я сейчас себя хорошо чувствую.* — Здесь нет несвободы никакой. Это больница. — *Ну вот я хочу на свободу.* — Здесь тоже свобода. — *Нет, здесь несвобода.* — Почему? — *Нас держат в палате. Нам даже в коридор не разрешают выходить смотреть телевизор. Какая же это свобода? Я просто, честно говоря, возмущена, что даже телевизор нельзя посмотреть.* — Да? — *Да.* — Запрещают? — *Угу. Всех загоняют в палату.* — Может быть, это в какие-то определенные часы? — *Нет, все время.* — Все время? — *Вот это меня возмущает. Тут можно чокнуться вот так вот. Подумайте сами, даже здоровому человеку...— Да, это тяжело.* — Да.

В. Н. Гладышев. Я поясню. Вам объяснили, Евгения Игоревна, почему это делается? — *Объяснили, но все равно...—* Вы в обсервационном отделении пока находитесь. — *Да, что карантин.* — И Вас скоро переведут в обычное отделение. Из-за ковида, к сожалению, мы ограничены. — *Нет, я хочу сразу домой. Я не хочу в другое отделение.* — Мы это обсудим. Вам объясняли, что это необходимо? — *Да, но все равно очень тяжело психологически весь день в палате сидеть, поймите тоже.* — Я понимаю.

Ведущий. Вы же сами пришли в этот раз, Вы попросили. — *Мне просто было плохо, да, я пришла, но все, уже все прошло, все уже устаканилось, лучше.* — Почему Вы так рветесь домой? — *Потому что мне здесь плохо. Я же нормальный человек, хочу на свобо-*

ду. — Вам и дома было плохо, и здесь Вам плохо. Мне кажется, Вы мечетесь в поисках того места, где Вам хорошо. — *Дома мне лучше.* — Вы забываете о том, что Вам перед больницей дома как раз было особенно плохо. — *Сейчас мне уже не будет плохо, правда.* — Вы не можете этого знать. — *Ну, знаю я. Мне плохо здесь.* — Откуда? — *Потому что мне плохо здесь.* — Это не значит, что Вам будет хорошо дома. — *Будет лучше в лучшем случае, потому что я себя лучше чувствую и у меня уже нет этих дурных мыслей по поводу своего тела.* — Понятно. А папа тоже считает, что Вам лучше выписаться? — *Да.* — Он Вам говорит об этом? — *Да.* — Он настаивает? — *Не настаивает, но тоже хочет.* — Понятно. Лекарства Вы не будете принимать? — *Буду. Буду лечиться, буду все делать.* — Ну, а как? Надо же, чтобы Вас наблюдал врач. — *Я могу в дневной стационар ходить.* — Для чего? — *Ну, чтобы под наблюдением быть. Вы же сказали, нужно контролировать.* — Я думаю, что и Вы это знаете прекрасно. — *Ну?* — А что Вы будете делать в дневном стационаре? — *Приходить за лекарствами и просто на мое состояние будут смотреть врачи.* — В дневном стационаре много еще других активностей разных. Там и психотерапия есть. — *Может быть, буду ходить к психологу.* — Психологи работают. — *Да.* — Как понять “может быть”? — *Ну... —* Знаете, с психологом ведь нужен запрос какой-то, с психологом это важно. Какой у Вас запрос к психологу сейчас, если Вы будете его посещать? — *Если буду посещать — как забыть бывшего молодого человека, на эту тему.* — Как забыть? — *Да.* — То есть Вы от психолога ждете каких-то инструкций? — *Хотя я сама уже знаю в принципе, что для этого нужно, но просто у меня не получается.* — Расскажите. — *Ну, стараться вообще не думать о нем, чаще отвлекаться и общаться с новым молодым человеком. Ну, это на словах легко звучит.* — Вы знаете, совершенно пустые слова, они ни к чему не приводят. Вы же это все делаете, и это все не получается. Вы же даже говорите, что, когда Вы общаетесь с новым, Вам старый все равно... — *Ну, как-то нужно, я не знаю, как-то нужно забыть.* — Хорошо. Я понял. Давайте мы немножко поговорим про тот период Вашей жизни, когда Вы не пользовались психиатрической помощью. — *Когда ремиссия была?* — *Да.* — *Восемь лет.* — Это было долго. Восемь? — *Да, с 2010-го по 2018 год.* — Вы не принимали лекарств? — *Вообще не принимала.* — Не посещали диспансера? — *Нет.* — Вы работали очень много. — *Да.* — У Вас были такие ответственные должности. — *Такие должности и такие компании хорошие.* — В крупных компаниях, да? — *В крупных, иностранных тоже, да.* — Вы продолжали жить тогда дома с родителями? — *Да. Ну, я встречалась тогда.* — Встречались. У Вас был один молодой человек или несколько? — *Один.* — Это вот тот или это другой? — *Сначала был один, потом я с ним рассталась, а потом был другой, вот этот последний.* — Понят-

но. Эти встречи были у Вас регулярными? — Да. — С молодыми людьми, да? — Да. — Но это были только встречи? Вы не решались жить вместе? — Я не решилась переехать. Мне предлагал он переехать, но это из-за моей глупости. Я сама не понимаю, почему я не переехала. Я себя корю очень сильно за это. — А куда он Вам предлагал переехать? — В Перово. — Это где он жил? — Просто мне на работу было удобнее с моего дома. Вот еще по этой причине я не переехала — ближе мне на работу было ездить от себя, от своего дома, чем от его дома. — Подождите. Это место, где он жил? Это его квартира? — В Перово. Он снимал там квартиру. — Снимал? — Снимал. — Если снимал, так Вы могли бы с ним договориться снять поближе к Вашей работе. — Нет, он не мог. — Не большая проблема переехать. — Просто нужно было переехать, ну, неправильно я сделала. Если бы я переехала... — Я думаю, была какая-то другая причина. Вы чего-то побаивались. — Я боялась, знаете, почему вместе жить? Боялась надоесть ему вот так вот, когда каждый день... — Вы думаете? — Честно, по этой причине я не переехала. Мы каждый день бы виделись и могли бы уже интерес потерять. Почему-то я так думала. — Вы боялись этого, что это станет причиной разрыва, охлаждения в отношениях, верно, я правильно понимаю? — Да, честно. — А были ли еще какие-то опасения тогда, когда Вы отказались переехать? — Нет, это было основой причиной. — Ведь переезд — это не только жизнь с новым, так сказать, человеком и так далее, а это еще и прекращение жизни с другими людьми, с которыми Вы жили раньше. Вы расстаетесь с отцом, с мамой. — Да, я очень привязана к родным. — Привязаны? — Да. — Можете сказать, что Вы с ними прямо как единое целое? — Да. — Так? — Да. — С отцом особенно все-таки, похоже, да? — Да. — У меня иногда возникает ощущение — вот то, что рассказывает доктор, как он за Вас беспокоится, звонит — что он тоже где-то немножко переживает то, что переживаете Вы. Вы знаете, как бывает? Когда люди очень близки друг к другу, у них прямо одинаковые чувства. Может такое быть? — Да, может, да. — Ясно. Вот этот разрыв тогда тоже был довольно тяжелым? — Я не переехала. — А как он относился к Вашему молодому человеку? — Он его не видел вживую. — Но он же знал про него? — Знал. — Наверняка спрашивал кто такой, что делает. — Ну, спрашивал, да. Нормально относился. — Хотелось ему с ним встретиться, познакомиться? — Нет. — А Вам хотелось, чтобы они познакомились? — Ну, может быть, да. — Но Вы же думали о браке? — Ну, тогда нет, меня все устраивало. Я замуж честно не хотела. — Ну, хорошо. Вы думали о продолжительных отношениях? — Я хотела просто продолжительных отношений, да. — А почему Вы тогда не познакомили его с родителями и с отцом? — Ну... — По-моему, это обычная, нормальная история. — Ну, как-то, не знаю, до этого дело не доходило. Если бы

уж я к нему переехала, тогда бы, я думаю, да, познакомилась. — Но Вы сделали это знакомство невозможным, не переехав туда. Понятно. Ну, хорошо. А вот с тем, который был до него, Вам тоже было тяжело расстаться? — Нет, с тем я легко рассталась. — А там кто от кого ушел? — Я. — Вы от него? — Угу. — А что могло... — Он меня старше был на 15 лет. — Ну и что? — Ну, разница в возрасте. — Ну, невелика разница. — Мне с ним неинтересно было. — Просто неинтересно? — Ну, чувствовалась разница поколений, чувствовалась. Ну и я без сожаления ушла. — А этот ровесник? — Этот, по которому я страдаю, ему 37 сейчас, ему будет скоро 38, он на три года старше. — Так он тоже старше Вас, значит? — На три года, на три с половиной года. — Но это одно поколение? — Но это одно, да. — А что Вас сближало все-таки с ним? — Ну, интересно было общаться. У нас одинаковые вкусы в плане музыки были и вообще на одной волне мы были с ним. — А он знал про Ваши комплексы? — Нет. — Вы скрывали? — У меня не было, когда с ним встречалась, никаких комплексов. — Ну, про то, что были? — Нет. — Вы про прошлое ему не говорили? — Про прошлое и то, что я когда-то в психиатрической больнице лежала, он не знает. — А он не задавал Вам подобные вопросы? — Нет. — Такого не было? — Нет. — Как же так случилось, что Вы расстались? Что произошло? — Ну, этот человек, он оказался альфонсом, он любил жить за чужой счет. Даже когда он мне предлагал к нему переехать, он сказал: “Ты будешь оплачивать пополам квартиру и плюс сама еду себе покупать”. То есть ни копейки он бы не потратил, то есть я оплачиваю пополам, ему помогаю пополам квартиру оплачивать, плюс сама себе продукты покупаю. Как бы уже это приспособленчество. Нашел он себе очень обеспеченную женщину с машиной, с квартирой. Он мне так и сказал, что у тебя ничего не было, ну, у меня ничего такого не было, ни квартиры своей, ни машины своей, ну, что с тебя взять, и у меня тоже ничего нет, то есть он так и сказал, что из меркантильных соображений он сейчас... — Уходит к ней? — Он так и сказал. — В итоге женился? — Ну, женился, да, и все приобрел, и машину, и квартиру, и теперь ему не нужно переживать из-за жилья, снимать жилье не нужно, он живет уже в полной семье. — Вы же чувствовали, наверное, с самого начала, что он такой? — Да, я знала, что он такой, но все равно я любила его. — А, Вы даже знали? — Да, я знала, что он альфонс, приспособленец. — С самого начала Вы знали? — Да, потому что я знала, что это не по-мужски все время все с женщины тянуть. Он вообще ни копейки не тратил. — Он альфонс, Вы знали, он приспособленец? — Все это я знала, но просто он очень красивый. Я его за красоту полюбила. — Только за красоту? — Да. — Слушайте, сколько красивых мужчин ходит по улицам Москвы Вашего поколения. — Ну, я не вижу. Мне никто что-то не нравится. — Хо-

рошо. Вы уже давно не работаете. — *Ну, два года.* — У Вас есть инвалидность, да? — *Да.* — Сколько не работаете? — *Два года.* — Два года? — *С октября 2018 года.* — Что происходит? Почему Вы отказываетесь? У Вас все-таки третья же группа. — *Мне очень сложно сосредоточиться, я все время его вспоминаю, хотя, с другой стороны, может быть, я буду больше отвлекаться. У меня страх выйти на работу, потому что уже большой перерыв случился, а так я считаю, работать мне нужно, чтобы как раз именно не думать вообще о чем-то плохом, отвлекаться, то есть работа, я считаю, что, может быть, мое спасение будет.* — Несколько вопросов у меня по поводу, а потом я закончу и передам, если Вы не против, инициативу в зал. У меня по поводу Вашего старого переживания о своей внешности. Когда Вы переживали из-за ног, Вам они представлялись очень длинными, невероятно длинными, гигантскими, и все тело было гигантским. Вам казалось, что Вы выше всех. — *Нет, конечно, не выше всех. Я видела людей выше меня, но в большинстве случаев я выше других.* — Как Гулливер, а остальные... — *Ну, что-то подобное было, но это раньше.* — Было так? — *Было так, да.* — А было тогда ощущение, что окружающая вся обстановка тоже уменьшалась как будто бы, становилась маленькой, дома маленькие, деревья? — *Нет, такого не было.* — Вы прямо идете как большой Гулливер. — *Нет, нет, нет, такого не было.* — Может быть, не в таких пропорциях, конечно, как в книжке, а как-то по-другому? Ну ладно. А эти переживания длинных ног, они подкреплялись, я так понимаю, отражением в зеркале, верно? — *Угу.* — Вы видели это в зеркале, длинные ноги, или Вы брали линейку, метр? — *Нет, я в зеркале видела.* — Только визуально? — *Угу.* — Можно было просто обходить зеркала. — *Ну и вообще я видела, когда на улицу выходила, люди, мне казалось, у них другие ноги, не как у меня, в плане длины, ну, то, что вот эта часть очень длинная, а у них покороче. Это я видела у других людей на улице, что у них эта часть короче, хотя у меня тоже недлинные ноги.* — А у всех людей были длинные? — *Нет, наоборот.* — В смысле, короткие? Или у женщин? — *У всех.* — Но Вы себя сравнивали с мужчинами? — *Нет, только с женщинами.* — Так я и говорю, у всех или у женщин? — *У женщин.* — У женщин Вашего возраста или, может быть... — *Ну, вообще любого.* — Неужели Вы не видели рослых женщин? — *Нет, ну, видела.* — Ну? — *Но все равно я считала себя больше.* — Посмотрите матч женской баскетбольной команды какой-нибудь. Вы увидите очень длинных женщин. — *Я видела.* — Да и по улицам такие иногда ходят. Больше было переживаний за свои бедра или за... — *За свои.* — Только вот эта часть бедренная? — *Вот эта часть, да.* — Все остальное нормально? — *Да.* Но на самом деле все нормально, поэтому я не знаю. Это моя болезнь была, на самом деле все нормально. Не знаю, почему это вообще появилось. — Я хочу по-

нять все-таки, это Ваше восприятие зрительное, Вы это видите, или Вы это где-то внутри ощущаете? — *Вот я хочу понять, почему это случилось, из-за чего у меня это все началось, ну, в смысле, почему именно ноги. Я сама не понимаю.* — Да, но для этого как раз, может быть, надо покопаться в том периоде Вашей жизни, когда это началось, а Вы туда не пускаете. — *Ну, уже не хочу.* — Так Вы хотите понять, но Вы не хотите? Хочу — не хочу. — *Ну, уже не хочу.* — Хочу лечиться — не хочу лечиться. — *Я хочу выписаться.* — Я понял. Ладно. Теперь несколько вопросов зададут мои коллеги. Хорошо? Вы не против? — *Нет, если есть, конечно.* — Есть вопросы.

В. Н. Гладышев. Евгения Игоревна, на эту же тему, чтобы не отвлекаться. Там же было конкретно, Вы говорили, семь сантиметров. Вы как-то вычислили это расстояние. Ваши ноги длиннее на семь сантиметров, вот эта часть, надо бы ее укоротить. — *Откуда Вы такие цифры взяли? Я первый раз...* — С Ваших слов. — *Я такое не говорила.* — Мы читали. Вы знаете, это не секрет, потому что у нас есть меддокументация из НЦПЗ, когда Вы там были, по-моему, в 2007 или 2008 году. Еще раз, Евгения Игоревна, это ни к чему, как говорится, не обязывает, просто так указано было. Я туда Вас обращаю. Когда мы с Вами беседовали, Вы говорили, что 2008 – 2009 год, это был самый тяжелый период, прямо очень нехороший. Там Вы говорили, что Вы даже вычислили, ну, по крайней мере, семь сантиметров, надо на семь сантиметров уменьшить эту бедренную часть. — *Сейчас я такого не помню, если честно.* — Нет, я понимаю. А, Вы не помните своих слов таких? — *Вообще не помню, не помню такое, да, вообще.* — Хорошо.

— А вес свой измеряли как вообще? Часто тоже? — *Нет, с весом проблем не было никаких.* — Вообще? — *Вообще.* — Вы на весы не вставали? — *Нет, вставала, но всегда вес меня устраивал, все нормально было.*

— Евгения Игоревна, скажите, как Ваш отец относился к Вашей внешности? Может быть, он что-то комментировал или критиковал Вас когда-то? — *Нет.* — В детстве, в подростковом возрасте? — *Нет, он всегда говорил, что я красавица, что все у меня нормально, то есть он всегда говорил, что я очень красивая. Ну, так же и мама говорила. Все родные говорили, что я красавица, ну, и я себя считала когда-то красавицей.*

Ведущий. Подождите, Вы же говорите, у Вас это прошло. — *Нет, у меня прошло, но сейчас я все равно немножко в переживаниях по бывшему человеку и могу где-то, ну, не то что сомневаться, но все равно, и потом мне уже все-таки 35 лет. Тогда я была молодой, конечно же, лучше.*

— По поводу работы, что Вы решили? После того как выпишетесь, Вы будете устраиваться? — *Я хочу вообще попробовать работать снова, но не в этом году. В этом году я хочу... еще немножко мне нужно*

успокоиться, восстановиться. Ну, где-то в следующем. — Вы уже не помните, как правильно делать все отчеты. А если другую профессию? — Я, может быть, какую-то спокойную работу, может, типа библиотекаря. Мне нужно что-то спокойное, потому что мне стресс противопоказан. Когда я нервничаю, у меня может обостриться это состояние. Поэтому мне нужна спокойная работа. Я буду думать, то есть такого не будет, что я теперь никогда в жизни не буду работать. Я буду думать.

— Еще вопрос по поводу папы. Он когда-нибудь высказывал свою точку зрения по поводу причин Вашего состояния, на его взгляд, почему Вы в такой ситуации, почему Вы испытываете подобные проблемы? Может быть, он когда-то Вам говорил или сейчас даже говорит, что Вам нужно делать или как правильно нужно жить, чтобы этого всего не было? — Нет, он не говорит ничего. — То есть он никак не рассуждает по поводу Вашего состояния, никак не оценивает его? — Он говорит, что это мое больное воображение, что у меня все нормально. Он говорит, что я абсолютно здоровый человек и все у меня с ногами... Он говорит: «Только с головой проблемы у тебя». — А что тогда надо делать, чтобы... — Лечиться. Он считает, что... — Он же хочет Вас выписать. — Нет, это тогда, на тот момент, когда я дома была, когда мне плохо было, но сейчас же меня подлечили. — То есть лечиться именно в плане приема каких-то медикаментов? — Да. Он считает, что мне нужно принимать вот эти. Он вообще говорит, чтобы я принимала все эти лекарства. — А вообще что по жизни делать? Может быть, дома сидеть? — Он хочет, чтобы я на работу тоже вышла. — Чтобы Вы работали? — Да. — А чем чтобы Вы занимались? — Он мне советует библиотекарем либо корректором снова по специальности.

— Вы сказали, что какие-то стрессы, возможно, на работе ухудшают Ваше состояние. Мне стало понятно, что Ваше состояние ухудшается при каком-то контакте с бывшим молодым человеком. А что Вы можете еще назвать как такой провоцирующий фактор ухудшения? — Ну, какие-то на работе бывают конфликты в коллективе. Когда я работала секретарем, мы соперничали с девочками, кто лучше одет, кто лучше выглядит. Это очень как-то, ну, я нервничала из-за этого. У нас была прямо конкуренция очень сильная на работе. — Это можно назвать ссорами или именно конкуренцией такой тихой? — Да, то есть мне приходилось нервничать из-за этого. — И у Вас возвращались переживания о своей внешности? — Да.

— Я бы хотел, Евгения Игоревна, чтобы Вы раскрыли, как это примерно происходит, что у Вас происходит. Вы говорите, нервничаете. Какие мысли? Как это происходит? Вы начинаете себя накручивать? То есть весь ход мыслей Ваших. — Я начинаю думать, что со мной что-то не так, опять придираться

к внешности. — То есть, когда Вы нервничаете, Вы начинаете считать, что причина... — Что-то со мной не то. — Что-то не то и поэтому Вы как бы начинаете... — Ну, что-то с телом не то. — Внешне, да? — Да. — Но при этом Вы сохраняете свои мысли о том, что Вы красивая? — Да. — То есть такого диссонанса у Вас нет? — Угу. — А эти мысли, они периодически наблюдаются, часто, или как? Это начинается быстро-быстро или как-то у Вас оно постепенно нарастает, или просто одинаково, уровень тревоги сохраняется или нарастает? — Нарастает. — Все больше и больше, как колесо? — Да. — Спасибо.

Ведущий. У меня появилось еще два вопроса с учетом того, как Вы отвечали. Ответ на вопрос про отношения на работе, про эту конкуренцию. Доктор уточнил как раз, это тихая конкуренция, то есть это безмолвная конкуренция, я правильно понимаю? — Да. — Никто ее не озвучивал? — Угу. — Но это чувствовалось? — Но это чувствовалось, да. — То есть Вы приходите, и Вы чувствуете, как девушки одеваются каждый раз так, чтобы соперничать в том числе и с Вами? — Да, было очень ярко выражено. — Вы тоже включаетесь в эту игру определенную? Но это, же, как игра, по сути. — Это было очень ярко выражено. — А почему Вы вышли из этой игры? Нормальная, хорошая игра. Или это конкуренция такая болезненная? — Ну, мне это как-то, да, болезненно было. Я начинала нервничать, вдруг я хуже кого-то буду. Ну, все равно, потому что каждый старался быть лучше. — Да. Они в этой конкуренции Вас побеждали? — Нет, в том-то и дело. Я побеждала, но ко мне отношение было очень негативное с их стороны. — Из-за этого? — Они меня даже могли обидеть какими-то словами. — Из-за этого? — Да. — Из-за того, что Вы побеждали своей красотой? — Ну, потому что я, скажем так, честно, я была, ну, правда, пусть это звучит нескромно, но я лучше всех выглядела на тот момент. — Почему нескромно? — Ну, лучше выглядела. — Это не комплимент, но Вы и сейчас очень хорошо выглядите. — На тот момент лучше выглядела. — А? — Ну, лучше я выглядела них. — Прекрасно. — Они меня подкалывали, как-то старались обидеть, либо бумаги иногда мне приносили и так швыряли прямо, то есть это явно было. — Явно было? — Да. — А мужчины так не относились к Вам? — Мужчины, наоборот, заигрывали со мной, наоборот, комплименты мне... — Это чувствовалось? — Да. — Конечно, женщины в этой ситуации начинают Вас потихонечку выживать, потому что им конкуренция такая не нужна? — Ну, это сложно, да. — И Вы уходили? — Ну, из одной компании, да, я ушла по этой причине. — Тем не менее, уход тоже был тихим? — Угу. — У Вас не было разговора с кем-то из них, чтобы выяснить отношения на словах? Нет? — Нет. — Это все было на уровне интуиции, мыслей? Понятно. Такой еще вопрос. Я просто забыл. После ремиссии, в последнее время у Вас появились — это новый

симптом — ощущения такие необычные, которые Вы сравнивали с прикосновениями медуз. — *Ну, это было очень давно, я уже не помню.* — Это не сейчас было? — *Нет, это было тогда, сейчас у меня нет.* — Опять я все перепутал. Значит, это было в 2007 – 2008 году? — *Да, сейчас у меня нет.* — Я думаю, что у Вас хорошая память. Постарайтесь вспомнить, как это было. — *Нет, у меня не ощущение медуз было, а просто некомфортно в ногах, как будто что-то...* — Нет, Вы говорили, сопоставляли, как будто медузы прямо по бедрам. — *Ну, я неправильно выразилась.* — Не так? — *Не было таких ощущений.* — Тогда расскажите, как было. — *Ну, просто некомфортно в ногах было.* — Что какие? — *Ну, как будто это ноги не мои, чужеродные, что ли, я не знаю.* — Как будто чужеродные? — *Это сложно объяснить, сложно объяснить ощущение.* — Но это не онемение? — *Нет, сложно.* — Это можно было сравнить, допустим, как будто кто-то касается, с прикосновениями ладони? — *Нет.* — Или поглаживания? — *Ну, просто некомфортно. Не могу объяснить.* — Может быть, как будто покалывание или сжимание. — *Ну, может быть, да, как-то так. Очень сложно объяснить. Я уже не помню эти ощущения.* — Тем не менее, это могло быть тогда похоже на какое-то воздействие от человека, то есть как будто рукой или чем-то еще, какой-то частью тела? — *Нет, на воздействие от человека непохоже.* — Прикосновение? — *Нет.*

— Евгения Игоревна, скажите, Вы с кем живете? — *На данный момент с мамой, с папой и с братом.* — Планируете переехать потом? — *У меня сейчас появился другой молодой человек, я могу к нему переехать. Я жду, когда я отсюда выйду. Я хочу к нему переехать.* — А, есть прямо план, Вы договаривались? — *Да, есть.* — А родители как, не против? — *Нет. Они, наоборот, хотят, чтобы я отделилась от них. Мне уже 35 лет. Мне уже давно пора жить своей жизнью, самостоятельно.* — Ну и Вы сами хотите? — *И я сама хочу. Я переживаю, что до сих пор с родителями задержалась. Я переживаю.* — Понятно.

— Скажите, пожалуйста, бывало ли такое, что у Вас на фоне переживаний, на фоне недовольства собой сильно нарушался сон, возможно, ранние пробуждения или долго ворочаетесь, не можете уснуть? — *Да, ворочалась, нарушался сон и аппетит. Было такое, да.* — Аппетит снижался? — *Да, снижался. Вообще могла не есть иногда, да.* — А бывало, может, такое, что могли совсем не спать? — *Бывало.* — А сколько примерно это продолжалось? — *Недолго. Потом я уже сюда легла. Это перед больницей было, перед госпитализацией. Сейчас нормально сплю и ем.* — Сейчас, в этот раз, да? — *Да, сейчас нормально.* — Перед этой госпитализацией. — *Перед госпитализацией.* — А перед предыдущей не припоминаете такого? — *Я уже не помню. Сейчас все в порядке со сном и с аппетитом.* — Спасибо.

Ведущий. Есть ли еще вопросы? Может быть, есть вопрос какой-то у Вас? — *Мне сказали, что эта конференция может мне чем-то помочь. Я хотела бы уточнить, чем Вы могли бы мне помочь? Каким-то, может, советом?* — Я уверяю Вас, что эта конференция действительно Вам поможет. — *Просто мне интересно чем.* — Поможет она хотя бы тем, что в Вашей непростой жизненной ситуации, она действительно непростая, и в Вашем довольно уже продолжительном лечебном процессе есть много вопросов. Эти вопросы, прежде всего диагностические. Для нас, для врачей, это диагностические вопросы, и я думаю, что до конца они еще не решены. Одно дело, когда Вас смотрит и лечит один врач или два врача, а другое дело, когда это огромное количество, много у нас слушателей. Каждый выскажет свое мнение, ну, или не каждый, но многие выскажут свое мнение. У каждого есть какое-то свое представление о том, как бы он лечил Вас, если бы он был вашим лечащим врачом, и так далее. Мы постараемся все эти мнения консолидировать и принять единое, которое будет наиболее вероятным, с учетом такого количества мнений. Это, прежде всего — диагноз. На втором месте, конечно, лечебные рекомендации, которые тоже здесь рождаются, я надеюсь, и, возможно, в них будет что-то новое, чего не было раньше, что больше и эффективнее поможет Вам. — *Хорошо. Поняла.* — Все, что будет здесь решено диагностически и терапевтически, обязательно Вам расскажет Ваш лечащий врач. — *Хорошо. Спасибо.* — Понятно? — Да. — Вот в этом цель. — *Все, я могу быть свободна?* — Да. — *Спасибо.* — Всего Вам доброго. — *До свидания.*

Врач-докладчик. Заболевание развилось у незрелой шизоидной личности в 20 летнем возрасте. Характеризовалось приступами дисморфомании с нарушением схемы тела, возникшими, как реакция на межличностные отношения, сохраняющими свою актуальность на протяжении длительного времени. Депрессивная симптоматика носит, возможно, коморбидный характер, временами достигая тяжелой степени выраженности, по поводу чего пациентка принимала трициклические антидепрессанты и проходила курсы ЭСТ. Характеризуется фиксацией на дисморфоманических переживаниях на фоне невыраженной гипотимии. Заболевание протекает на фоне нарушения эмоционально-волевой сферы, в виде ограничения межличностных контактов, нарастающей социальной дезадаптации, социального дрейфа.

Дифференциальный диагноз: Дифференциальную диагностику можно проводить в частности с рекуррентной депрессией с психотическими симптомами (имеются повторные депрессивные эпизоды), параноидной шизофренией (нарастание эмоционально-волевой дефекта), истерическим расстройством личности, (учитывая элементы демонстративности и рентных установок), с биполярным аффективным расстройством, (учитывая аффективную симптоматику).

ку разных полюсов), однако основной дифференциальный диагноз, исходя из анамнестических, клинических, патопсихологических данных, следует проводить между:

• **Г.25.2 Шизоаффективное расстройство, смешанный тип.**

По критериям МКБ 10, учитывая аффективные колебания, наличие гипоманиакальных и депрессивных аффективных фаз с субпсихотическими (неврозоподобными) и психотическими симптомами на фоне измененного аффекта и длительные периоды ремиссии.

• **Г.21.0 Шизотипическое расстройство.**

Учитывая отсутствие общих диагностических признаков шизофрении, сокращение контактов с окружающими, социальной самоизоляции. Навязчивые, без внутреннего сопротивления, размышления дисморфофобического характера. Эпизодические транзиторные проявления дисморфоманического характера.

Ведущий. Прекрасно. Тем не менее, Ваш выбор? Я понимаю, что это хороший ход — сказать, что либо то, либо то — но давайте все-таки определимся. — *Наверное, глядя на пациентку сегодня, а также обращая внимание на сегодняшний утренний осмотр... На данный момент пациентка, мне кажется, диссимулирует, потому что еще утром мы задавали уточняющие вопросы по поводу внешности, конкретно — про ее ноги, и обратили внимание, что пациентка со страхом смотрит на них. Она несколько раз пыталась посмотреть на ноги и после вопроса “Почему Вы не смотрите на свои ноги?”, она украдкой на них посмотрела и сказала: “Все в порядке”. Я это расцениваю как диссимуляцию, но при этом обращает внимание на себя все-таки нарастание эмоционально-волевого дефекта. Пациентка с каждым годом все меньше и меньше общается, меняет часто место работы. Со слов отца, она последние полгода ничем себя не занимала настолько, что даже перестала смотреть телевизор. Здесь она заявляет, что она хочет смотреть телевизор. Мы это, к сожалению, в условиях сейчас эпидемической обстановки проверить не можем. Она действительно сейчас в палате, но, с ее слов, она очень жаждет активности. Поэтому я бы склонилась, наверное, к шизоаффективному расстройству, которое сейчас выставлено.* — Хорошо. Если так, то тогда каковы рекомендации по Вашей терапии, в том числе на будущее? — *Сейчас она получает трифтазин (5 мг 3 раза) и мirtазапин, тридцать миллиграмм на ночь.* — Вы предлагаете так и продолжать терапию, ориентироваться на трифтазин и мirtазапин? Или есть все-таки мысли относительно какого-то дальнейшего развития? — *Соматически терапию пациентка переносит хорошо. Она сохранна по анализам, по отсутствию жалоб. В плане неврологического, соматического статуса побочных эффектов терапии не выявлено. Поэтому я бы, основываясь на том, что сохраняются бредовые пе-*

реживания... — Вы имеете в виду дисморфоманию? — Да. Антипсихотик я бы, возможно, нарастила. Трифтазин до 30 миллиграмм. — Какие-то рекомендации по организации лечебного процесса — дневной стационар, амбулаторный? — *Конечно, хотелось бы, чтобы пациентка получала адекватную психотерапию. Я думаю, в рамках дневного стационара это вполне возможно. Нас, к сожалению, сейчас очень сковывает эпидемическая обстановка. Если бы не это, то, конечно, надо было бы начинать уже сейчас.*

Ведущий. Хорошо. Спасибо. Очень развернутый клинический разбор, мне кажется, довольно аргументированный, но не бесспорный. Прошу вас, коллеги, высказываться максимально свободно, не переживая никаких дисморфофобических комплексов. Давайте.

— Не могу не отметить, что в истории болезни не меньше двух раз, а то и три отмечалось значительное улучшение на фоне нормотимической терапии. Она получала карбамазепин. Но непонятно, будет ли сейчас добавлена нормотимическая терапия. Возможно, это планируется после исчезновения каких-то психотических явлений.

Ведущий: Если руководствоваться ее словами и, может быть, словами ее отца, то самое лучшее ее состояние было без терапии продолжительностью в восемь лет. Она называет это состояние ремиссией. Получается, что, если брать длительность болезни, не считая пубертатного эпизода, с 20 до 35 лет, то это 7 лет болезни и 8 лет ремиссии. До ремиссии и после ремиссии, так?

В. Н. Гладышев: Даже короче. У нее два достаточно мощных эпизода, точнее, периода. Это 2007 и 2010 год и начиная с 2018 по 2020 год. То есть пять лет.

— Я всегда считал, по крайней мере, читал, что аффективные состояния возникают сами по себе, а у нее здесь идет провокация, по крайней мере, она сама так отмечает, что провокацией является расставание с молодым человеком, то есть ее состояние ухудшается в зависимости от эмоционального состояния. Она сама отмечает, что у нее навязчивые идеи, обсессии появляются, когда она начинает нервничать. А обсессивно-компульсивное расстройство вообще не рассматривается? — *Рассматривать можно все, нет никаких ограничений. Вы предполагаете обсессивно-компульсивное расстройство?* — Меня интересует, почему его здесь вообще не рассматривают. — *Значит, Ваш диагноз обсессивно-компульсивное расстройство? Вы обосновываете это тем, что здесь нет связи с аффектом, верно?* — Я обосновываю это тем, что у нее в большей части идут навязчивые идеи в зависимости от ее состояния, то есть уровня тревоги. — *То есть, реактивные моменты? Невротический вариант?* — Да.

Ведущий: Итак, ОКР, возникающее в связи с теми ситуациями. Хорошо. Спасибо. Какие есть еще мнения, версии, коллеги? Я думаю, что и психологи тоже

могут подключиться. Тем более, что клинические психологи, работающие у нас, вполне привыкли ко всяким диагностическим пассажам.

Психолог. Мне хочется сказать про ОКР. Объяснить, почему я это не рассматривала. Там другая структура личности. Там это изолированные навязчивости, определенная структура личности. Я много видела профилей, тестов, которые провела, порядка нескольких тысяч. У нее седьмая шкала низковата для пациента с ОКР. У них это просто взмывает в небеса. — *Вы придерживаетесь мнения лечащего врача?* — Да, не вижу расхождений с данными психологической диагностики. Для меня по обследованию у этой пациентки сочетание аффекта и дефекта, депрессивного аффекта.

В. Н. Гладышев. Есть аффективная сфера, аффективные расстройства, которые у данной пациентки мы можем выделять. Мы видели депрессивный аффект, депрессивные фазы. Можно опосредовано думать, что были какие-то маниакальные эпизоды. По крайней мере, в институте она говорила, что были моменты, когда она просто летала, хотя сейчас она на некоторые вопросы отвечает достаточно формально и просто соглашается с нашими вопросами, оставаясь практически недоступной по поводу своих внутренних переживаний. Тем не менее, аффективное расстройство есть. Она теряла аппетит, она теряла в весе, она была адинамична, она не выходила из дома. У нее были вторичные когнитивные нарушения депрессивного плана. Она не справлялась с работой, и приходилось уходить, но у нее на протяжении достаточно длительного времени, на мой взгляд, прослеживается хроническая бредовая настроенность по своему мировоззрению, по своему мироощущению. Был очень характерный пример, когда она увольнялась с работы прямо, можно сказать, по бредовым мотивам, потому что к ней относились предвзято, вокруг нее проводилась какая-то игра, вокруг нее выстраивались какие-то козни. Здесь она очень насторожена, подозрительна, и в отделении она также очень подозрительна. Когда я пришел, не успев надеть халат, и зашел в отделение, она очень подозрительно ко мне отнеслась, хотя я представился и вопросы задавал. Вот такая настроенность подозрительная, параноидная. Я вспоминаю старую книжку Ойгена Блейлера. Там были такие слова: “Существует очень много экспериментальных методик для определения нарушений мышления, и в большинстве они не нужны”. Он так считал. Она, по сути, амбивалентна, у нее амбивалентность вообще во всем. Это ее кредо по жизни, это ее кредо в разговоре, это ее кредо в отношении к болезни, отношениях с людьми, с любимыми людьми, которых она называет любимыми. Все время отношения крайне амбивалентные, незрелые, недостаточно выстроены. Они какие-то гротескно-инфантильные. Поэтому пациентка мне представляется эндогенной, с хроническим эндогенным заболеванием, с нарастающей дезадаптацией,

прежде всего, волевой, хотя эмоциональной тоже, с нарушением мышления, с мотивационным расстройством. Может быть, здесь есть тема подавления ее личности родителями. Может быть, ее можно было как-то раскрутить, но мне лично этого делать не хочется, потому что я ее вижу, прежде всего, как тяжелую эндогенную пациентку. Нехорошо идти против себя самого, но говорить о параноидной настроенности здесь возможно, хотя у нее нет Кандинского, может быть, в ярком варианте, но, тем не менее, это так. Диагноз шизотипического личностного расстройства, или вялотекущей шизофрении, по которому она получила инвалидность, насколько я понимаю, в принципе правомерен. Лечить ее нужно нейролептиками, достаточно адекватными дозами. И еще я хочу отметить лечащего врача. В короткие сроки, к сожалению, у нас так произошло, один день и две ночи, подготовлено выступление. Впервые у нас Анна Игоревна представляла пациентку, которая мне все-таки сейчас больше представляется как тяжелая эндогенная.

— Мы уже третий час этим занимаемся, наверное, все устали, поэтому я буду краток. Когда мы здесь смотрели больную, мы ее обсуждали. Лично я ее видел в первый раз в жизни, и очень интересно было мнение врачей, которые ее видели, наблюдали и лечили. Участковый врач, который два года наблюдает, он просто поражен, увидев ее в таком состоянии. Он не видел ее в таком блестящем, живом, эмоциональном, ярком виде никогда за эти два года. Вызывает восхищение, как человек за неделю из состояния, требующего стационарирования, приходит в такое прекрасное состояние либо наоборот. Еще лично я обратил внимание, что звучали заключения психологов, сделанные 10 – 12 лет назад, которые описывали очень специфичные изменения мышления по эндогенному типу, и парадоксальным образом есть совершенно свежие заключения психологов, где этого напрочь нет. Я, в свою очередь, тоже как клиницист не заметил выраженных изменений структуры мышления. А на что обратил внимание? По-моему, это в интервью прозвучало — было стремление все-таки докопаться до причин, а не следствия. Следствия мы знаем, следствия мы видим, мы их многократно описывали. Хотя она не хочет о них говорить, описывалось очень ярко, очень образно, очень живо. Мы видим следствия, а причину, на мой взгляд, до сих пор не поняли, почему и собрались. Лично у меня возникли большие сомнения в эндогенном генезе данных расстройств. Я сейчас колебался бы между диссоциативным конверсионным расстройством и специфическим расстройством личности.

— Я тоже постараюсь максимально коротко. Когда я слушал анамнез, у меня создалось впечатление, что везде аффективная депрессивная симптоматика, то есть прямо везде. Есть дисморфобические идеи, но почему бы не сказать, что это рекуррентная де-

прессивность с психотическими симптомами с рекуррентным депрессивным аффектом. Из анамнез она представляется достаточно депрессивной. Но, если немного копать глубже, то здесь мне кажется, что как будто у нас не хватает двух важных частей. Есть такой информативный, но довольно формальный клиничко-описательный характер и довольно формальный экспериментально-психологический, но мы не понимаем глубокую психологическую структуру ее переживаний, ее семейного анамнеза. Если бы мы знали семейный анамнез и переплетение ее идей, связей, что у нее вообще происходит в голове, нам было бы гораздо понятнее, что с ней происходит. Я, наверное, соглашусь с какой-то эндогенностью, потому что она отрывочно, но высказывает идеи отношения, их можно увидеть за этим дисморфофобичным фасадом. Немножко звучит любовный бред, идея величия с какими-то мегалопсиями и мегапсиями, когда она видит себя какой-то громадной. И вроде бы у нее были какие-то гипоманиакальные эпизоды. Тем не менее, на первом плане как будто бы аффективная симптоматика, но за ней мы не очень чувствуем диссимуляции из-за дефицита информации о родственниках и так далее. Еще у меня была такая идея, что все сосредоточились на родственниках, прежде всего на отце. Вообще это очень странно, это как будто такая лагуна информационная, которую мы никак не можем преодолеть. Ничего непонятно ни про маму, ни про папу. У меня даже было в какой-то момент ощущение из того, что она говорит, из того, что говорит лечащий врач, что отец прямо заряжает какими-то непонятными идеями. Не хочется в какой-то психоанализ уходить, но папа какой-то уж очень странный: то лечись, то не лечись, то ты красивая, то у него какие-то идеи, что все с ней не так, все неправильно. У меня была даже такая дурацкая мысль, что в самом начале у нее болезнь началась с того, что она не очень хотела быть взрослой женщиной: увеличение груди, бедер и так далее. В общем, не хватает глубокого анализа ее внутренних переживаний. Когда она представлялась, то по образу и рисунку ее поведения она мне представилась крайне зависимой личностью. Я смотрел, как она все время мечет глаза на лечащего врача, заискивает, то есть, действительно, это в виде диссимуляции, и какое-то присутствие очень зависимых черт, потому что она встречалась с этим молодым человеком, который явно проходимец и альфонс. В ней как будто огромное количество какой-то незрелости, инфантилизма и всего остального. Мне представляется это негативной симптоматикой, которая, кстати, поразительным образом отступила. Вспомните анамнез, что в НЦПЗ у нее дефект, а потом у нее 8 лет ремиссии с работой, отношениями и так далее. Может быть, за этим дефектом скрывается либо актуальная депрессивная симптоматика, либо декомпенсация зависимости, пассивно чувствительных личностных черт и так далее. В общем, мне кажется, просто

не хватает информации про ее глубокие внутренние переживания и про семейный анамнез. Если бы были эти две составляющие очень глубокой, очень интимной информации, нам было бы проще понять, есть ли там действительно какие-то бредовые переживания параноидного или даже парафренного характера, или это все можно уложить в аффективный спектр.

Ведущий. Понятно. Спасибо. Давайте, дорогие друзья, наверное, я буду завершать наш сегодняшний клинический разбор. Я хочу тоже отметить совершенно потрясающую презентацию. Спасибо Вам большое. Комфортно работать, когда так подробно, тщательно все отмечено по пунктам. Понимаешь, что врач отдал этому всю душу, силы и ночной сон. Пациентка тоже выбрана очень удачно. Это как раз тот случай, когда не может быть единого, однозначного диагностического суждения. Слава богу, что у нас такой плюрализм диагностических мнений. Я очень рад, что здесь собрались люди для того, чтобы поразмять свое клиническое мышление, а не для того, чтобы посчитать на калькуляторе количество облигатных и факультативных признаков по МКБ-10 или по DSM-V. С этой пациенткой очень все непросто, и я бы, наверное, так же, как мой коллега Сергей Николаевич Мосолов, если бы был официальным консультантом этой больной, написал бы сегодня в истории дифференциальный диагноз. Давайте по порядку. Я постараюсь максимально избежать субъективных интерпретаций того, что я вижу и слышу от этой пациентки, но я ловлю себя каждый раз на мысли, что у меня это не получается. Я думаю, что каждый психиатр в своей практике постоянно переживает именно эту проблему, что он все время додумывает то, чего ему не хватает для диагноза, и начинается порой прямо фантазийный формат. Вспомните математику. Помните уравнение с двумя неизвестными? Два x плюс три y равно z — вот такое уравнение. Как оно решается? Для того чтобы его решить, нужно допустить, что x равно z , например, пяти. Из головы просто допустить, что x равно z . Здесь уравнение не с двумя неизвестными, а здесь уравнение с двухсот двадцатью двумя неизвестными. Поэтому приходится допускать какие-то вещи, для того чтобы попытаться это уравнение так или иначе решить. Но все-таки к фактам. Что мы видим в психическом статусе? Сначала описательная часть, феноменологическая. Наша пациентка ведет себя очень настороженно, она ведет себя очень подозрительно. Она озвучивает это, говорит о своей настороженности и подозрительности и дополняет ее настороженностью отца, который был против этого разбора и против участия в этой конференции. “Но я ему не скажу”. Это уже некоторая такая интрига. Пациентка все время оглядывается в зал, постоянно. Это то, что отметили и выступающие. Она оглядывается в зал не только на лечащего врача, а она оглядывается в принципе на всех. Я даже прямо предложил ей: “Посмотрите вни-

мательно еще раз. Нет ли тех, кто смеется? Нет ли тех, кто ухмыляется? Не ухмыляюсь ли я?" В такой ситуации, как мне видится, безопаснее всего вести себя с такими пациентами именно так, открыто, сразу раскрывая свою непричастность к какой-то возможной подковерной игре. Вроде бы она после этого немножко успокоилась, но потом опять через какое-то время у нее уровень напряжения возник, и особенно был момент в течение беседы, когда казалось, что она прямо готова даже встать и уйти. Был прямо очень напряженный момент, высокий градус. Она порывалась это сделать, но вроде бы смогла себя удержать. Все это говорит о низкой доступности больной. Она просит ее выписать сейчас. Она не хочет переводиться из карантинного отделения, обсервационного, в обычное. Она как будто бежит от психиатров, только что придя к ним. Конечно, телевизор и все остальное — это только повод. Это явно совершенно не причина того, что она бежит. Она же не первый раз в больнице, в конце концов. Она лежала и по полтора, и по два месяца, и были разные больницы: Алексеевская, где она лежала в тяжелом отделении, НЦПЗ и так далее. Это значит, есть что-то другое. Я неоднократно обнаруживал амбивалентные переживания у нашей пациентки, которые она излагает. Эта амбивалентность звучит спонтанным образом, то есть это не такая амбивалентность, которую мы, например, можем услышать у заигрывающей с нами кокетливой истерички, которая таким образом пытается себя продемонстрировать как некую загадочную и неординарную натуру. По-моему, этого здесь нет совсем. Она очень интровертирована и зажата, и эта амбивалентность спонтанна — по отношению к молодому человеку, по отношению к лечению, по отношению к отцу, к врачам, к лекарствам, которые она принимает — ко всему: хочу — не хочу, могу — не могу, люблю — не люблю. Исходя из всего этого, сразу же возникает вопрос. Когда у нас пациент недоступен? Классический вариант: либо не могу, либо не хочу. Не могу — это деменция, олигофрения или императивный галлюциноз, запрещающий говорить. Еще депрессию давайте вставим к "не могу". Бывает, что депрессия с выраженной идеомоторной заторможенностью не дает возможности пациенту быть доступным в разговоре с психиатром. Не хочу — это бред. Я не вижу ни одного пункта из категории "не могу" на сегодняшний день. Я делаю из этого вывод, что на сегодняшний момент эта недоступность, которую мы сегодня видим, обусловлена актуальной бредовой симптоматикой, которая есть в настоящий момент времени. У меня нет другого объяснения этой недоступности. Давайте предположим, что она просто застенчивая, просто застенчивый психастеник с обсессивно-компульсивным расстройством, как предположил доктор. Возможно? Возможно. Застенчивый психастеник на аудитории тоже испытывает сложности в изложении материала, но у него много вегетатики. Он потеет, он глубоко дышит,

он краснеет, бледнеет. В какой-то момент времени мы начинаем его все-таки успокаивать, и тут застенчивый психастеник с ОКР начинает быть не просто доступным, а начинает быть назойливым в изложении своих жалоб, привязчивым, многократно повторяющим или ритуальное количество раз повторяющим все время одно и то же. "Ой, простите, я забыл Вам сказать. Ой, Вы знаете, я тогда Вам говорил. Я Вам еще хочу сказать". Мы получаем такой гиперкомплаенс в отношениях с такими пациентами. Здесь этого нет. Она молила Бога, чтобы не было больше ни одного вопроса из зала, чтобы как можно быстрее отсюда сбежать. Поэтому я думаю, что она находится сегодня в психотическом статусе. Регистр психических расстройств на сегодняшний день психотический. Теперь вопрос о том, что же у нее в голове. Это сакральный вопрос для нас, для психиатров, особенно когда мы имеем дело с недоступным пациентом, но давайте обратимся к анамнезу. Наша пациентка все-таки еще достаточно молодая, и у нее не такой длинный анамнез. До 11 лет трудно что-то говорить и оценивать, хотя, конечно, обращает на себя внимание суицид дяди, заверченный, самоубийство. В общем, мы можем говорить о том, что, по всей видимости, наследственность отягощена. Вроде бы как до 11 лет действительно сенситивный шизоид, по крайней мере, такие черты начинают формироваться у нее, без каких-либо психопатологических элементов, но дальше, в 11-летнем возрасте случается какое-то экстраординарное событие. Экстраординарное оно потому, что 11-летнего ребенка повели к психиатру. Вы понимаете, что значит для родителей повести 11-летнего ребенка к психиатру — это все-таки не просто наморк, а это что-то такое особенное. Что мы видим? При попытке хоть немножко, хоть в общих чертах все-таки разузнать, что же там произошло в этом возрасте, мы видим не просто отпор, а мы видим самый ожесточенный отпор. Это говорит о том, что актуальность тех переживаний на сегодняшний день остается не меньшей, а скорее всего, большей. Это говорит о том, что именно в тот момент манифестировала болезнь, видимо, раз уж мы говорим о бреде сегодня в статусе, именно бредовыми переживаниями, которые на сегодняшний день продолжают в своей актуальности и продолжают определять ее психическое состояние. Все, что мы знаем о том периоде, — это то, что этот период был как-то эротически окрашен. Она переживала, что окружающие смотрят на ее половые органы. Она переживала рост груди, рост молочных желез, что она станет взрослой женщиной — что она станет не просто взрослой женщиной, а что она станет объектом сексуального интереса окружающих. Тогда она переживала, прежде всего, страх, если переводить то, что она говорила, страх сексуального интереса к себе. Я сейчас не про психоанализ, я как раз сейчас про бредовый психоз, который тогда и произошел. Вроде бы как все обошлось без всякого лечения. Мне

очень трудно давать квалификацию аффективной оси расстройств, которая у нее была. Она была, действительно, там были какие-то депрессивные эпизоды и так далее. Очень сложно делать выводы из того, что мы имеем. Она не дает нам эту информацию целиком. Но дальше в 22 года начинается классическая дисморфобия. Давайте теперь вспомним, как выглядит классическая дисморфобия и когда она появляется обычно. Она появляется в пубертатном возрасте у девочек, как правило, и, как правило, если это все-таки на каком-то уровне пограничном, невротическом, личностном или даже шизотипическом, то 20 – 25 годам она потихонечку либо исчезает, либо угасает, если это действительно легкие формы невротических дисморфобий. Если нет, то она перерастает во что-то другое — расстройство пищевого поведения, множественные операции у пластических хирургов и так далее. Но дальше мы видим, что эта дисморфобия застряла как будто бы на одном бедре, только на бедрах, ничего другого нет. Были у меня тоже предположения, так же как у Виталия Николаевича, что, может быть, это метаморфопсия, то есть, может быть, она видит нарушение схемы тела. Аутометаморфопсия, расстройства психосенсорного синтеза, когда руки становятся длинными. Но я вроде бы посмотрел, проверил так называемый симптом Гулливера. Вроде не похоже на то, что у нее произошло это. Если бы это и произошло, то тогда мы бы искали у нее какой-то органический генез этого расстройства. Это бывают опухоли, интоксикация или что-то еще, но здесь абсолютно никакой органики нет. Это зафиксировалось. К этому потом когда-то присоединились чуть позже, но не так далеко от момента начала, присоединились ощущения, причем ощущения необычные. Врачи описывают их как сенестопатию. Не исключено, что я сейчас уже начинаю потихонечку додумывать, но я стараюсь все-таки привязать это к логике манифестного психоза, где эротическая тема была важной, и бедра как элемент сексуального интереса, и именно в них появляется сенестопатия. Если бы это не было привязано к переживаниям того психоза, сенестопатия, как и положено, генерализовалась, была бы разнообразной, вычурной и так далее. Она отрицает прикосновение и так далее, но, в общем, я не исключаю, что это был какой-то психический сенестопатический автоматизм. Исходя из этого, у меня складывается предположение, гипотеза, которая, к сожалению, пока лишена данных, что речь идет о синдроме Клерамбо, о синдроме бредовой эротомании, настоящей бредовой эротомании по Клерамбо, которая сопровождается ощущениями, сенестопатическими переживаниями эротического содержания и при этом эротического воздействия. Бред эротического воздействия. У меня нет никаких подтверждений этого, это просто гипотеза. Мы видим, что большинство ухудшений ее состояния связано в дальнейшем на протяжении всей болезни с наличием или отсутствием отношений с мо-

лодыми людьми. Как мы выясняем, наличие отношений с молодыми людьми предполагает некий отрыв от отношений с отцом, который с ней находится, как мы видим, возможно, во взаимоиндукционных отношениях. Вроде бы как она согласилась с моим предположением, хотя, может быть, она на автомате согласилась, здесь я не уверен. Бывает такое, я говорю, что люди переживают прямо то же самое, что и Вы. Помните я сказал, что Ваш отец, может быть, так же? Она вроде бы согласилась: “Да, он прямо такой”. Но, опять же, все это, может быть, вилами на воде писано. Итак, у нее есть идеи отношения, как бы дисморфобия, дисморфомания и эротический бред. История с работой. Там тоже тема эротизма — конкуренция с женщинами. За что может быть конкуренция с женщинами? Конечно, за объект сексуального пристрастия. Иначе что еще? Кто красивее выглядит. “Ну и, конечно, я выглядела красивее” — так говорит эротоманка обычно, психотическая эротоманка. “Я красивее всех. Поэтому на меня обращают внимание мужчины и из-за этого со мной начинают воевать все мои конкурентки-женщины, которые тоже возжелали этого мужчину, но я даже не буду с ними бороться, потому что я знаю точно, что он меня любит”. Вот логика параноидной эротоманки. И не просто любит, я не просто знаю, я это еще и ощущаю. Период так называемой восьмилетней ремиссии. Чем он характеризовался в ее жизни? Тем, что у нее были отношения с молодыми людьми. Как только прекращаются отношения с этим молодым человеком в 2018 году, тут же у нее обостряется симптоматика. Она обостряется опять по бедрам и опять идет ведущей фабулой идея отношений, но здесь наша пациентка уже начинает говорить и практически высказывает нам эротическую бредовую фабулу. “Я к нему привязана. Это навязчивость”. Это не просто навязчивость. Понятно, что речь идет о виртуальном контакте с этим человеком на протяжении последних двух с лишним лет. Он не ослабевает, а усиливается, этот контакт, про который она, психологизируя, говорит, что речь идет о воспоминаниях, просто таких ярких и образных. Теперь ситуация этой госпитализации с отцом. Вот здесь, на мой взгляд, вскрывается очень интересный момент. Отец постоянно, каждый день звонит врачу. Все время звонит врачу отец, не мать. Это же, в общем-то, необычно, и именно отец диктует условия, говорит, какой врач хороший, а какой плохой, с кем надо расстаться, а с кем нет, что надо остаться в больнице или надо выписаться, и так далее. От отца она скрывает, что она сегодня здесь, потому что отец определяет происходящее с ней. Есть в связи с этим предположение, учитывая, что это, возможно, индукционный характер, что бред этого эротического воздействия тогда возник в 11-летнем возрасте к отцу. Именно поэтому она не хотела взрослеть — потому что, если она будет женщиной, то у отца появится уже сексуальный интерес к ней. Поэтому ей хочется ос-

таться в своем, так сказать, девственном положении. Я еще раз хочу сказать, что это абсолютно субъективные мои построения, которые ни на чем пока не основываются, но я думаю, что было бы неплохо врачам, которые будут с ней в дальнейшем работать, в том числе психотерапевтически работать, эту версию иметь в виду. Если с кем-то из врачей у нее все-таки установится комплаенс, тогда, возможно, эта версия найдет свое подтверждение. Если это так, то, возможно, можно провести какой-нибудь когнитивный ремонт, будем говорить, в этой квартире. Получается, что на одной чаше весов отец, а на другой чаше весов другой объект, который сегодня виртуальный. По большому счету речь идет, как это бывает при прогрессировании синдрома Клерамбо, в сторону парафрении, нашу параноидную, бредовую эротоманку начинает любить уже не один или не два человека, а несколько, и между ними начинается непримиримая борьба. Эта борьба, конечно, тоже происходит в виртуальном пространстве, потому что познакомиться своего молодого человека с отцом она абсолютно точно никак не могла, не могла допустить этого, потому что это два основных, так сказать, борца за нее. Я согласен с Виталием Николаевичем, что речь идет все-таки не о вялотекущем процессе и не о приступообразном прогрессирующем процессе, а именно о параноидной шизофрении с синдромом Клерамбо — не Кандинского, а именно Клерамбо — с бредовой эротоманией, с элементами, в том числе, сенсорных автоматизмов, может быть, еще и идеаторных, мы не знаем, но тут надо поподробнее говорить. Остается только решить вопрос о том, в каком она состоянии была без терапии эти восемь лет, и почему она оказывалась как бы в ремиссии. Я не думаю, что это была ремиссия. Я думаю, что это был как раз тот период ее параноидной жизни, в котором она нашла комфортную нишу под прикрытием этого молодого человека, защищаясь таким образом от возможного воздействия со стороны отца. Как версия, я не знаю, опять же. Как только эта защита ушла, и опять на поверхность вышел отец, сразу опять вернулось все на прежний, уровень. Из этого я делаю вывод, что речь идет все-таки о параноидной шизофрении. Я думаю, что сейчас ведущий, ключевой синдром или симптом-мишень, как говорится, является все-таки бред, бредовое расстройство. Довольно резистентное к лекарственной терапии. Я отдаю себе отчет, что здесь очень много уже было разных вариантов лекарственной терапии. Я не знаю, что произошло в аптеке. Очень сложно. Как будто бы все это свалили на ксеплион как на главного виновника произошедшего, но я просто не знаю, что может такого прямо быть, что вызывает такие обморочные состояния на приеме этого ксеплиона. Мне трудно ска-

зать, но я бы все-таки выбрал терапию с акцентом на нейрорепаративную, а не на антидепрессивную. Если сейчас возвращаться к аффективной оси, я не могу исключить вторичный характер депрессивных расстройств, которые бывают очень часто у параноидных больных как реакция на то или иное параноидное событие, происходящее в их жизни, бредовое событие. В данной ситуации депрессивные страдания по потерянной любви есть не что иное, как депрессивная реакция на потерю объекта влюбленности. Антидепрессант в данной ситуации может подогревать бредовую симптоматику, особенно начинающую уходить куда-то в парафренические дебри. Лучше все-таки с антидепрессантами здесь поосторожничать и подумать о назначении хорошего антипсихотика с переводом на пролонг, потому что она не комплаентна. Она ходит в диспансер и принимает лекарства, судя по всему, в зависимости от того, какое место в этот момент психиатрия и психиатр занимает в ее системе. Имеет огромное значение пол психиатра для таких пациентов, особенно психотерапевта. Я думаю, что в отношении дальнейших рекомендаций можно было бы попробовать все-таки с отцом провести какую-то отдельную, независимую от нее, работу. Попробовать. Вдруг у кого-то получится установить с отцом более-менее психотерапевтический, а может, и психиатрический контакт и начать самостоятельно его лечить. Возможно, это даст какой-то результат, потому что в этой ситуации, если это окажется так, как я говорю, мы сразу же получим снижение индукции со стороны отца и сразу же улучшение состояния нашей пациентки, потому что эта индукция подогревает ее психотические переживания. Не знаю насчет конкретного нейрорепаратива. Мне трудно сказать, исходя из того, что было. Мне думается, что трифтазин пока недостаточно работает, хотя времени не так много. Пока только седьмой день. Давайте не будем делать каких-то резких перемен. Я рекомендовал бы продолжить и, соглашусь с Вами, немножечко нарастить дозировку трифтазина. Если говорить о переводе на пролонг, тогда вновь появившийся наш любимый модитен, по-моему, самый лучший вариант для этой пациентки в дальнейшем для работы с ней как с больной психотического уровня. Я думаю, что она вполне может быть кандидатом на проведение МСЭК на утяжеление группы, на перевод ее на вторую группу инвалидности с третьей. Вполне данных достаточно. Коллеги, я могу здесь с гипердиагностикой к этому подойти, но пока я вижу так, и у меня другой интерпретации происходящего нет.

Оставляю за собой право на ошибку. Спасибо большое за замечательный разбор и прекрасную презентацию.

Представительство медицинской организации в судебном заседании по делам о недобровольной госпитализации

Ю. Н. Аргунова

Рассматривается институт представителя психиатрической больницы при рассмотрении судом административного искового заявления о недобровольной госпитализации лица. Обращается внимание на неправомерность допроса сотрудников больницы как стороны по делу в качестве свидетелей и специалистов. Демонстрируются ошибки судов на примерах из судебной практики. На основе анализа законодательства делается вывод о том, что закон позволяет руководителю медорганизации вести в суде дело о недобровольной госпитализации лично. Руководитель может уполномочить на ведение дела других должностных лиц медорганизации, являющихся штатными врачами-психиатрами, либо поручить ведение дела представителю (юристу).

Ключевые слова: недобровольная госпитализация в психиатрический стационар; представитель в суде; главный врач

На сегодняшний день ряд вопросов, касающихся представительства медорганизации в судебном заседании по делу о недобровольной госпитализации пациента, оказываются дискуссионными. А именно:

1) кто является административным истцом по делу: медорганизация, главный врач медорганизации, представитель медорганизации;

2) может ли главный врач, его заместитель вести дело в суде в качестве представителя медорганизации при отсутствии обязательного для представителя юридического образования;

3) в качестве кого может быть допрошен в суде главный врач (его заместитель), зав. отделением, лечащий врач госпитализированного пациента;

4) может ли у медорганизации быть два представителя: главный врач и юрисконсульт;

5) может ли представитель медорганизации в лице юрисконсульта давать пояснения по делу о наличии у ответчика (пациента) тяжелого психического расстройства, его нуждаемости в психиатрической помощи в условиях стационара, а также по другим вопросам, ответы на которые требуют специальных знаний в области психиатрии.

До введения в действие Кодекса административного судопроизводства РФ (КАС РФ) рассмотрение дел данной категории велось в порядке, предусмотренном ГПК РФ и Законом о психиатрической помощи. ГПК РФ не содержал требований в отношении юридического образования подателя заявления или его представителя и позволял представлять медорганизацию в суде главному врачу, подписавшему заявление в суд, его заместителю, зав. отделением при наличии надлежащим образом оформленной дове-

ренности. Если дело рассматривалось в помещении стационара, то представительство осуществлял, зачастую, один из членов врачебной комиссии, подписавший заключение, лечащий врач пациента, а иногда все вместе. Объяснения, которые давали указанные лица в судебном заседании, позволяли суду оценить обоснованность и законность госпитализации. Представляя интересы стороны в процессе, они одновременно выражали профессиональную позицию врачей-психиатров.

КАС РФ изменил устоявшуюся практику. Согласно ч. 1 ст. 55 КАС РФ представителями в суде по административным делам могут быть лица, обладающие полной дееспособностью и имеющие высшее юридическое образование. Это требование, которое не было предусмотрено нормами ГПК РФ, стало относиться равным образом к представителям и медорганизации (истца) и госпитализированного лица (ответчика). Представители должны представить суду документы о своём юридическом образовании (наличии ученой степени по юридической специальности), а также документы, удостоверяющие их статус и полномочия. Полномочия на ведение дела в суде должны быть выражены в доверенности, выданной и оформленной в соответствии с федеральным законом. Доверенность от имени медорганизации должна быть подписана её руководителем или иным уполномоченным на это её учредительными документами лицом и скреплена печатью организации.

Однако юристы (юрисконсульты медорганизаций) без медицинского образования по специальности «психиатрия» лишены возможности представлять интересы медорганизации в требуемом ключе.

Законодатель в 2018 г.¹ внес изменения в ст. 275 КАС РФ (теперь заявление в суд подает не представитель медорганизации, а медорганизация), ст. 277 КАС РФ (о времени и месте рассмотрения дела извещается сама медорганизация, а не ее представитель; рассмотрение дела проводится при участии медорганизации, а не ее представителя). Представитель медорганизации исчез из главы 30 КАС РФ. Однако при этом к документам, направляемым в суд, теперь требуется дополнительно приложить доверенность, удостоверяющую полномочия представителя истца и документ, подтверждающий наличие у представителя высшего юридического образования или ученой степени по юридической специальности. То есть получается, что представитель медорганизации все же участвует в судебном заседании.

Это же подтверждает и ч. 2 ст. 33 Закона о психиатрической помощи, редакция которой по непонятным причинам аналогичным изменениям не подверглась. В ней по-прежнему фигурирует представитель медорганизации в качестве подателя заявления в суд, что указывает на коллизию норм.

Понятно, и это общеизвестный факт, не требующий доказательств, что медорганизация (а теперь именно при ее участии рассматривается дело) не может прибыть в зал судебных заседаний и отвечать на вопросы. Отвечать на вопросы и обосновывать позицию медорганизации могут живые люди, ее сотруд-

ники, а именно уполномоченные на это врачи-психиатры и юрист, и эти врачи-психиатры (главный врач, его заместитель) дают пояснения в суде, представляя свою медорганизацию, т.е., с точки зрения процессуального законодательства, выступают в качестве представителей истца.

Однако, как показывает практика, из-за двусмысленности положений закона представителем в суде по данной категории дел по-прежнему выступает несведущий в медицинских вопросах юрисконсульт, а лица, осуществившие недобровольную госпитализацию и подавшие в суд подготовленные ими медицинские документы, оказываются в суде в роли сторонних лиц. Судьи допрашивают зам. главного врача медорганизации, другого врача-психиатра, имеющего доверенность, не как выразителей позиции стороны (истца), лиц, ответственных за произведенную госпитализацию и призванных доказать обоснованность своих действий, а как *свидетелей*² или *специалистов*³. В качестве специалиста суд допрашивает зав. отделением больницы-истца.⁴ Специалистом по делу проходит лечащий врач ответчика, причем даже в том случае, когда истец “официального” представителя в суд не направил.⁵ Встречается и некий микс, когда в качестве специалиста допрашивается представитель больницы (который должен быть юристом).⁶ На их показаниях суд строит свои выводы, считая их независимыми от сторон и объективными.

¹ См. Федеральный закон от 28 ноября 2018 г. № 451-ФЗ. Начало действия новой редакции статей КАС РФ — 28 октября 2019 г.

² См. решение Буйнакского горсуда Республики Дагестан от 13 января 2020 г. по делу № 2А-115/2020. В судебном заседании в качестве свидетеля допрошена зав. женским отделением Буйнакской ПБ, которая при освидетельствовании ответчика входила в состав врачебной комиссии. Она показала, что Шабасова М. Ш. поступила в приемное отделение по направлению “скорой” в сопровождении отца и тети в связи с неадекватным поведением. Была осмотрена дежурным врачом, которая пришла к выводу о необходимости госпитализации Шабасовой с диагнозом: “эмоциональное неустойчивое расстройство личности” для обследования и лечения. Шабасова считала себя здоровой и категорически отказывалась от лечения. На следующий день самовольно покинула больницу, взломав дверь пожарного выхода. Полиция обнаружила ее на вокзале и доставила обратно в больницу, в связи с этим комиссия вынесла заключение о недобровольной госпитализации Шабасовой.

³ См. решение Преображенского районного суда г. Москвы от 2 декабря 2020 г. В судебном заседании представитель истца заявил ходатайство об опросе в качестве специалиста врача-психиатра. Суд удовлетворил ходатайство и определил опросить в качестве специалиста врача-психиатра больницы М. Опрошенная М. показала, что госпитализация С. в ГБУЗ “ПКБ № 4 ДЗМ” обусловлена имеющимся у него тяжелым психическим заболеванием, обуславливающим существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи. В частности, будет нарастать психотическая симптоматика, развитие имеющихся бредовых идей, агрессия. Лечение пациента возможно только в условиях стационара, несмотря на мнение лица, поскольку необходим подбор терапии, который можно осуществить только в стационаре ввиду необходимости круглосуточного контроля.

⁴ См. решение Сергиево-Посадского горсуда Московской области от 21 января 2020 г. по делу № 2А-1039/2020.

⁵ См. решения Ленинградского районного суда г. Калининграда от 26 июля 2019 г. по делу № 2А-3927/2019 и от 6 августа 2019 г. по делу № 2А-4092/2019. В решениях сказано, что лечащий врач ответчика привлечен к участию в деле в качестве специалиста и что пояснения специалиста были заслушаны наряду с пояснениями лиц, участвующих в деле. При этом, как следует из судебных решений, истец — ГБУЗ “Психиатрическая больница Калининградской области № 1” представителей для участия в рассмотрении дел не направил и просил рассмотреть дела без его участия. Примечательно, что участие истца в рассмотрении дел данной категории согласно закону является обязательным.

⁶ См. решение Вахитовского районного суда г. Казани от 30 июля 2019 г. по делу № 2А-6717/2019. Как сказано в решении, из пояснений представителя ГАУЗ “РКПБ им. акад. В. М. Бехтерева”, допрошенной в качестве специалиста, следует, что у Данилова А. В. проявляются признаки психического расстройства, признаки волнения, опаски за свою жизнь и жизнь близких, опасается слезки, наблюдения, хочет скрыться, слышит голоса негативного характера. Не удивительно, что суд признал доводы такого представителя-специалиста не убедительными и “отклонил” заявление больницы.

Совершенно очевидно, что ни в том, ни в другом качестве работники больницы выступать не могут. Свидетель не вправе высказывать свои суждения, хотя именно суждения врача больницы и нужны суду. Специалист по делу должен быть независим и не может иметь ничего общего с одной из сторон по делу. Врач больницы-истца является специалистом в контексте своей профессии, но не в процессуальном смысле.

Согласно ч. 2 ст. 32 КАС РФ специалист не может участвовать в деле, если он находится в служебной зависимости от лиц, участвующих в деле. Иначе он обязан заявить отвод (ч. 1 ст. 34). Согласно ст. 48 КАС РФ специалист — лицо, содействующее осуществлению правосудия. Врач-психиатр больницы не содействует правосудию, он представляет интересы больницы, выражает ее позицию, обосновывает правомерность и обоснованность действий своей медорганизации, в т.ч. собственных действий как сотрудника. Более того, по правилам ч. 2 ст. 55 КАС РФ, **лица, содействующие осуществлению правосудия по административному делу, не могут быть представителями лиц, участвующих в этом деле.** Специалист (ст. 50 КАС РФ) вызывается в судебное заседание заранее повесткой (ч. 2 ст. 96). Он обладает своими конкретными правами (ч. 5 ст. 50 КАС РФ). Его работа обычно оплачивается. Оплата относится к судебным издержкам (ст. 105, 108 КАС РФ). Судья в начале заседания сообщает, кто участвует в заседании в качестве специалиста, разъясняет ему его права (ст. 149, 155 КАС РФ). Неявка специалиста влечет штраф. Эти нормы никак не распространяются на врачей-психиатров, призванных убедить судью в необходимости пребывания лица в их медорганизации.

Суды пытаются завуалировать неловкую ситуацию разными абсурдными способами. Например, в судебном решении одно лицо, давшее пояснения о произведенной госпитализации, суд называет представителем административного истца, а другое лицо — представителем больницы.⁷ Понятно, что больницы и есть административный истец по делу.

Некоторые судьи действуют по старинке, по-простому, так сказать не заморачиваясь. Врачей-психиатров⁸ больницы и даже просто лечащих врачей (без указания специальности)⁹ они именуют предста-

вителями административного истца или (кому как нравится) представителями истца в судебном заседании выступают простые врачи-психиатры больницы. Иногда во вводной части решения судья указывает, что дело рассмотрено при участии врача-психиатра и при участии представителя административного истца, однако затем в описательной части решения судья, видимо, чтобы не ломать голову, обоих лиц именует представителями, поддержавшими заявленные истцом требования.¹⁰

Несовершенство законодательства, разницей в правоприменительной практике, нарушении судьями процессуальных норм и как следствие вынесение неправосудных решений остаются не замеченными ни законодателем, ни высшими судебными инстанциями.

Как же разрешить проблему без корректировки законодательства?

По нашему мнению, закон позволяет руководителю медорганизации вести в суде дело о недобровольной госпитализации *лично*. Руководитель может уполномочить на ведение дела других должностных лиц медорганизации, являющихся штатными врачами-психиатрами, *либо поручить ведение дела представителю (юристу)*.

Этот вывод следует из положений ч. 5 ст. 54 КАС РФ, согласно которой **административные дела организации могут вести в суде единоличный орган управления этой организацией или уполномоченные ею лица, действующие в пределах полномочий, предоставленных им федеральными законами, иными нормативными правовыми актами или учредительными документами организации, либо представители организации.**

Основания участия в процессе и процессуально-правовой статус указанных лиц отличаются от оснований участия в процессе и статуса представителей. В частности, полномочия таких лиц не удостоверяются доверенностью (ордером) и могут быть ограничены различными правовыми актами (например, законом, уставом организации), к ним не предъявляются требования о наличии у них высшего юридического образования. Вместе с тем в случае, если данные лица не ведут административное дело в суде лично, а поручают ведение дела представителю, такое лицо должно

⁷ См. решения Чапаевского горсуда Самарской области от 8 июля 2019 г. по делу № 2А-999/2019 и по делу № 2А-1004/2019.

⁸ См. решение Пятигорского горсуда Ставропольского края от 30 августа 2019 г. по делу № 2А-3209/2019, а также решение Железноводского горсуда Ставропольского края от 27 января 2020 г. по делу № 2А-210/2020.

⁹ См. решение Буйнакского горсуда Республики Дагестан от 4 сентября 2019 г. по делу № 2А-741/2019.

¹⁰ См. решение Туапсинского горсуда Краснодарского края от 15 июля 2019 г. по делу № 2А-780/2019. Как сказано в решении, представители ГБУЗ «Психоневрологический диспансер № 4» МЗ Краснодарского края Туров В. В. и Пятигорская А. А. заявленные требования поддержали, суду пояснили, что комиссия врачей сочла необходимым госпитализировать Дикова В. С., поскольку у него агрессивное поведение к окружающим гражданам и он действительно опасен, просили иск удовлетворить. Суд не только удовлетворил иск медорганизации, но и в нарушение закона принял решение проводить лечение Дикова до его выздоровления.

отвечать требованию о наличии у него высшего юридического образования (ч. 1 ст. 55 КАС РФ).¹¹

Иными словами, медорганизация может вести дело в суде, в т.ч. участвовать в судебном заседании, как через представителей, имеющих высшее юридическое образование, так и через работников организации, уполномоченных на ведение ее дел в суде нормативными правовыми актами или учредительными документами организации. Этот вывод сформулирован Пленумом Верховного Суда РФ.¹²

Можно привести положительные примеры и из судебной практики, когда суд признал в качестве представителей истца одновременно зав. отделением и юриста больницы. Суд выслушал доводы обоих представителей.¹³ Хотя, вероятно, точнее было бы назвать зав. отделением больницы не представителем, а “уполномоченным на ведение дел работником”, а юриста — представителем.

Ведение истцом дела о недобровольной госпитализации исключительно через представителя (т.е.

юриста) представляется ущербным. Юрист по объективным причинам (отсутствие медицинского образования) может не справиться с задачей доказывания. И для медорганизации и для адвоката госпитализированного лица и для суда предпочтительно участие в судебном заседании компетентных лиц.

Однако, как свидетельствует судебная практика, многих психиатрических больниц вообще не заботит тема представительства их в суде по данной категории дел. Они не желают направлять своих представителей для участия в судебном заседании даже в тех случаях, когда судебное заседание проводится в помещении самой больницы. Суды потворствуют такому пренебрежению к закону и в нарушение требований ч. 5 ст. 277 КАС РФ, да и логики вообще рассматривают дела в помещении медорганизации, но... в её (медорганизации) отсутствии.¹⁴

¹¹ См. п. 19 постановления Пленума Верховного Суда РФ от 27 сентября 2016 г. № 36 (в ред. от 17 декабря 2020 г.) “О некоторых вопросах применения судами Кодекса административного судопроизводства Российской Федерации”.

¹² См. абз. второй п. 8 постановления Пленума Верховного Суда РФ от 26 ноября 2019 г. № 50 “О некоторых вопросах, возникающих в связи с рассмотрением судами административных дел о госпитализации гражданина в медицинскую противотуберкулезную организацию в недобровольном порядке”.

¹³ Так, во вводной части решения Центрального районного суда г. Сочи от 17 февраля 2020 г. по делу № 2А-1347/2020 указано, что дело рассмотрено с участием представителей административного истца ГБУЗ “Психоневрологический диспансер № 3” — зав. отделением № 4 врача-психиатра Мурашко Ю. С. и юриста Вовк Е. А.

¹⁴ См., например, решение Ленинградского районного суда г. Калининграда от 26 июля 2019 г. по делу № 2А-3927/2019. Суд указал, что истец — Психиатрическая больница Калининградской области № 1 — “представителя для участия в рассмотрении дела не направил, извещен надлежаще, просит рассмотреть дело без его участия”. Обращает на себя внимание тот факт, что судебное заседание проходило в помещении данной больницы.

РЕКОМЕНДУЕМ:

Ю. Н. Аргунова

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

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

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

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

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

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

или по телефону: 8 (495) 437-0991

Первая совместная экспертиза¹

11 марта 1990 г. впервые в истории советской психиатрии состоялась совместная экспертиза спорного больного психиатрами Этического комитета Всесоюзного общества психиатров и Независимой психиатрической ассоциации (НПА). С официальной стороны в экспертизе участвовали проф. А. С. Тиганов — директор Института психиатрии АМН СССР, проф. Б. В. Шостакович — зав.экспертизой Института судебной психиатрии им. Сербского по экспертизе и проф. В. Ф. Матвеев — зав.кафедрой психиатрии 3-го Московского медицинского института. Со стороны НПА — к.м.н. Ю. С. Савенко, врач-эксперт В. М. Серпилин, д.м.н. Г. Н. Соцевич и к.м.н. Д. А. Черняховский.

Речь шла о шахтере из г. Донецка Р. Шакине, 58 лет, 10 лет назад (в 1980 г.) уволенном с работы (за полтора года до пенсии) за разоблачение злоупотреблений администрации шахты. Р. Шакин активно отстаивал свои права, в результате чего в 1981 г. был насильственно госпитализирован из приемной ЦК КПСС в Московскую психиатрическую больницу № 14. Диагноз: вялотекущая шизофрения, паранойяльная форма. В результате активного лечения галоперидолом отмечался нейролептический синдром. В 1982 г. — насильственная госпитализация (при попытке пройти в посольство США) в Московскую психиатрическую больницу № 15. Диагноз: параноидная шизофрения. В 1983 г. — насильственная госпитализация из зала суда в Донецкую психиатрическую больницу. Диагноз: параноидная шизофрения. В 1985 г. — насильственная госпитализация из Прокуратуры Донецкой области на 10 месяцев в психиатрическую больницу, где был признан недееспособным! В 1987 г. — насильственная госпитализация по указанию А. С. Карпова в Киевскую психиатрическую больницу им. Павлова. Диагноз: параноидная шизофрения. В 1988 г. в Ленинградском психоневрологическом институте им. Бехтерева выставлен диагноз: паранойяльное развитие личности у резидуального органика. В марте 1989 г. амбулаторная экспертиза Всесоюзного центра психического здоровья ставит диагноз: параноидная шизофрения с агрессивными тенденциями. В апреле 1989 экспертиза НПА дает заключение: психически здоров. В сентябре 1989 г. амбулаторная экспертиза Института судебной психиат-

рии им. Сербского ставит диагноз: паранойяльное развитие у психопатической личности, не исключена возможность шизофрении. В январе 1990 г. в клинике проф. Н. М. Жарикова снова ставится диагноз “шизофрения”.

В течение трех месяцев проф. Жариков уклонялся от проведения совместной экспертизы с НПА, игнорируя бедственное положение Р. Шакина. Только благодаря незаурядному упорству последнего, его обращениям в МЗ, МИД, Верховный Совет и другие высокие инстанции экспертиза состоялась.

В результате почти четырехчасового разбирательства экспертная комиссия пришла к единодушному выводу: признаков психического заболевания испытуемый не обнаруживает, в диспансерном психиатрическом учете не нуждается. Контраст этого заключения с диагнозом “параноидная шизофрения” с “недееспособностью” говорит сам за себя.

Характерно, что все пять случаев насильственной госпитализации осуществлялись без малейшего сопротивления со стороны Р. Шакина. Квалификация его поведения как социально опасного основывалась лишь на упорности отстаивания своих прав и публичном выражении протеста. Исследование тестом Роршаха, проведенное в НПА, не обнаружило не только агрессивных тенденций, но даже паранойяльной структуры личности. Было выявлено сочетание эпиптоидных и ананкастных черт характера.

Характерно также, что диагноз шизофрении выставлялся в пяти ведущих психиатрических учреждениях Москвы, в Киеве и Донецке. Только Ленинградский психоневрологический институт им. Бехтерева и НПА продемонстрировали независимость от старых диагностических стереотипов.

Уникальность этой истории заключается не в радикальной смене диагноза, а в самой возможности провести совместную экспертизу.

Однако радость Шакина и наша оказалась преждевременной. Решение этической комиссии, при ее самом высоком неформальном статусе, имело лишь рекомендательный характер. Секретарь Ю. Решетова Р. Утургаури неоднократно высказывался, что, хотя он не психиатр(!), — что бы там не говорили комиссии — он считает Шакина психически тяжелобольным, а главный психиатр МЗ СССР А. Карпов — что “мы сняли диагноз просто в реабилитационных целях”. Выяснилось также, что, поскольку Шакин не

¹ Пути обновления психиатрии. Материалы III съезда НПА под ред. Ю. С. Савенко, М., Inter Mechanics, 1991, 48–49.

имеет родственников, он не вправе даже подать заявление о пересмотре своей недееспособности.

P. S. Эта, казалось бы, чудовищная история злоключений конкретного человека не уникальна. В ней с предельно ясной наглядностью видно, как грубая несправедливость порождает совершенно естественную контрреакцию и как, в случае очередной несправедливости, возникает эффект домино. Хотя это давно и широко известный сценарий, и каждое его звено предоставляет возможность конструктивного решения, но при всем многообразии конкретных историй, в условиях отсутствия независимого суда и постоянного приоритета сильной стороны, возникает по психиатрическим шаблонам так называемое в психиатрии “паранойальное развитие личности” или даже “шизотипическое расстройство личности”, а в глазах правозащитников, адвокатов и широкой общественности несправедливость государственных институций. Достойное решение может дать только индивидуальный анализ.

Солидарную роль с этой — увы — фактически оставшейся уникальной экспертизой сыграл тогдашний главный психиатр Москвы проф. В. А. Тихоненко, высоко профессиональная гражданская позиция которого в целом ряде дел привела к ликвидации самой штатной должности главного психиатра столицы. Только спустя несколько лет она была воссоздана как внештатная. Именно В. А. Тихоненко после трех совместных экспертиз с его комиссией дал нашей ассо-

циации разрешение на получение медицинской документации, что открыло возможность проведения нами полноценных освидетельствований.

Таков был первоначальный порыв, не ставший прорывом, но выступающий грандиозным контрастом с ситуацией 30 лет спустя. За эти годы шаг за шагом, как симптом зубчатого колеса, возможности приглашаемого адвокатом специалиста сужались. И от нескольких совместных судебно-психиатрических экспертиз, в частности, по делу Валерии Новодворской (по ее настоянию, подкрепленному сухой голодовкой) в экспертном отделении ПБ № 1 им. Н. А. Алексеева и в Институте судебной психиатрии им. В. П. Сербского. Но уже вторая в нем была пресечена директором Института Т. Б. Дмитриевой, которая намеренно пригласила нас в Институт на время завершения собственной СПЭ, предоставив возможность повторить ее самостоятельно (!). Непосредственная причина была на поверхности: в обеих предшествующих совместных экспертизах государственные эксперты солидаризировались с нашей позицией. Но именно это обстоятельство было сочтено нежелательным прецедентом.

В настоящее время законодательным образом устанавливается положение, что СПЭ может проводиться только государственными экспертами².

Ю. С. Савенко

² См. также “Обоснование” упразднения негосударственной судебно-психиатрической экспертизы и негосударственно-психиатрического освидетельствования в НПЖ 2020, 4, 55 – 58; 2005, 2, 67 – 69 (есть на сайте НПА России).

Шаман опасен? Чем? — Эзотерическими действиями? И для кого? — Для окружающих?

Между тем, в полном противоречии с очевидными ответами на заданные в заголовке вопросы, якутский шаман Александр Габышев вновь недобровольно госпитализирован в Якутский республиканский ПНД по п. “а” ст. 29 Закона о психиатрической помощи, как представляющий непосредственную опасность “для окружающих”. И вновь это стационарирование было проведено с применением грубой силы. Эта якобы опасность проявилась в том, что он вновь объявил поход на Москву, хотя на этот раз в его заявлении не было упоминания об изгнании злого духа из Путина, т.е. оно носило мирный характер. “Из Якутска выйду на белом коне и пройду по земле предков, через вилюйские улусы”. “Земля предков придаст мне силу”, “остальные встретят меня в Иркутске”, “Я должен

обязательно посетить Алтай вместе с вами — это тоже место силы всей России. Потом пройдем через всю Сибирь, дойдем до уральских территорий, а там и до Москвы уже рукой подать. Так что побыстрее будет наш поход — я на коне, вы на технике. Уруй-ай-хал, все будет исполнено, как сказано”, — говорится в видео. Это заявление шамана всполошило правоохранительные органы, которые вновь обратились к психиатрии.

Это будет уже третий поход Александра Габышева на Москву с целью “изгнать злой дух Путина”. Во время второго, в 2019 г., он прошел пешком по тайге не менее 3 тысяч километров, был задержан и отправлен на психиатрическое освидетельствование. Местные психиатры рекомендовали признать его невме-



няемым и отправить на принудительное лечение в стационар специализированного типа. Комиссия НПА России в составе д.м.н. А. А. Шмиловича, к.м.н. А. А. Коломейца, к.м.н. Ю. С. Савенко и психолога Л. Н. Виноградовой 06.10.2019 г. освидетельствовала А. Габышева, дав подписку о неразглашении за предоставление медицинской документации, без которой освидетельствование было бы недоказательным. Уголовное дело “зависло”, и Габышев остался на свободе.

Однако летом 2020 г. его обвинили в нарушении противоэпидемических мер и в недобровольном порядке отправили в психиатрический стационар. Забирали из дома, отрядом ОМОН в полной экипировке в шлемах, со щитами. В сопроводительных документах было написано, что он “демонстративно размахивал мечом” и “угрожал спустить собаку”. Но меч был ритуальным, им не отрубить голову и курице, а собаку вы видите на фото, такая страшная, что пришлось вызвать отряд ОМОНа. При этом в приемном покое он вел себя спокойно и, когда врач отказался стационарировать его недобровольно, дал уговорить себя полицейскому подписать добровольное согласие на лече-

ние. Однако когда через 17 дней он захотел покинуть стационар, врачи подали заявление в суд и получили разрешение на недобровольное лечение. Два с половиной месяца лечения галоперидолом сделали свое дело, и первое обращение шамана к соотечественникам на родном языке многих повергло в шок: поход на Москву отменяется, буду заниматься своим здоровьем и поисками работы.

Но Александр Габышев не отказался от своего предназначения. Поход на Москву — это его миссия, как шамана. Врачи называют это бредовыми идеями величия, сторонники восхищаются его мужеством и упорством. Поход должен был начаться в марте, когда немного потеплеет. Но сейчас Александр в психиатрическом стационаре, и суд уже вынес свое решение относительно недобровольного лечения. Характер аргументации и сама стилистика заключения диспансера, предоставленного суду, воспроизводит таковые 60–80-х годов, но еще не в массовых масштабах. Впрочем, видимо, это следствие самой задачи помочь силовым структурам выполнять курс на жесткое подавление всякого публичного не только протеста, но уже простого недовольства и “нелюбви к власти”.

Непосредственная опасность (п. “а”) притянута грубо произвольным, очевидным для всех образом. Что касается п. “в”, то выставленный диагноз “шизотипического расстройства личности” не предполагает прогрессивности, а если без терапии и возник “рецидив”, то он имеет спонтанно приступообразный или фазный характер, т.е. обратимый. Да и в самом заключении диспансера опущена “опасность для себя”.

С какой же опасностью мы имеем дело в данном случае? Ведь в нем нет опасности ни для себя, ни для окружающих. А что такое “общественная (социальная) опасность”? Можно ли психиатрам называть так протест против правящего режима? Ведь это означает солидаризацию с ним, взгляд с ее, а не научных позиций. Любая тематика психопатологической продукции облекается текущей социально-политической действительностью, как так наз. “контрреволюционный бред” (кстати, нередкий у жен крупных советских руководителей). Мы уже подробно аргументировали, что “**только психопатологически выводимая социальная опасность — предмет психиатрии**” (НПЖ, 2008, 1, 24–31; есть на сайте Ассоциации).

Ю. С. Савенко

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

Е. Б. Любов⁴

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

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

Психозы путешественников как транзиторные / религиозно-мистические состояния. Знаковые средовые условия, подходящие, как ключ к замку, locus minoris resistentiae уязвимой личности, способствуют молниеносному (часы-сутки) развитию скоропреходящих (“Время безумия измерено часами...”. У. Блейк), психозов “практически здоровых” [7, 27], сливающихся с параноидами внешней обстановки (ситуационными), “психозами путешествия” L. Nilson (1966) “синдромом переезда” [27]. Вслед за “железнодорожным” бредом описано “аэропортовское блуждание” [40] при сходном наборе астенизирующих (провоцирующих) факторов.

В структуре и динамике острых приступов более общего, чем особенного: внезапное возникновение “среди полного здоровья”, полиморфизм симптомов, критический выход — сходно с бредовыми Ж-Ж. Маньяна или психогенными шизофреническими вспышками П. Б. Ганнушкина, К. Ясперса, транзиторными психозами Р. Крафта-Эбинга со сверхсильным лабильным аффектом (“пиковыми переживаниями”),

нелепым (бредовым) поведением с риском агрессии и аутоагрессии (суицидального поведения), как при ИС⁵.

“Горе! Горе! Страх, петля и яма! / Где я? что со мною? Красный лебедь/ Гонится за мной... Дракон трёхглавый/ Крадется... Уйдите, звери, звери! / Рак, не тронь! Скорей от козерога! — / И когда она всё с тем же воем, / С воем обезумевшей собаки, / По хребту горы помчалась к бездне, / Ей никто не побегал вдогонку”. Н. Гумилев. “Звездный ужас”.

Благоприятный краткосрочный прогноз эпизода не исключает рецидивов со сдвигом к полюсу шизофрений.

В современной отечественной выборке транзиторных психозов [19] обобщены черты и состояния большей части пораженных, но выживших в пути.

За пять лет отобраны 80 пациентов крупной областной психиатрической больницы: треть отягощена семейной историей шизофрений, у 40 % ранее субпсихотические “вспышки”, обошедшие спонтанно; у 80 % неврологическая микросимптоматика и/или хроническая соматическая патология (возможно, просматриваемые у путешественников за пышным фасадом психоза). У больных психозы — суть реакции “патологически измененной почвы” [7] при воздействии средовых факторов: в 70 % — физического перенапряжения, вынужденного недосыпания, алкогольного эксцесса, соматического заболевания и / или острой психотравмы (угроза жизни). Наряду с па-

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

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

³ Часть 1 см. в НПЖ, 2020, 2; часть 2 — в НПЖ, 2020, 3.

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

⁵ Иерусалимский синдром.

раноидным (5 % наблюдений) с чувственным бредом преследования и отношения (как при ПС⁶), отмечены парафренный и кататоно-онейроидный варианты (более 20 %) с ложной ориентировкой, расстройством самосознания на фоне экстатического аффекта, как при ИС и СС⁷.

Описанные варианты — последовательные этапы развития острого эндогенного психоза [16] с “предполья” в виде короткого эмоционального смятения, бессонницы (этап общесоматических и аффективных расстройств). Критический выход из психоза в 15% случаев, за пару часов (до приема лекарств, но не забудем лечебно-охранительный эффект самой госпитализации), у 95% с полной критикой и возможной частичной амнезией пережитого.

Шизофренические эпизоды априори (по МКБ-10) продолжительнее.

Частота, содержание бреда связаны с культурно-социальным контекстом, влиянием религиозных авторитетов [цит. по 21]:

“Слишком сильные впечатления, что внушают некоторые чересчур усердные проповедники, чрезмерный страх, какой вызывают они, описывая кары нарушителям закона ее, производят в нестойких умах удивительные потрясения. В госпитале много женщин страдало манией и меланхолией вследствие того, что в их городе обосновался “мессия”; неосмотрительно нарисовавший перед их взором чудовищные картины, что “доставило им беспрестанные терзания; они не способны были говорить ни о чем, кроме отчаяния, отмщения, наказания, а одна наотрез отказывалась от лекарств, воображая себя в аду, и ничто не в силах утишить якобы снедавший ее огонь”.

Пинель запрещал давать “меланхоликам от благочестия” религиозные книги и советовал сажать в тюрьму “бог вдохновенных праведниц”, каковые пытаются и других обратить в свою веру. Он же описывает недавно излечившуюся женщину, из душеспасительной книге вспомнившую об ангеле-хранителе. Уже на следующую ночь ей представилось, будто она окружена ангельскими хорами и слышит небесную музыку; она утверждала, что ей были “откровения”.

Духовный опыт, отягощенный психическими расстройствами, рекрутирует фанатиков и их жертв...

Сектанты “Белого братства”, ведомых Цвигун с религиозно-мистическим опытом (“видела живого Бога”). замыслили массовое самоубийство в Киеве в 1993 г.

... и реформаторов, пополняет “средневековый десант” в психбольницах развитых стран, где религиозный бред у 24 – 63 % больных [41], тогда как в Сальпетриере у Пинеля в начале XIX века случаи религиозного помешательства составляли 50 %, спус-

тя год — 33 %, затем — 18 %, что объяснено революционной антиклерикальной риторикой [21].

Идеи колдовства, бесоодержимости при архаическом, мистическом бреде сопровождаются ощущением “загадочного”. Проблемы добра, зла, смысла бытия и жизни, устройства мира, высшей цели человека, становятся делом жизни [10], “религиозным обращением” (“прыжок веры” Кьеркегора). Галлюцинаторные “откровения” (видения) питают апокрифы.

Апостол Павел, до крещения “Савл”, воинствующий фарисей, преследовал первых христиан. Когда приближался к Дамаску, внезапно осиял его свет с неба. Он упал на землю и услышал голос: “Савл, Савл! что ты гонишь Меня?” (Деян. 9:4). Он сказал: “Кто Ты, Господи?” Господь же сказал: “Я Иисус, Которого ты гонишь. Трудно тебе идти против рожна”. Он в трепете и ужасе сказал: “Господи! что повелишь мне делать?” и Господь ему: “Встань и иди в город; и сказано будет тебе, что тебе надобно делать”. Люди же, шедшие с ним, стояли в оцепенении, слыша голос, а никого не видя. Савл встал с земли и с открытыми глазами никого не видел. И повели его за руки и привели в Дамаск. И три дня он не видел, и не ел, и не пил.

Среди паломников блудница *Мария Египетская*: “...три, четыре раза пыталась войти в храм, и всякий раз невидимая рука не допускала меня. Долго молилась Небесной Владычице, чтобы она смиловалась надо мной, великой грешницей. И открыла мне вход во святой храм. Потом с трепетом и надеждой пошла к дверям церкви, и меня более уже не удерживала никакая сила, так что я могла вместе с другими войти и поклониться Животворящему Кресту. Из этого я ясно убедилась, что Бог не отвергает кающегося, как бы грешен он ни был”. *Житие преподобной Марии Египетской*.

Константин увидел в небе крест и услышал голос: “Сим победиши!”, обратившие к новой вере.

Страх божий *Савла* на пути в Дамаск схож с “арзамасским ужасом” *Л. Толстого* тоже в пути, в жалкой гостинице, “глубоко перепавшего” философию жизни и смерти писателя. “Было 2 ночи, я устал страшно, хотелось спать, и ничего не болело. Но вдруг на меня нашла тоска, страх, ужас, такие, каких я никогда не испытывал. ... подобного мучительного чувства я никогда не испытывал и никому не дай Б-г испытывать”. “Да что это за глупость”, — говорит герой “Записок сумасшедшего”, — “чего я тоскую, чего боюсь”. “Меня, — неслышно отвечает голос смерти. — Я тут”. От неслышного голоса мороз по коже.

Павел Флоренский из светской семьи, но в 17 вдруг осознал, что без веры, без высших знаний, что преподаны в Сверхъестественном Откровении, Истину не постичь, ночью (сон — грань между миром видимым и невидимым): заживо погребенный в рудниках отчаяния, спасен лучом, принесшим имя “Бог”. Позже разбужен силой необычного духовного толчка. Вы-

⁶ Парижский синдром.

⁷ Синдром Стендаля.

скочив во двор, услышал звук громкого голоса, дважды произнесший его имя.

Связь фабулы бреда с худшим прогнозом не показана, напротив, религиозное, эстетическое переживание как внутренняя ценность больного помогает компенсировать дефект личности [15]. По К. Юнгу, религия — великая сила, содействующая стремлению человека к целостности, препятствуя психотическому распаду “Я”. Возможно обогащение личности опытом психоза (большая терпимость), как после любой беды (“счастье спрямляет судьбу”); развитие “Я” вопреки хронической душевной болезни [13].

... “со мной произошло множество внешних и внутренних событий, после чего точка зрения на вопросы “сверхъестественного” существенно изменилась... Оставаясь более или менее нормальным, я за несколько месяцев приобрел немалый опыт видений, голосов, периодов, когда части тела мне не подчинялись и множество невероятных случайностей. Многие явления мог контролировать, и помогала мысль, что нужно бороться, ведь от этого зависит, в каком духовном мире будут жить дети. Вернувшись к математике, часто вспоминаю “За миллиард лет до конца света” Стругацких”⁸. В. Воеводский, лауреат медали Филдса, профессор Принстона.

Аффинитет “религиозного направления мыслей” к психозам изучается с XIX века. Возможно, религиозная эгоцентричность и комплекс мессии — универсальный паттерн психоза [31], изобилующего “поразительными подробностями” [22]:

“Я был в безумии, это точно, если, однако, полностью сохраненная память и определенная логика мышления, не покидавшие меня ни на минуту, не позволяют охарактеризовать мою болезнь иначе, как этим горьким словом: безумие! Несомненно, для врача это было именно оно, хотя для меня всегда находили более вежливый синоним; для друзей это не могло значить ничего другого; для одного меня это было преобразование моих обычных мыслей, сном наяву, чередой гротескных или возвышенных иллюзий, в которых было столько очарования, что мне лишь хотелось снова и снова погружаться в них, ибо физически я не страдал ни минуты, за исключением моментов лечения, которое почитали долгом мне навязывать”. *Де Нерваль*.

“Когда говоришь с Богом — молитва. Когда Бог с тобой — шизофрения” (Томас Сас). Не столь однозначно: возможен диалог (М. Бубер), и психозы — не синоним шизофрений.

“Теоманию” Нерваля сегодня психиатры назовут шизоаффективным психозом или мало отличимым

биполярным расстройством с психотическими симптомами (МКБ-10).

При краткосрочных истерических и эпилептических *сумеречных состояниях* бред и галлюцинации демономанического содержания, “космические” переживания “заката богов” [17] обычно не поддаются самописанию. *Ауре* свойственны ощущения с экстатическим оттенком.

Достоевский описывает “внезапную вспышку в мозгу”, “быстро сменяющие друг друга самоосознания”, “необычный свет, успокаивающем все тревоги”, “мир, ясность, радость, надежда, полнота, отождествление с квинтэссенцией жизни”. В эти блаженные моменты понятно, что такое “времени больше не будет”. “Ощущение жизни, самосознания почти удесятерилось в эти мгновения, продолжавшиеся как молния. Ум, сердце озарялись необыкновенным светом, все волнения, все сомнения, все беспокойства как бы умиротворялись разом, разрешались в какое-то высшее спокойствие, полное ясной гармонической радости надежды, полное разума и окончательной причины.

Органические психотические расстройства с бредом колдовства, порчи и поиском защиты и помощи у священников, окроплением “святой водой” [17].

При *истерическом* помешательстве Крафтом-Эбингом описаны экстаз, видения небесного блаженства, бред единения с Богом, демономания, сновидное помрачение сознания с частичной амнезией. ИС первоначально описывался как “истерия”.

Топографические названия подчеркивают “эндемичность” синдромов, связывая болезненные переживания с аурой места. G. Magherini — психоаналитик, и клиническое содержание СС менее детализировано, чем ИС, в свою очередь, более описанный ярким поведенческим феноменом, чем детально квалифицированным психопатологическим состоянием. ПС “проигрывает” на их фоне, представляя типичный острый параноид без французского шарма. Уникальность изменчивых и разнородных “побочных действий” путешествий как отдельных нозографических единиц сомнительна, и “дробление параноидов непродуктивно” [7], но возможно, у некой части “географически детерминированных” синдромов общий знаменатель при внешних отличиях. Группа отнесена к емким нозографическим единицам расстройств аффективного или шизофренического спектра МКБ-10 и вряд ли заслуживает выделения, как в DSM-IV-TR (“Религиозные и духовные проблемы”). Однако в DSM-V культурные аспекты упомянуты при их влиянии на психопатологию, риск, течение, распространенность и другие аспекты диагноза.

Систематические комплексные клинико-психологические, социологические патофизиологические анализы, возможно, отнесут скоро преходящие недуги путешественников “аффективно-невротического

⁸ “Ведь человеку очень неприятно осознавать, что он совсем не такой, каким раньше себе казался. Он все хочет остаться таким, каким был всю жизнь”.

уровня” к обширной группе социально-стрессовых расстройств (Александровский Ю. А., 1991 – 1996).

Измененные состояния сознания (ИСС), восприятия и оценки обстановки сопровождают психотические (в т.ч. религиозно-мистические) состояния ИС и СС.

В “Кабинете доктора Калигари” (Ф. Ланг, 1920) силами экспрессионизма реконструирована показана искаженная безумием реальность, завораживающая кривоколенной логикой.

П. Б. Ганнушкин отметил “сужение сознания” (нарушение оценки окружающего с сосредоточением на узком круге эмоционально значимых переживаний и представлений) при реактивных расстройствах.

И вне онейроида сознание условно ясное. Боязливая напряженность, тревожное ожидание, жуткое ощущение надвигающейся беды, нюансы “основной настроенности”, по Берце, когда “растворяется Я”, объекты возникают появляются и уходят в небытие; пространство и время слиты.

Мистический опыт ИС и СС, по определению, сверхъестественен, что относится к психиатрии и патофизиологии, и фундаментален содержательно по значению и смыслу.

Де Нерваль пишет в диковинной “Аврелии” о “серии видений, возможно, бессмысленных или просто вульгарно болезненных”: “Распростерты на походной кровати, я верил, что вижу, как с неба свлекаются покровы, и оно распускается тысячью неслыханных великолепий. Судьба освобожденной Души, казалось, открывается передо мной, будто для того, чтобы внушить мне сожаление о том, что всеми силами моего духа я пожелал вновь ступить по земле, которую должен был покинуть... Огромные круги прорисовывались в бесконечности, подобные кругам, образующимся на воде, взволнованной падением тела; каждая область, населенная лучезарными фигурами, окрашивалась, колебалась, и таяла в свой черед, и божество, всегда одно и то же, сбрасывало с улыбочкой летучие маски своих разнообразных воплощений, и скрывалось, наконец, неуловимое, в мистическом сиянии неба Азии.

Путешествия души в потусторонний мир, трансцендентная сверхчувственная его география носит универсальный для человечества характер. Экстатические ИСС, открывающее чакры иных миров, схожи во все времена.

В древнеперсидской легенде красавица-наложница сообщает царю Бахрам-Гуре о купчике, заманенном демоном Хаилем, великим погубителем путников, в пустыню. Юноша еженощно мучим нечистой силой до первого крика петуха. Но вдруг бедолага чудесным промыслом перенесен в прекрасный сад мудреца. Оказывается, вера юноши не столь сильна, чтоб отличить чудеса от бесовского наваждения.

Типичен набор обстоятельств переходящих кошмаров (одиночество, голод и жажда, ночь, “пустыня вне-млет Богу” и не только ему).

Переживания созвучны с вневременными мотивами шизофренических переживаний как “борьба противоположенных сил, действие на расстоянии, обманчивая видимость внешнего мира”. *А. Кемпинский.*

Архетипы Юнга символически отражены религией, искусством, в рамках ИС и СС: анима (Св. Дева, Мона Лиза), анимус (Христос), тень (Сатана), самость с воплощением единства и гармонии, мудреца (пророка) и Бога.

К. Юнг (37 лет) осенью 1913 г. “охвачен психозом”, и в “Черной” (“Красной”) книге” сообщает об “эксперименте”, намеренном столкновении с бессознательным при встрече со стариком Илией (он же дух-проводник Филеон), юной девой Саломеей в компании чёрного удава, сонмом призраков из Иерусалима и апокалиптических картинах гибели Европы в потоках крови.

“Образы фантазий помогли осознать, что, возникнув в моей психике, появились сами по себе и живут своей жизнью”.

... “мир наполняют таинственные силы, добрые и злые; все наполнено Божественной или дьявольской субстанцией; материя превращается в дух, и большой является центром этой сгущенной структуры мира. Достаточно его движения пальцами, чтобы остановилось солнце, наступил конец света. Магическое мышление вытекает из метафизической тематики ... В кульминационный момент следует взрыв: конец мира, Страшный Суд, разделение на дьяволов и Ангелов, осужденных и спасенных, живых и мертвых”. *А. Кемпинский.*

Спустя два года после “Толкования сновидений” Фрейда, Уильям Джеймс [5] видения и озарения отделил от причуд большого разума. Мистические состояния представлены возбудителями духовной жизнедеятельности, подобно любви; благодатью, озаряющей новым светом мир и обновляющей жизненные силы.

Вальтер Ф. Отто, немецкий мифолог, показал сакральное безумие в книге “Дионис. Миф и культ” в магическом кристалле рассказов от Гофмана до Лавкрафта как бесконечность человеческой психики, где разум лишь островок, предлагает читателю разделить объяснительную позицию несчастного на пороге психоза и самоуничтожения.

С тех пор, как человек начал мыслить, с тех пор, как научился устно и письменно выражать свою мысль, он непрерывно ощущает дыхание чего-то таинственного, чего-то неуловимого для его мало восприимчивых, несовершенных органов чувств и пытается возместить их бессилие напряженной работой разума. *Монассан. “Орля”.*

“Вояж в подсознание”, “расширение” сознания как психическое инобытие, “заполнение экзистенциальной пустоты” представлено шагом саморазвития или путем исцеления эмоциональным катарсисом.

Созвучно с восточной идеей, столь желанной в периоды макро-и микросоциальных кризисов, что мир — фантазия, мираж, сон разума (индийская “майя”, даосистский “сон бабочки”), и человек — пожизненно заключен в платоновой пещере теней.

“Жизнь человеческая — тень, полубезумным рассказанная повесть. Она шумна и яростна, и нет в ней никакого толку”. Шекспир. “Макбет”.

А потому “все позволено”, как бегство (добровольный уход, как в монастырь духа) от реальности в “зазеркалье” или, более радикально и необратимо, через суицид.

“Это реальная жизнь — или просто фантазия? / Попавшему под оползень — не уйти от реальности. / Открой глаза, посмотри на небо — и увидишь”... Группа “Queen”. “Богемная рапсодия”.

Преходящие “неболезненные” ИСС [6, 14] в естественных, но “осложненных” условиях существования — клинический оксюморон. Словосочетание ИСС смутно, как и содержание феномена, предполагая изначально переживания “не нормальными”, то есть выходящими за пределы повседневного опыта.

“Смерть, бесконечность, планеты — все это страшно именно потому, что это вне нашего представления, И вот, в тот страшный день, когда, опустошенный бессонницей, я вышел на улицу, в случайном городе, и увидел дома, деревья, автомобили, людей, — душа моя внезапно отказалась воспринимать их как нечто привычное, человеческое. Моя связь с миром порвалась, я был сам по себе, и мир был сам по себе, — и в этом мире смысла не было”. В. Набоков. “Ужас”.

Спонтанные и культурно детерминированные ИСС недостаточно изучены, особо abortивные (“пароксизмальные” в течение секунд-минут) формы, не влекущие видимых нарушений социально-ролевого функционирования, но преломляющие жизнь на “до и после”. Для помянутых выше С. Калмыкова и Д. Андреева “чудные видения” стали “зарницами” хронических психозов и источниками неизменного вдохновения.

Почти половина (45 %) американцев и британцев сообщила об опыте ИСС; 35 % респондентов чувствовали могучую духовную силу, готовую овладеть ими [цит. по 20].

Душевное благополучие накануне не исключает бурного психоза сегодня: “как гром среди ясного неба разбивает вдребезги равновесие совершенно рационального разума и загорается ярким пламенем без продромальных признаков” [18]. Необычные психические явления психически здорового, внешне не отличающиеся от психопатологических симптомов, начинают реакцию патологическую [1].

У 10 – 30 % населения психосенсорные и галлюцинаторные эпизоды были хотя бы раз в жизни [9].

Психиатры и антипсихиатры, психологи и антропологи относят трансперсональный (трансцендентный) опыт к разным тезаурусам понятий, “словарю патологий”.

“Я, Иоанн... был на острове, называемом Патмос, за слово Божие и за свидетельство Иисуса Христа. ...и слышал позади себя громкий голос, как бы трубный, который говорил: Я есмь Альфа и Омега, Первый и Последний; то, что видишь, напиши в книгу”. Отк. 1:9 – 11.

Св. Елена узрела крест Христа и сияние гвоздей Спасителя в Иерусалиме.

Св. Терезе, испанской монахини XVI века, “явился ангел в плотском образе” и пронзил сердце золотой стрелой с огненным концом, отчего испытала “сладостную муку” (см. мрамор Бернини).

“Духовидцу” Э. Сведенборгу некто в сиянии, в красной мантии, молвил: “Я Бог, Господь, Творец и Искупитель, избрал тебя, чтобы объяснить людям внутренний и духовный смысл писаний. Я буду диктовать тебе...”. Как Моисею и Мухаммеду.

К. Юнгу на берегу Базельского озера являлось астральное существо, гностик II века александриец Василид, диктовавший мистический текст “Семь проповедей к мертвым”. “Воспоминания, сновидения, размышления”

Поэт и художник У. Блейк в 8 – 10 лет увидел “дерево, буквально облепленное ангелами, из ярких крыльев которых на ветви дерева сыпались блёстки, словно звёзды”. В другой раз — ангелоподобные фигуры среди косарей. Видения с религиозными темами и эпизодами из Библии вдохновляли его на духовные работы и поиски. Блейк верил, что ведом Архангелами при создании живописных работ. Его строки “Если бы двери восприятия были чисты / Всё предстало бы таким, как есть — бесконечным” пригодились для названия группы “Doors”.

Художник С. Калмыков на Пасху узрел на Исаакиевском соборе четырех ангелов, державших в петербургской ночи огромные чаши с огнем.

В 14 лет у храма Христа Спасителя визионеру Д. Андрееву открывается картина “Небесного Кремля”. Второе событие того же порядка: переживание Всемирной истории как единого мистического потока, спустя семь лет на Пасху в церкви. Философский труд “Роза мира” (12 книг) основан на личном духовно-мистическом опыте “откровений” в тюрьме.

“Маг” П. Козьмо, потрясенный концлагерем (на экскурсии), в часовне узрел некую “сущность с человеческим лицом” в снопе света и из внутреннего диалога понял, что он на пороге судьбоносной встречи.

В Фатиме трем девочкам было видение Богоматери. В город стекалось все больше паломников, 70 тысяч наблюдали светящийся диск и чувствовали, как

Черты измененного состояния сознания [5, 6, 14, изм., доп.].

Черты	Содержание
Пиковые аффективные расстройства.	Широкий спектр интенсивных (регрессивных) лабильных эмоций: от экстатического небесного блаженства и непостижимого покоя до безотчетного метафизического страха, паники, бездонного отчаяния (духовная категория Кьеркегора) на пороге “адских мук” (сходно с фазным психозом страха — счастья К. Леонгарда). “Я был абсолютно счастлив, в сердце были мир и покой... Я превратился в комок боли, нервы были натянуты до предела, сердце давил тяжелый камень и отчаяние ... Я понял, что называют божественным, что называют грешным и какая огромная разница между этими состояниями ... понял, в каком ощущении живут святые люди и что называют грехопадением”. <i>С. Курилов</i> .
Нарушения мышления.	Рассеянность, нарушения суждений. Магическое, кататимное мышление. Роман Ивлива Во “Испытание Гилберта Пинфолда” — скрупулезное описание психоза с элементами хронификации и систематизации бреда (основано на личном опыте) иллюстрирует гипотезу “ненормальное восприятие + нормальная логика = бред” [29]. “Если это безумие, то в нем система”. <i>Шекспир</i> . Сравните: “Мелкий бес” Ф. Сологуба. “Больной в это время не мог мыслить иначе, как живо и чувственно в образной форме”. <i>В. Х. Кандинский</i> , самоописание.
Дезориентировка в месте, времени, ситуации и “Я”.	Хаотичность событий, ощущение “безвременья”. Время “уплотняется”, часы как мгновение, растягиваются (“и дольше века длится день”), когда за миг во “внутреннем” измерении летят века (путешествие Магомета). “В одном мгновении видеть вечность...”. <i>У. Блейк</i> . “В экстазе я стоял на вершине холма целую вечность. Может быть, объективно все событие продолжалось всего лишь несколько минут, в течение которых солнце опускалось к горизонту, но мне казалось, что прошла вечность”. <i>К. Кастанеда</i> . “Времени не существовало: не было ни прошлого, ни будущего — всегда одно счастливое настоящее...”. <i>С. Курилов</i> . Я больше не был самим собой, точнее, таким, как я себя знал, — маленькой точкой осознания, заключенной в теле, но беспредельным кругом сознания, в котором тело было лишь точкой, купающейся в свете и в состоянии экзальтации и счастья, не поддающихся описанию. <i>Гопи Кришна</i> “ <i>Кундалини: эволюционная энергия в человеке</i> ”.
Деперсонализация и дереализация	Отчуждение мыслей, аффектов, действий. “Я” вне пространства, “у вечности заложник, у времени в плену” “Паралич” воли (пассивная созерцательность), отказ от самоконтроля, покорение власти сверхъестественного, “наместнику Бога. “Разделение тела и души, размывание (расширение) границ “Я” и другими, миром и Вселенной, трансцендентальные переживания исключительности, “океанические чувства” (выхода за пределы обычных пространственных и временных границ) или забвения. “Я” как “сторонний наблюдатель” (диссоциация, экстерниоризация “Я”) или растворение “Я”, воплощение в других объектах (чувство единства с людьми, природой, отождествление с Вселенским Разумом). Сходно: просветление в дзэн (сатори), пробуждение ото сна неведения, переход в состояние отсутствия “Я”.
Искажения и нарушения восприятия.	Гиперестезия, синестезии (“ощущение вкуса цвета”), иллюзии. Галлюцинации и псевдогаллюцинации в форме “откровений”, видений “внутренним оком разума” (Гамлет). Сравним: “Больной в это время не мог мыслить иначе, как живо и чувственно в образной форме. У больного, кроме дара всезнания и всеслышания, и дар всевидения”. <i>В. Х. Кандинский</i> , самоописание.
Невыразимость (“неизреченность”) пережитого.	Сложность вербализации мистического опыта (“мысль изреченная есть ложь”). Такова природа “безумия”: его нельзя описать, не дав ему самому высказаться [4]. “Я не знаю, как в моих представлениях земные события могли совмещаться с теми, что происходили в сверхъестественном мире, это легче чувствовать, чем объяснять” (<i>Де Нерваль</i>). “Сумасшествие — неспособность передать другим свое восприятие. Как будто ты в чужой стране — все видишь, понимаешь, что вокруг тебя происходит, но не в состоянии объяснить и получить помощь, поскольку не понимаешь языка, на котором там говорят”. <i>П. Козьмо</i> .
Повышенная внушаемость.	Некритичное восприятие инструкций (лидера секты, гипнотизера), ошибочное понимание ситуации, основанное на страхах и желаниях.
Чувство обновления, возрождения.	Ощущение неизмеримой важности опыта познания тайн божественного, мироздания, приобщения к Богу как его доверенного лица, озарения, откровения свыше: <i>Де Нерваль</i> , следуя литературной традиции Апулея, Данте, Сведенборга описывает опыт (онейроид) как погружение и посвящение. Упоение слияния души и Бога. Ощущение благоговения дается “видением”, внутренне достоверным, как видение “Я”. “Это был важнейший жизненный опыт”. <i>С. Курилов</i> .
Изменение системы ценностей (“вторая жизнь”).	Незабываемость. Сохранены воспоминания о пережитом. Чувство интуитивного полного понимания, проникновения в “суть вещей”. На некоего Фальтера находит прозрение: вспышка “...сверхжизненной молнии, поразившей его в ту ночь в том отеле” пощадила его оболочку и оставила на свете этом. <i>В. Набоков</i> . “ <i>Ultima Thule</i> ”.

долина наполнилась благоуханием и свежестью, многие свидетельствовали, что выздоровели (пример группового ИСС).

Согласно Плутарху, на греческом торговом корабле в 33 году услышали голос: “Умер Великий Пан”. Император Тиберий воспринял это небесным знаменем и приказал философам и астрологам истолковать чудную (ударение на любом слоге. *Прим. Е. Б.*) странную фразу.

Святой воин Меркурий во время монгольского нашествия (XIII век) у иконы Богородицы услышал голос, приказавший ему защитить спящий город. Тот же голос слышал пономарь, молившийся в ту ночь в соборном храме.

Переживания произвольны или намеренны. Общие характеристики ИСС (табл. 2) разной глубины, вплоть до нарушения “самости”, и длительности не связаны с его причинами: патофизиологическими,

фармакологическими (интоксикация ПАВ), психологическими (медитация, холотропное дыхание).

Типовые черты ИСС вписаны в характеристики психоза: бессвязное мышление, восприятие мира искажено (сужено, “расширено”) с дезориентировкой (двойной ориентировкой) на фоне неконтролируемого вселенского страха (кьеркегорские “страх и трепет” при встрече / утрате бессмертной души), флотирующей тревоги (гипервентиляция как симптом паники облегчает развитие ИСС, обмороков, как при СС), персонификация животных и неодушевленных предметов (на поразившей воображение картине), заторможенность или возбуждение, эмоционально обусловленное “стирание” из памяти ряда событий.

Формирование новой структуры личности (мировоззрения) объяснимо сдвигом психэстетической пропорции Кречмера [11] к стеническому (гипертимному) полюсу.

Охота к перемене мест как самолечение и предписание.

Если долго, долго, долго,
Если долго по тропинке,
Если долго по дорожке,
Топать, ехать и бежать,
То, пожалуй, то, конечно,
То, наверно-верно-верно...

Ю. Ким. “Песня Красной шапочки”.

Волшебная книга странствий — влекла, тяга к неизведанным впечатлениям, вполне в человеческой природе, — пополняла ряды нищенствующих монахов и миссионеров (Ливингстон), бродяг-босяков, воспетых М. Горьким, авантюристов, изменивших Ойкумену; спортсмен-экстремалов⁹, профессионалов, “удовлетворяющих любопытство за казенный счет” (как Яцек Палкевич, польский Индиана Джонс, романтики -геологи).

“Я, честно говоря, человек без адреса — в семье все были немного бродягами”. Ж.-М. Леклезю, Нобелевский лауреат по литературе.

Дорога калечит и исцеляет.

Дромоманы — сборная группа душевнобольных (“преследуемых преследователей”, депрессивных и других).

В конце XIX века Жан-Анри Дад за пять лет побывал в Москве, Бельгии, Праге, Вене, Турции и попал в психиатрические анналы.

“...Что ж вы думаете? Я выпил сто пятьдесят и усидел дома? Ха-ха. Я с этого дня пил по тысяче пятьсот каждый день, чтобы усидеть дома, и все-таки не усидел. Потому что на шестой день размок уже настоль-

ко, что исчезла грань между рассудком и сердцем, и оба в голос мне затвердили: “Поезжай, поезжай в Петушки! В Петушках — твое спасение и радость твоя, поезжай”. В. Ерофеев. “Москва-Петушки”.

Кого-то в путь гонят ойкофобия (боязнь домашней обстановки), страх знакомой культуры, места рождения (антиподы — ксенофобы, страшась незнакомцев / иностранцев).

“Горе мне, горе! В какие дали / Дальний мой путь ведет? / Крона дитя, в чем ты меня мог уличить, / Кару за что такую, / Горькой, послал? Словно слепень, / Страх и безумье жалят”. Эсхил. “Прометей прикованный”.

Или — нейролептическая (чаще) тасикинезия, синдром Ио (В. Йончев, 1979¹⁰).

Согласно древнегреческому мифу, превращенная в белую корову Ио, гонимая оводом, вынуждена постоянно скитаться.

В отличие от акатии, потребность в движении — без мучительной неусидчивости (желания “выпрыгнуть из кожи”, порой — в окно) — первична как неодолимый внутренний напор, “охота идти — всё равно, куда”.

Автор текста (Е. Б.) помнит бедолагу с окровавленными босыми ногами (обувь не выдержала), остановленного милицией на трассе Москва- Ленинград и продолжавшего бесконечный ход кругами в приемном покое психиатрической лечебницы.

В индийской сказке “Обезьяна и коршун” сына богача (“стал немым и никогда не смеялся”) старый факир (мог бы — брамин) отправил за живительными впечатлениями в караван-сарай. Морской круиз прописан молодому доктору, переживающему кризис самоидентификации, а кругосветное путешествие или жениться, что почти одно и то же, советуют родители сыну в суицидальном кризисе (С. Моэм. “На чужом жнивье”).

Менее опасен рецепт “страдающему апатией” ипохондрику:

“1 десятиминутная прогулка ежедневно по утрам”. Джером Джером. “Трое в лодке, не считая собаки”.

Причем, судя по информации Сети, если ежедневно проходить даже 5 км в день, через год окажешься довольно далеко от дому.

Путешествие — не универсальное антикризисное (антидепрессивное) средство, “если ты повсюду таскаешь самого себя?” (Сократ), но “шапка-несидимка” — проверенный веками нелекарственный подход по крайней мере при неглубоких (“невротических”) и /или субсиндромальных, открытых психосоциальным воздействиям, с фасадной экзистенциальной “скукой и пустотой”, депрессиях. Ведь

⁹ Таково “рискованное поведение” одинокого путника Эдуарда Райнера, переживающего кризис среднего возраста. Н. Плотников. *Маршрут Эдуарда Райнера. “Новый мир”, 1983. № 4.*

¹⁰ Цит. по: Блейхер В. М., Крук И. В. Толковый словарь психиатрических терминов. Воронеж: НПО “МОДЭК”, 1995.

“...как многообразны болезни, так и существует множество способов лечения их”. *Гиппократ*.

Например, рекомендуемые Целителем “физические упражнения и ходьба” так или иначе сопровождают путника.

“С этого дня я больше не мог ходить. Я мог только бежать... Я бежал, потому что надо было бежать. Я не думал о том, куда это меня приведёт... Я бежал три года, 2 месяца, четырнадцать дней и шестнадцать часов”. *Форрест Гамп*.

Путники ищут отдушину душевной тяготы: “Будет цель — найдется и дорога”.

“О, дайте мне вагон или палубу фрегата! / Здесь лужа темная... Я в даль хочу, туда!” *Бодлер*.

“На вокзале хмуро... сыро.../ Подойти сейчас к касиру/ И сказать без всякой фальши/ “Дайте мне билет подальше. / Понимаете... мне худо...””. *И. Уткин*.

“Когда так много позади / Всего, в особенности — горя, / Поддержки чьей-нибудь не жди, / Сядь в поезд, высадись у моря...”. *И. Бродский*.

“Скука” гонит далеко за околицу.

“Вы, парни, куда-то едете или просто едете? — Мы не поняли вопроса, а это был чертовски хороший вопрос”. *Дж. Керуак. В дороге*.

“Архитектор одиночества” Э. Хоппер



за 15 лет пересек Америку пять раз ... Его покоряла тайна путешественников, подъезжавших к мотелю затемно и вновь отправлявшихся в путь на рассвете. Любил листать буклеты с перечислением местных достопримечательностей, разглядывать “припаркованные” в дальних углах пустынных коридоров тележки горничных и уборщиц. *Ален Боттон*¹¹. “Искусство путешествовать”.

Помню (Е. Б.) БОМЖа, “от скуки” пересекшего СССР на электричках: “добираешься до конечной — ждет новый вагон”. Процесс движения был самоцелью, и Одержимый дорогой мог лишь сообщить, где было жарко или холодно, злые (били, не ведая, что творят) или добрые (проходили мимо) окружали люди. С трудом дождавшись тепла и едва откормившись, он исчез из отделения.

“...сел в автобус, / заплатил 30 центов / и попросил у водителя два билета / до пункта обнаружения моего / одиночества”. *Р. Бротиган*.

Но измученные жизнью, коварством надежды внешне, как сирене, блоковой девушке в церковном хоре

“... что радость будет, / Что в тихой гавани все корабли, / Что на чужбине усталые люди / Светлую жизнь себе обрели”.

А кто-то — зову русского сердца:

“Я всем вам говорю, о странники! — неожиданный/ глубокий благовест прольется над туманной землей, и, полный птиц, волнистый встанет лес, / черемухой пахнет из влажного оврага, / и ветру вешнему неведомый бродяга / ответит радостно “воистину воскрес”. *В. Набоков. “Возвращение”*.

“...и вот еще что” (рефрен лейтенанта Коломбо).

История психических болезней — вид истории общества и культуры [15]. При неизменном внимании к взаимосвязи духовного начала и психических расстройств, вопросам сознания и философии (онтологическим, экзистенциальным), психиатрия — интегральная часть междисциплинарного знания о человеке в русле историко-культурного, социально-средового подходов антропологии, клинической психологии, социологии, нейрофизиологии и генетики.

Психиатр занят “духовным диагнозом” болезни, исходя из врачебной компетенции [15].

“Недуховный человек не принимает того, что от Духа Божия, потому что он почитает это безумием; и не может разуметь, потому что о сём надобно судить духовно”. *1-е Послание Коринфянам. 2:14*

Уважая мировоззренческий опыт пациента, его представления, образы и символы, потребности, идеалы, уточнит зыбкую грань нормы и патологии, феноменологию полюсов религиозных и эстетических переживаний, исходя из “целесообразности и смысла”, отметит кумуляцию факторов воспитания, религиозных и личных представлений и восприятия, представляющих среду, в коей жива душа [22], эпигенетических механизмов, наследственности, определяющих динамический баланс риска развития недуга и защитных факторов (жизнестойкости).

Целостный подход плодотворен для персонифицированного биопсихосоциального и духовного лечения и обоснования научно доказательных стратегий целевой помощи путешественникам групп риска и, шире, — управляемой миграционной политики ООН.

Однако. Насколько “притягательные места” индуцируют сходные состояния путешественников? Может ли эстетическое потрясение привести к психическому расстройству? Где порог здоровой сферы психического опыта в религиозно-мистических состояниях (откровениях)? Какова роль религиозности как фактора риска и защитного фактора психического расстройства? “Вклад” духовной терапии при ведении психически больного, верующего и агностика?

“На любой заданный вопрос найдется ответ”. *У. Блейк*.

¹¹ Боттон А. “Искусство путешествовать”. Эксмо, 2013.

Но пока доверимся Н. Рериху¹², проводнику по горным путям:

“...стараясь быть беспристрастными. Не навязываем своего мнения. Нанизываем добросовестно лишь поступающие факты ... Тем ценнее наблюдать сейчас происходящее ... Когда же возьмете все образы, разными народами виденные, то разве не будет это огромным историческим моментом, который не зрим лишь для слепых?”

... А я (Е. Б.), присев на дорожку, вторю Хармсу:

“На этом временно заканчиваю свою рукопись, считая, что она и так уже достаточно затянулась”.

¹² Рерих Н. К. Миф Атлантиды. Притчи. Легенды. Сказания. М.: Эксмо, 2012, С. 38.

ЛИТЕРАТУРА

1. Банщикова В. М., Столяр Г. В. Сенсорная изоляция. Журн. невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 1966; 66(9): 1428–40.
2. Беккер И. М., Несифорова О. И. Среда обитания души (о вспомогательных, косвенных признаках “больной душевной жизни”). Независимый психиатрический журнал. 2005; 1: 19–23.
3. Ганнушкин П. Б. Избранные труды. М.: Медицина, 1964. 290 с.
4. Деррида Ж. Письмо и различие. М.: Академический проект, 2000. 432 с.
5. Джеймс У. Многообразие религиозного опыта. М., 1993.
6. Дрёмов С. В., Сёмин И. Р. Измененные состояния сознания: Психологическая и философская проблема в психиатрии. Новосибирск, изд. СО РАН, 2001. 204 с.
7. Жислин С. Г. Проблема параноидных реакций (клиника, формы, патогенез). / Очерки клинической психиатрии: Клинико-патогенетические зависимости. М.: Медицина, 1965: 113–21.
8. Жислин И., Спивак И. Иерусалимские этюды. Независимый психиатрический журнал. 1999; 4: 45–51.
9. Карагодина Е. Г. Феномены измененного восприятия у целителей-экстрасенсов: психопатологический и социокультурный анализ. Социальная и клиническая психиатрия. 1996; 6(2): 56–65.
10. Кемтинский А. Психология шизофрении. СПб.: Ювента, 1998. 295 с.
11. Кречмер Э. Медицинская психология. М., 1927. 349 с.
12. Любов Е. Б. Жил-был художник один (Сергей Иванович Калмыков). Три портрета: Жизнь и судьба творца в психиатрическом интерьере. М.: Новые возможности, 2010: 22–49.
13. Любов Е. Б., Левина Н. Б. Жизнь в шизофрении и после нее в картинах и образах. Независимый психиатрический журнал. 2014; III: 27–32.
14. Людвиг А. Измененные состояния сознания. Ред. Ч. Тарт. М.: ЭКСМО, 2003; 14–37.
15. Мелхов Д. Е. Психиатрия и актуальные проблемы духовной жизни. М.: Свято-Филаретовская московская высшая православно-христианская школа, 1997. 162 с.
16. Пападопулос Т. Ф. Острые эндогенные психозы (психопатология и систематика). М.: Медицина, 1975. 191 с.
17. Паиковский В. Э. Психические расстройства с религиозно-мистическими переживаниями: Краткое руководство для врачей. СПб.: Изд. дом СПбМАПО, 2007. 144 с.
18. Рыбальский М. И. Бред. М.: Медицина, 1993. 368 с.
19. Сергеев И. И., Петраков А. В. Варианты и клиника эндогенных транзиторных психозов. Социальная и клиническая психиатрия. 2002; 12(4): 19–23.
20. Термос Василеос. Духовность в ересях и сектах с точки зрения психиатрии, психодинамики и пастырского богословия. Московский психотерапевтический журнал. 2009; 3: 119–31.
21. Фуко М. История безумия в классическую эпоху. СПб.: Рудомино, 1997. 576 с.
22. Яценко К. Общая психопатология: Пер. с нем. М.: Практика, 1997. 1056 с.
23. Bar-El Y., Durst R., Katz G. et al. Jerusalem syndrome. Br. J. Psychiatry. 2000; 176: 86–90.
24. Batson C. D., Schoenrade P., Ventis W. L. Religion and the individual. Oxford University Press, 1993. 133–41
25. Chrisafis A. Paris syndrome hits Japanese. Guardian. 2006. Vol. 25 Oct. <http://www.guardian.co.uk/world/2006/oct/25/>.
26. Ferreri M. Stendhal syndrome. Medicographia. 1998; 20(2): 153–7.
27. Flinn D. B. Transient psychotic reactions during travel. Am. J. Psychiatry. 1962; 119: 173–4.
28. Franklin A. The Tourist Syndrome. An Interview with Zygmunt Bauman. Tourist Studies. 2003; 3. [<http://tou.sagepub.com/content/3/2/205.abstract>]
29. Frith C. D. The cognitive neuropsychology of schizophrenia. Hove, UK, Psychology Press, 1992: 68.
30. Furnham A. Culture Shock: A Review of the Literature for Practitioners. Psychology. 2019; 10(13). Oct. 25.
31. Goldwert M. The messiah-complex in schizophrenia. Psychol. Rep. 1993; 73(1): 331–5.
32. Guerrero A. L., Barcelo Rosselly A., Ezpeleta D. Stendhal syndrome: origin, characteristics and presentation in a group of neurologists. Neurologia. 2010; 25(6): 349–56.
33. Magherini G. La Sindrome di Stendhal. Firenze: Ponte Alle Grazie, 1989. <http://www.auxologia.it/stendhalsyndrome>
34. Maslow A. H. Peak Experiences as Acute Identity Experiences Am. J. Psychoanal. 1961; 21: 254–60.
35. Nicholson T. R. J., Pariante C., McLoughlin D. Stendhal syndrome: a case of cultural overload. BMJ. Case Rep. 2009; Feb. 20.
36. Oberg K. Practical Anthropology. New Mexico, 1960.
37. Okada T., Satoh S., Morita N. et al. Cultural anthropology approach to psychopathology of Muslim murderer. Jpn. J. Psychiatry Neurol. 1994; 48(1): 71–5.
38. Pargament K. I., Lomax J. W. Understanding and addressing religion among people with mental illness. World Psychiatry. 2013; 12(1): 26–32.
39. Perry J. W. The far side of madness. Englewood Cliffs. N.J.: Prentice-Hall, 1974. 177 p.
40. Shapiro S. Airport wandering as a psychotic symptom. Psychiatr. Clin. 1982; 15: 173–6.
41. Siddler R., Haddock G., Tarrier N., Faragher E. B. Religious delusions in patients admitted to hospital with schizophrenia. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epid. 2002; 37(3): 130–8.
42. Tamami K. Reflexions on a case of Paris syndrome. J. Nissei Hospital. 1998; 26(2): 127–32.
43. Valtueca Borque O. Does Stendhal’s syndrome exist really? An. R. Acad. Nac. Med. (Madr). 2009; 126(3): 455–68.
44. Viala A., Ota H., Vacheron M. N. et al. Les Japonais en voyage pathologique à Paris: un modèle original de prise en charge transculturelle”. Neuvre J Psychiatry. 2004; 5: 31–4.
45. Witztum E., Kallian M. The “Jerusalem syndrome” –fantasy and reality a survey of accounts from the 19th century to the end of the second millennium. Isr. J. Psychiatry Relat. Sci. 1999; 36(4): 260–71.
46. Wyatt C. “Paris Syndrome” strikes Japanese. BBC News, 2006. <http://news.bbc.co.uk/2/hi/6197921.stm>.

О термине “шизофрения”

Б. Н. Пивень (Барнаул)

Во II-ом номере за 2020 г. Независимого психиатрического журнала принадлежности) был опубликован текст “Надо ли отказаться от термина “шизофрения?” (без указания автора), привлекая мое внимание не столько сформулированным в заголовке вопросом, сколько возникшим желанием высказать свои соображения в связи со все нарастающей в психиатрии тенденцией к переобозначению традиционных для нее терминов.

Вначале о самом термине. Попытки отказаться от него не являются чем-то новым, а время от времени будируются в психиатрии. Правда, более обоснованно было бы говорить не об отказе от этого термина, что может повлечь за собой и отрицание самой патологии под названием “шизофрения”, а о его замене. Именно это и предлагается в рассматриваемой публикации: в названии — отказаться(?), а в самом тексте — заменить. При этом предлагаемые термины замены говорят о безграничных фантазийных возможностях их составителей.

К примеру: “... заменить термин “шизофрения” или “синдром расколотого сознания” на “нарушение внутренней сонастроенности”... и т.п.

Соглашаясь с сутью текста о необходимости поиска путей дестигматизации диагноза “шизофрения”, полагаю, что только замена этого термина, несмотря на определенные приведенные в тексте позитивные факты, вряд ли решит эту проблему. Так, если по аналогии назвать трамвай колесно-рельсовым устройством, то от этого не станет меньше ДТП с его участием.

В плане рассуждений о “стигматизирующем характере” термина “шизофрения” как в данном тексте, так и в литературе в целом, совершенно не принимается во внимание то обстоятельство, что он прочно вошел в реалии нашей жизни, без учета которых вряд ли удастся решить поднимаемую в тексте весьма значимую проблему. В этой связи отмечу, что термин “шизофрения” в зависимости от его содержания используется как минимум в трех вариантах. Один из них сугубо медицинский (психиатрический). Именно о нем и идет речь в данном тексте. Второй вариант — вульгарно-бытовой. Третий — общественно-политический. Причем второй и третий варианты отличаются крайне негативным смысловым наполнением, сливающимся с термином “шизофрения” в его медицинском значении, что в целом и определяет стигматизирующий характер рассматриваемого термина, формулируемого в диагностическом заключении.

В обсуждаемой публикации также излагается позиция Ю. С. Савенко. Она представлена в острой по-

лемической форме и касается не только проблемного термина “шизофрения”, но и включает широкий круг вопросов, связанных с переименованиями: “... путь переименований — это путь пропагандистских, манипулятивных технологий, которые развращают и лишают доверия одних и эфемерно помогают другим. Это квази — даже лже-дестигматизация”.

Рассматриваемая публикация хотя в терминологическом плане и посвящена только термину “шизофрения”, отражает заметную тенденцию расширения терминологического словаря психиатрии за счет новых терминов, часть из которых прочно закрепилась. При этом вопрос о том, действительно ли это новые психопатологические феномены или лишь переобозначенные давно и хорошо известные формы патологии, практически не обсуждается. Здесь я сознательно отступлю от правила, не поощряющего самоцитирование, и в конспективном виде приведу собственные данные, полученные в результате сопоставления описаний расстройств, вошедших в литературу как новые, и расстройств, давно и хорошо известных в психиатрии (Б. Н. Пивень. Новая суть или только новые названия? Ж. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2014; 5; 104 – 107).

Синдром хронической усталости — неврастения.

Синдром эмоционального выгорания — неврастения.

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) — психогенное заболевание.

Паническое расстройство (панические атаки) — вегетативные кризы, гипоталамический синдром, обсессивно-фобические расстройства.

Синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) — церебрастения.

Биполярное аффективное расстройство (БАР) — маниакально-депрессивный психоз (МДП).

Аддикция — зависимость.

Recovery — ремиссия А (по М. Я. Серейскому).

Представляя изложенные соображения, я ни в коей мере не выступаю вообще за отмену терминов новых и которые могут появиться. Новая терминология отражает определенные тенденции развития психиатрии, с которыми необходимо считаться. Тем не менее, важно сохранять терминологические традиции клинической психиатрии для обеспечения преемственности деятельности психиатров разных поколений, направлений и школ.

ИСТОРИЯ

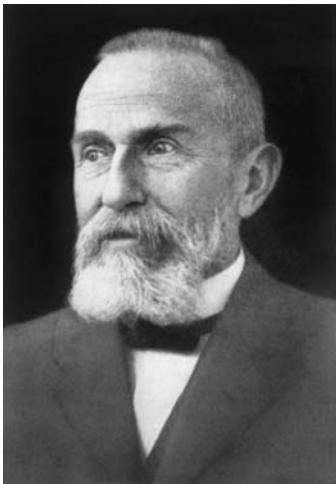
Жизнь¹

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

Гуго фон Гофмансталь

Ойген Блейлер — жизненный путь выдающейся личности (окончание)²

Д. Хелл³, К. Шарфеттер



Блейлер как руководитель клиники

Профессия — спинной хребет жизни.

Ницше.

“Человеческое, слишком человеческое”.

В Райнау Ойген Блейлер (тогда еще холостой) был для своих пациентов как отец семейства, работал с ними, разделял с ними праздники. Подобно этому он был вездесущ и в Бургхольцли. Он жил в клинике. Он был стержнем клиники, сам принимал вновь посту-

пивших ассистентов, заботился о каждом пациенте, серьезно относился к наблюдениям сестер и санитаров, обсуждал с сотрудниками специальные вопросы. Брилл (1944), например, рассказывает, как на примере своей сестры он разбирал влияние на шизофрению, свою борьбу за контакт и стимулирование установления отношений и кооперативного поведения. М. Блейлер (1988) в связи с этим написал: “Долгосрочное психоаналитическое лечение шизофреников во время сочинения его книги еще не проводилось, но, по-видимому, по инициативе Фрейда, имел место психоаналитически ориентированный поиск связи отдельных болезненных явлений (к примеру, бредовой идеи или обмана чувств) со страхами, надеждами, двойственностью больного, с его внутренней жизнью. При этом поиске Блейлер часто и оживленно дискутировал со всеми своими врачами, но, прежде всего, с Юнгом. В этих дискуссиях определенную роль играли письменные и личные связи с Фрейдом. В ходе этих дискуссий врачи клиники пытались понять свои собственные сновидения и мотивы”.

Брилл (1944) также сообщает об общих собраниях (“Gemeinsamen”), которые еще во времена Манфреда Блейлера (1942 – 1969) назывались общим представлением больных: врач-куратор в присутствии других врачей представлял нового пациента (пациентку) шефу. Затем Блейлер давал комментарии, разъясняя понимание симптома как символического выражения потребностей и желаний, например, пачкание красной краской он истолковывал как желание возвращения менструаций у пациентки в климактерическом периоде. Также (согласно Брилли) Блейлер, присматриваясь к рукам пациентки, интересовался, мастурбировала ли она. В кругу врачей с участием шефа обсуждались вопросы фрейдовского истолкования символов, символов, сновидений (Брилл 1946, 10).

М. Блейлер (1986) в связи с этим описывает такую сцену: “Пример: Больная шизофренией из клиники

¹ 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.

² Начало см. в НПЖ, 2020, 4, 69 – 75.

³ Вклад Д. Хелла в этот раздел представляет собой только его доклад в Hell, et al., 2001.

Бургхольцли попросила о встрече с Блейлером. Когда он ее увидел, то нашел ее мучительной и в кататоническом оцепенении. Несмотря на это, он вдруг заметил небольшое движение пациентки: она слегка дотронулась до обручального кольца Блейлера. Это движение навело на интерпретацию того, что хотела выразить пациентка: “Я выгляжу как камень, но я – женщина со здоровыми чувствами, понимающая брак”. Блейлер никогда не утверждал, что его представление о мотивации прикосновения пациентки к обручальному кольцу действительно соответствовало тому, о чем она думала. Наблюдение, однако, дало возможность квалифицировать его представление как реалистичное. И несомненно, что блейлеровское представление благодаря объективному наблюдению вызвало его сочувствие к пациентке “выглядыщей как камень” — и это пробуждает сочувствие читателей книги к кататоническим пациентам”. (Речь идет о монографии 1911 года).

Прежние сотрудники Блейлера Альфонс Мэдер (Mäder) и Якоб Вирш рассказали историку психодинамической психиатрии Х. Элленбергеру (1970, 1966) о своем впечатлении от Блейлера (Элленбергер 1970; 1996): “Блейлер всегда в одиночку совершал обходы: по утрам, перед утренней встречей с врачами, сестрами и санитарями в 8.20; 4 – 6 раз в день он приходил в отделение или к внушающему особую тревогу пациенту, вечерние обходы с 17 до 19.00. Блейлер сам не проводил психоанализ у своих пациентов. Впрочем, в первом и втором десятилетиях XX-го века психоанализ как долгосрочная техника еще не был регламентирован. Блейлер на несколько недель доверял психоанализ в тогдашнем смысле толкования сновидений своим ассистентам (например, Юнгу, Абрахаму и многим другим, также фон Муральту, 1914). Блейлер сам обсуждал со своими ассистентами — также за послеобеденным кофе — психоаналитические интерпретации симптомов и способов поведения пациентов”.

Левенберг (Loewenberg) (1995) собрал для своей статьи “Создание научного сообщества: Бургхольцли 1902 – 1914” много наглядного материала, иллюстрирующего деятельность Блейлера и творческую дискуссионную атмосферу в его клинике, а также просмотрел акты санитарной дирекции (департамент здравоохранения) кантонального цюрихского правительства и 25.8.1983 взял интервью у сына Ойгена Блейлера, Манфреда Блейлера (с 1969 на пенсии). Ему удалось узнать, что Ойген Блейлер мог внезапно появиться даже на кухне во время приготовления овощей, что однажды для колки дров на сельскохозяйственной территории он взял с собой опасного пациента. Из переписки следует, что в полиции по делам иностранцев он заступался за зарубежных коллег. Блейлеровская выносливость — его усердная, многофункциональная работа едва ли оставляла ему свободное время для публикаций: когда он занимался подготовкой своего учебника (1915), то взял творче-

ский отпуск — один месяц осенью 1914 и семь недель осенью 1915.

Левенберг приводит цитаты из ряда блейлеровских писем Фрейду, в которых Блейлер сообщает о своих сновидениях, отчасти истолковывает, пишет о своих наблюдениях ранних сексуальных побуждений у своего сына — во всяком случае, выражает свое согласие с психологией Фрейда (неясно, как Левенберг получил доступ к этим письмам).

Блейлер как шеф клиники — сегодня перед нами образ вездесущего и контактирующего со всеми сотрудниками (самыми различными профессиональными группами) отца семейства. Согласно многочисленным свидетельствам, в блейлеровской клинике царил очень конструктивная, доброжелательная и открытая для дискуссий атмосфера. Блейлер знал, что происходит в его клинике. Во всяком случае, мы не вправе полагать, что Блейлер, — как шеф клиники, к которому, например, были персонально направлены Сабина Шпильрайн, Отто Гросс, — не знал, не замечал, не догадывался, чем занимался с этими воспитанниками Юнг. Как Блейлер реагировал на это? Едва ли можно допустить, что он это не порицал и не делал выводов (Скажут ли больше об этом дневники?).

В какой мере Блейлер с его стилем, его авербальным поведением, с его весьма резкими словами и текстами вызывал критику, — об этом мы вряд ли имеем документальные сведения. Как он к ней относился, нам неизвестно. Исследователь головного мозга К. фон Монаков писал ему (8 и 15.11.1918) по поводу одной рукописи, что ему следовало бы все-таки быть сдержанней в выражениях: «Также в начале, где Вы... говорите о 1895 году, Вы поступите хорошо, если несколько смягчите выражение “отказ здорового человеческого рассудка”». Так же неприемлема его оценка “немцы — в высшей степени непсихологический народ”, и так же ложен взгляд на значительные фигуры. Один друг (Майер-Ринг, 28.4.1925), хваля его ректорскую речь как “одухотворенную”, приписал в постскриптуме: “Твой великолепный доклад был бы еще лучше, если бы ты отучил себя от размашистых стремительных жестов, но, главным образом, если бы ты сдержал мимику, которая, конечно, появляется у тебя исключительно вокруг рта”.

Несмотря на многочисленные описания, остается неясным, как, собственно, Блейлер общался с пациентами. При обходах он был один. Об общих собраниях мы имеем некоторое представление благодаря Клези, А. фон Муральту, М. Мюллеру, Виршу. Вел ли он также продолжительные, обстоятельные беседы, мы не знаем.

Трогательную встречу с Блейлером описывает Ромола Нижинская, которая была вынуждена привести на консультацию своего больного мужа, Вацлава: “На следующий день я одна посетила профессора. Блейлер был стариком с беспредельно понимающим взглядом. Почти два часа я говорила с ним о Вацлаве, себе, нашем браке и нашей жизни. “Очень, очень ин-

тересно все, что вы мне рассказываете. Я могу вас уверить, что вы здоровы, моя дорогая. И, в любом случае, мы не становимся безумными; мы рождаемся безумными. Я полагаю, имеется предрасположенность. Гениальность, безумие, они так близки друг другу; нормальность и ненормальность, едва ли есть граница между этими двумя состояниями. Я хотел бы познакомиться с вашим мужем; чрезвычайно интересно. Если бы вы говорили о каком-либо ином человеке, я, возможно, был бы обеспокоен, но описанные вами симптомы в случае артиста и русского не означают еще каких-либо душевных расстройств”.

На другой день она привела своего мужа: “Нам пришлось немножко подождать, затем нас приветствовал профессор Блейлер. Я познакомила его с Вацлавом, и оба скрылись в его кабинете. ... Через десять минут открылась дверь, и, улыбаясь, профессор вывел Вацлава. “Хорошо. Превосходно. Вы не хотите зайти на минуту?” ... После того как он закрыл за собой дверь кабинета, он сказал очень решительно: “Итак, моя дорогая, мужайтесь. Вы должны увести вашего ребенка; вам следует подать на развод. К моему сожалению, я бессилён. Ваш муж — неизлечимый душевнобольной”. Солнечный луч показался мне пыльным. ... Ужасный, беспощадный круг несчастья. Я смутно услышала, что он извинился за то, что был столь жесток. “Я кажусь вам безжалостным, но я должен добиться того, чтобы спасти вас и вашего ребенка — две жизни. Мы, врачи, должны пытаться спасти тех, кого можем; других, к сожалению, мы должны предоставить их ужасной судьбе. Я старый человек. Пятьдесят лет моей жизни я пожертвовал на то, чтобы спасти их. Я исследовал и учился; я знаю симптомы; я могу их диагностировать; но не более того; мне бы очень хотелось помочь”.

Блейлер как психогигиенист

Теперь даже ликуют по поводу того, что “наука начинает господствовать над жизнью”: нет ничего невозможного в том, что этого удастся достигнуть, но не подлежит сомнению, что такая покоренная жизнь не имеет большой ценности, потому что она в значительно меньшей мере является жизнью и в значительно меньшей степени обеспечивает жизнь в будущем, чем прежняя, управляемая не знанием, но инстинктами и могучими иллюзиями⁴.

Ницше. О пользе и вреде истории для жизни.

Психогигиена, это было и есть учение о здоровой жизни отдельного человека и народа: она направлена на то, чтобы превентивно, терапевтически, с реабили-

тационной целью обучать благополучной жизни в воспитании, образовании (в особенности, ценностях), спорте, питании, сексуальной жизни, браке, обществе. Существуют широкие переходы к диететике общей гигиены и к евгенике в смысле содействия здоровому потомству, предотвращению генетических аномалий (особенно посредством алкоголя), предохранению от размножения.

Что Блейлер понимал под здоровой жизнью, показывал его собственный пример: трудолюбивый, экономный, непритязательный в обыденных жизненных потребностях. Vita active формируется в непрестанной готовности к деятельности — в первую очередь, в совместной деятельности с больными, их родственниками, персоналом. Даже семья принимала участие в повседневной жизни клиники, но особенно в праздниках и торжествах. “Деятельное сообщество” — он демонстрировал его своей собственной жизнью и запечатлевал, как мотто всякой терапии и реабилитации, своим сотрудникам и ученикам. Сообщество пациентов и терапевтов в клинике — как одна большая семья был Райнау, многое Блейлер также сохранил в Бургхольцли, несмотря на множество иных обязанностей (в университете).

Любовь к семье, к природе, к земле, к ландшафту — как важны для него и его близких были прогулки (в его дневниках упоминаются названия некоторых долин, вершин, горных перевалов), возвращение в бывший крестьянский дом в Квинтене на Валензее. Отказ от излишеств в одежде, пище, всякого рода роскоши⁵ — он не только проповедовал его, он демонстрировал его своей жизнью. Равным образом празднование без алкоголя. Убедительно требовать воздержания мог только тот, кто воздерживался сам. Из этих установок выросли общие терапевтические принципы Блейлера. Они чрезвычайно напоминают мне отрывок из “Годов учения Вильгельма Мейстера” Гете (часть 5, глава 16): “В беседе речь, естественно, зашла о способе пользования помешанных. — Помимо физической стороны, — начал священник, — которая зачастую ставит перед нами непреодолимые препятствия, так что мне приходится прибегать к помощи вдумчивого врача, средства исцеления помешательства, на мой взгляд, весьма просты. Это те же самые средства, которыми здоровым людям не дают сойти с ума. Надо побуждать их к самостоятельной деятельности, приучать к порядку, внушать им, что их бытие и судьба подобны судьбам многих других людей, что яркая одаренность, величайшее счастье и величайшее несчастье — лишь малые отклонения от нормы, — и тогда никакое безумие не найдет себе лазейки, а если оно уже зародилось, то мало-помалу исчезнет. Я распределил время старика по часам; он обучает нескольких ребят

⁴ Перевод Я. Бермана.

⁵ Правда, он владел внушительным домом, автомобилем, моторной лодкой.

игре на арфе, помогает в садовых работах и уже заметно повеселел. Ему хочется поесть капусты, посаженной им самим, а так как он завещал арфу моему сыну, ему хочется как можно лучше выучить моего сына игре на арфе, чтобы она пригодилась мальчику. Как духовный наставник я не старался особенно вмешиваться в его непонятные душевные терзания, сама по себе деятельная жизнь влечет за собой множество событий, и он не замедлит почувствовать, что работа — лучшее лекарство против всякого рода сомнений. Я действую с осторожностью; а когда мне вдобавок удастся упразднить его бороду и хламиду, я сочту, что добился многого; ибо ничто так не приближает нас к безумию, как старание выделиться среди всех; и ничем мы так не сохраняем здравый смысл, как общностью с большинством окружающих людей. К несчастью, в нашем воспитании, в наших гражданских установлениях много такого, чем мы приуготавливаем себя и своих детей к сумасшествию!”⁶

Заблуждения духа времени

Психогигиенисту и блюстителю чистоты народа Блейлеру, к сожалению, принадлежит также вызывающее сегодня мрачное настроение заблуждение, которое соответствовало времени, и которое он разделял. Ввиду своей принадлежности к белой расе как элите человечества Блейлер был столь же самочинен, как многие академики его времени: Мы на вершине эволюции (1912) должны “ответственно” заботиться о соблюдении расовой чистоты, о народной гигиене посредством евгеники, стерилизации, кастрации.

Народный гигиенист Блейлер в докладе о “Сексуальных отклонениях детей” (1908) для швейцарского общества школьной гигиены был совершенно в своей стихии (1908). Блейлер особо выделяет важность сексуальности: “У кого нет полового инстинкта, тот калека” и раннее начало (2 – 3 год жизни) сексуальности. Онанизм он считает отклонением, правда, он сомневается в том, что онанизм вызывает психические болезни. Гомосексуальность он рассматривает как болезнь, равно как и другие отклонения (садизм, мазохизм, эксгибиционизм, вуайеризм, фетишизм). Большинство страхов имеет сексуальную основу. По отношению к профилактике и тем более к терапии Блейлер настроен скептически. Во всяком случае, терапия не должна была вести к тому, чтобы такие люди занимались “нормальными половыми сношениями” и, тем самым, производили на свет “ненормальное потомство”. И он продолжает: “Для общества, однако, вопрос жизни и смерти заключается в том, не должно ли оно предотвращать зарождение нездоровых людей. Если ради насущных потребностей оно забывает о потребностях будущего, то в скором времени не хватит здоровых, чтобы кормить больных, но хватит

больных, чтобы безвозвратно заразить целую расу. Самая важная задача попечения о несовершеннолетних состоит поэтому, как я полагаю, не в том, чтобы препятствовать естественному отбору сильных посредством искусственного сохранения и искусственного выращивания слабых...”

В 1909 году (“Neue Zuercher Zeitung”) Блейлер предостерегал от смешивания евреев с другими расами. При смешивании рас “только в виде исключения получается что-то стоящее. У нас ввозят чешских рабочих, смешиваются, вообще не задумываясь. Для нас это столь же хороший медленный способ самоубийства, как и для более древних культурных народов... что смешивание с другой кровью является грехом, который при помощи самых строгих постановлений должен был сделаться практически невозможным”.

С той же безжалостной надменностью и резкостью, с которой он диагностировал аутизм у верующих, художников, женщин и дикарей (к примеру, в 1919 году: “... аутистическое мышление... столь южно-негритянски (australnegerhaft) выражено...”), он сожалел о мягкосердечии, позволяющем предотвращать суициды у психиатрических пациентов (1911, 1927), он признавал, что казнь “врожденных преступников” является избавлением общества (1896), он вступался за стерилизацию и кастрацию и приветствовал в 1933 году введение такого закона в Германии (см. лит. Хуонкер 2002, 2003, Таннер и др. 2002, Кюхенхофф 2003).

Блейлер и круг специалистов

Должно было быть интенсивное взаимодействие, но для этого не хватает документальных подтверждений. В 1912 году Блейлер получил предложение стать преемником Бонхёффера на кафедре в Бреслау (я узнал об этом из одного примечания в переписке Фрейда с Ференци).

Блейлеровские участие, доклады, дискуссионные выступления на конгрессах не имеют систематической документации. Так же обстоит дело с чествованиями. Некогда он получил от университетов Лозанны и Берлина звание почетного доктора. Документы в настоящее время не обнаружены. Единственно, что касается почетного доктора в Лозанне (1937 год), имеется письмо, из которого можно заключить, что Блейлер не смог поехать туда из-за флебита. Блейлер был почетным членом немецкого психиатрического союза (вероятно, 1926 год или позже), королевской медико-психологической ассоциации в Лондоне, немецкой академии естествоиспытателей (1932 год). (Я узнал об этом из переписки).

В связи с этим Фриц Хеберлин написал в некрологе (1939 год) об одном случае, имевшем место приблизительно в 1935 году: “На вопрос, отмечен ли он почетными званиями, Блейлер ответил — около двух лет тому назад — весьма живо: “О, да! Берлинский

⁶ Перевод Н. Касаткиной.

университет присвоил мне звание почетного доктора медицины и... и..." Заминка. Другой он уже не смог вспомнить, поскольку при последнем переезде папка с почетными дипломами исчезла. Его награждали американские, английские и голландские психиатрические и медицинские союзы. Но более точных сведений он не имеет. Да это и не столь важно".

Блейлер был членом швейцарского психиатрического общества и вместе с К. фон Монаковым основал в Цюрихе психиатрически-неврологический союз.

В переписке отражается его почтительное отношение к коллегам. Блейлеровское отношение ко многим коллегам в своей стране и за рубежом отражается в письмах⁷ (правда, отобранных). Список авторов писем дан в приложении. В письмах Блейлер вел профессиональные дискуссии, например, с Майер-Гроссом в Хайдельберге о синтонии-шизоидии, с Э. Кречмером о его типологии характеров и о сенситивном бреде отношения, который Блейлер с большим удовольствием включил в свою шизофрению. Он получал запросы относительно занятия кафедр в своей стране и за рубежом, о пациентах, о коллегах (к примеру, о Зелиге в Святом Урбане, который испытывал трудности в своем институте, о Лемане в Вюрцбурге, который в послевоенное время на каникулах охотно путешествовал по Швейцарии). В подтверждении из крепелиновского немецкого исследовательского института психиатрии в Мюнхене (институт кайзера Вильгельма, позднее институт Макса Планка) от 25.10.1924 ему выражается благодарность за щедрое коллективное пожертвование в размере 1000 швейцарских франков.

Рюдин и Рёмер (1940, 3) в своем некрологе обращают внимание на отношение Блейлера к психиатрии в Германии: "Блейлер всегда ощущал тесную связь с немецкой наукой и немецкими коллегами и неоднократно серьезно рассматривался для приглашения в немецкие университеты. Под его руководством между швейцарской и немецкой психиатрией развивался интенсивный и плодотворный обмен. Все многочисленные немецкие посетители Бургхольцли вместе с величайшим гостеприимством получали представление о способе работы его клиники и живо созерцали ту добросовестность, с которой Блейлер обычно посвящал себя каждому из своих больных от поступления до выписки. Точно так же на собраниях немецких

⁷ Помимо вышеупомянутой переписки (она находится в архиве Блейлера в Бургхольцли) имеется еще один исторический источник: книги с копиями документов, хранящиеся в государственном архиве Цюриха. Это упорядоченные по годам копии повседневной корреспонденции клиники: зачисления, увольнения, запросы родственников и ответы на них, заявления от "больничных служителей", письма к направляющим врачам. Среди них нет никаких официальных документов, никаких заключений по диссертациям, хабилитациям, какой-либо переписки с университетом, правительством, городом.

психиатров Блейлер был частым и всегда желанным гостем, представляя важные доклады и рефераты. Блейлер был отмечен немецким психиатрическим союзом, избравшим его почетным членом".

По приглашению Адольфа Майера Блейлер, в связи с открытием клиники Фипса в Балтиморе, совершил путешествие в США⁸ и сделал доклад об аутизме. (В государственном архиве есть письмо Блейлера в адрес министерства образования, в котором он просит об отпуске с 23.2 по 10.5.1913 для этой поездки в США). В 1929 году он был на открытии института психиатрии в Нью-Йорке (4 и 5 декабря 1929). Согласно Брилли (1939, 476) это было 13.1.1930. К сожалению, об этих двух путешествиях больше ничего не известно.

Блейлер и "глубинная психология"

Это выражение принадлежит Блейлеру (разумеется, документально не подтверждено, когда он его впервые предложил). Блейлер считал самого себя первым психиатром, который анализировал "фрейдовские механизмы" при "больших" психозах. Фрейд оплодотворил Блейлера и Юнга. Блейлеровские связи с обеими "глубинными психологиями" являются "комплексными". Обе "ассоциации" отражают чередование приближения и отдаления, воодушевления и критики. И эти связи, в соответствии со значением Фрейда и Юнга, привели к возникновению обширной литературы.

Блейлер познакомился с текстами Фрейда рано, приблизительно в 1891 – 1892 годах. В то время он стал восторженным приверженцем фрейдовского учения о бессознательном, о толковании симптомов, т.е., интерпретации способов поведения и содержания симптомов (в особенности бреда, галлюцинаций), об изменчивой, находящей только символическое выражение динамике либидо, о комплексах и об интрапсихических расщеплениях. Увлечение учениями Фрейда затихло вместе с дистанцированием от подобного секте ортодоксального движения фрейдовской группы (1913). К этому добавился скепсис по отношению к практическим возможностям психоанализа добиваться успеха в лечении "больших" душевных болезней (этиологию которых Блейлер усматривал в заболевании головного мозга). Но к Фрейду как персоне Блейлер сохранил почтительность и признательность (которые, например, проявились в его рекомендации Нобелевскому комитету в Стокгольме присудить Нобелевскую премию Фрейду, см. приложение). В главе

⁸ Адольф Майер (1866 – 1950) был родом из Швейцарии. После окончания учебы на медицинском факультете он эмигрировал в США, где возглавлял кафедру психиатрии в университете Джона Хопкинса в Балтиморе. Блейлер путешествовал в сопровождении своей жены (Сообщение М. Блейлера своей дочери Тине о своей матери Хедвиг. Не опубликовано, бернский архив Гостели).

“Блейлер и психоанализ” я более подробно рассматриваю эту тематику.

Также в отдельной главе пойдет речь о Блейлере и Юнге. Поскольку их отношения являются очень “комплексными”: Юнг начинал у Блейлера в 1900 году, Блейлером был приобщен к фрейдскому толкованием сновидений, затем стремительно стал очень плодотворным в своих текстах, в дискуссиях внутри клиники. За диссертацией 1902 года уже в 1905 году последовала хабилитация. Вскоре Юнгом завладело все возрастающее желание собственной сферы влияния. Юнговская переписка с Фрейдом отражает, по отношению к Блейлеру, пренебрежение и негативные аффекты. В 1909 году Юнг покинул Бургхольцли (подробности все еще неизвестны). В 1911 году в письме к Фрейду Блейлер поделился своей печалью о Юнге (см. Александер и Селезник 1965). После ухода Юнга обнаруживаются только немногие (письменные) контакты (они касаются редакции психоаналитического ежегодника).

Социально-психиатрическая деятельность Блейлера

Блейлер еще у Фореля — в его лекциях, а позже в качестве его ассистента — познакомился с его социально-психиатрической деятельностью. Форелевская либеральная установка отвечала движению духа времени, исходящему из Англии. Предшественник Фореля, профессор Хитциг, еще в 1875 году основал семейное попечение. Ограничение в мерах принуждения и, по возможности, осмысленная кустарная работа в деятельном содружестве “пациент-санитар — попечитель-врач” были важными принципами Блейлера уже в Райнау. Точно так же в Райнау он узнал, что известные в то время способы физической, химической терапии, равно как гипноз и суггестия, мало что дают. Стало быть, оставалось психообразовательное управление в “деятельном содружестве” (Блейлеру, вероятно, это было известно уже из учебника Гризингера). В реабилитации нужно было обращать внимание на предотвращение потакания в больнице (позже названному институционализмом, госпитализмом). Нужно было поддерживать отношения с внешним миром, в особенности с семьей или с опекающей семьей, обдумать возможность ранней выписки. Профилактика возможна только посредством евгеники или воздержания от алкоголя. Его большой опыт 12-летнего управления Райнау, его скепсис по отношению к возможным в его время способам терапии, его оценка значимости воспитания и работы, социальных контактов и подобного семейному уходу — все это отражается в блейлеровской инаугурационной лекции (расширенный письменный вариант 1898). В этом направлении Блейлер действовал и в Бургхольцли: деятельное содружество между пациентами, сестрами, санитарями, работниками домашнего хозяйства, кухни, прачечной, садового хозяйства, сельского хозяй-

ства должно было каждому предоставить возможность заниматься подходящей ему деятельностью: это ослабляло фиксацию на отвлекающих мыслях, бредовых идеях и галлюцинациях, это позволяло концентрировать внимание на работе (даже если это было “только” сгребание листьев на лесной опушке), объединять силы — и приносило пользу друг другу и социальной обратной связи. Также это была основная идея для развития семейного попечения (в большинстве случаев, крестьянские хозяйства). Блейлер содействовал ему, а в 1914 году даже сам возглавил его. В 1923 году Блейлер основал в городе психиатрическую поликлинику (руководство было передано Х. В. Майеру). В 1921 году на территории Бургхольцли, в Штефансбурге, было основано первое цюрихское отделение детской психиатрии (25 коек). В Бургхольцли Блейлер увеличил число палат постоянного наблюдения (Wachsäle) и открыл два отделения для беспокойных больных (D и J). Наряду с этим Блейлер был президентом правления основанного Форелем цюрихского лечебного заведения для алкоголиков в Элликон-ан-дер-Туре, возглавлял общество по оказанию помощи душевнобольным и принимал участие в сооружении безалкогольного народного дома в Цюрихе, председателем которого он время от времени был.

Университетские задачи

Ойген Блейлер добросовестно, но с прохладцей — в сопоставлении с общественными делами (М. Блейлер, устно) — исполнял свои задачи на факультете. Он читал лекции, демонстрируя пациентов.

О Блейлере, обучающем студентов, имеются три свидетельства. Джон Штеелин написал об этом в некрологе (1939, 934): “Как академический преподаватель Блейлер не предъявлял своим студентам сколько-нибудь серьезных требований. Если психиатрия почти во всех своих специальных отраслях, особенно в цюрихском университете, смогла весьма рано добиться признания, то за это можно благодарить Блейлера и его знаменитых предшественников — Фореля, Хитцига, Гуддена. Правда, его лекции и клиническая практика в большинстве случаев ценились теми, которые по своей природе проявляли интерес к психологии или уже получили подготовку по психиатрии. Поскольку Блейлер никогда не устраивал так называемую сенсационную клиническую практику, для него было важно обучать основному, главному, прежде всего, правильному обследованию и наблюдению; он, например, часами мог демонстрировать, как правильно проводится проверка умственных способностей. Но на своем “психиатрическом семинаре”, перед группой избранных, он мог остроумно, всегда чрезвычайно живо и метко высказать свое мнение об актуальных проблемах психиатрии и родственных наук”.

Столь же позитивно академического преподавателя Ойгена Блейлера изображает Я. Клези (1956): “Образ самобытного, добросердечного, жизнелюбивого,

заслужившего мировую славу, глубоко укорененного в народе и кантоне врача и ученого был бы неполным, если бы не была упомянута его педагогическая деятельность. Он обладал совершенно лишенной пафоса, даже безыскусной манерой изложения, однако, так ясно и логично выстраивал все вплоть до мельчайших подробностей, побуждал к размышлению и обязывал высказывать свою точку зрения, что он был одним из самых любимых и прославленных доцентов. Точно так же он никогда не приходил неподготовленным, как бы хорошо он не знал обсуждаемый материал и представляемых больных, и студенты по праву расценивали это как дружеское внимание, как уважение к их усердию и почтению к молодежи”.

Фон Муральт, кажется, единственный, кто письменно критически отзывается о блейлеровских лекциях (1946), которые — в отличие от форелевских — были чересчур привязаны к диагнозу и вопросу “шизофрения или нет?”. “У Фореля каждая клиническая лекция была событием, пациент как человек помещался в центр внимания. Форель пытался сделать его болезнь понятной, исходя из его наследственной отягощенности, его семейной среды, его образа жизни, его любовных, супружеских и профессиональных конфликтов, его экономического положения. Академическая лекция превращалась порой в пламенную обвинительную речь против неурядиц времени. Только незадолго до конца — в отсутствие пациента — в каждом случае поднимался вопрос диагноза, приблизительно в таком роде: “Мы ведь должны дать ребенку также и имя, определенный порядок внутри наших клинических случаев, конечно, полезен. Стало быть, на этот раз мы можем, поскольку преобладают идеи преследования, говорить о паранойе, но, пожалуйста, мои дамы и господа, не придавайте чересчур большого значения этим ярлыкам!” У Блейлера всегда речь в первую очередь шла о вопросе диагноза, и многие лекции сводились к решению несущественного вопроса: это *dementia praecox* (позже шизофрения) или нет?”

Также Блейлер должен был проводить экзамены, осуществлять научное руководство и экспертизу докторских диссертаций. К примеру, докторскую диссертацию у Блейлера в 1902 году защитил К. Г. Юнг, в 1911 году — Сабина Шпильрайн, в 1912 году — Роршах, в 1928 году — его сын Манфред. Список диссертаций и реабилитаций, защищенных во времена Блейлера, дан в приложении.

В 1902 – 1904 годах Блейлер был деканом медицинского факультета, в 1924 – 1926 годах — ректором университета. Первая ректорская речь “Психическое в телесных функциях и в развитии видов” показывает близость автора к его книге “Естественная история души” (1921). Вторая ректорская речь “Этика, вера, знание” (1925) отсылает уже к позднему сочинению, посвященному биологистическому выведению этики и морали.

Специальные публикации Ойгена Блейлера

Блейлер публиковался, еще будучи студентом. Тогда не проходило года без того, чтобы не вышла публикация (обычно несколько). Блейлер затрагивал многие темы, особенно часто: шизофрения (с его главным трудом 1911 года), психопатология (аутизм, амбивалентность), практические проблемы ранней выписки, внеклиническое обслуживание (семейное попечение), судебная экспертиза, проекты общей психологии, вопросы этики и морали, даже оккультизма. Учебник психиатрии (первое издание — 1916 год) — как формирующую многих врачей работу — можно выделить особо. Труд 1911 года, посвященный шизофрении, остается поворотным пунктом в истории психиатрии. Манфред Блейлер (1988) писал по поводу возникновения этой части руководства: “Вскоре после своего переселения в Бургхольцли Блейлер получил просьбу Ашаффенбурга из Кельна написать для задуманного большого руководства по психиатрии том о “*dementia praecox*”. Ашаффенбург дал ему это задание потому, что Блейлер еще в 1902 году проявил себя в одной публикации по поводу крепелиновского понятия “*dementia praecox*”, а именно, преимущественно в одобрительном смысле. Блейлер обрадовался возможности представить в книге свой так тщательно накапливаемый опыт. Он принял поручение вопреки уже существующей перегруженности работой и зная, что он в любом случае не получит никакой бюролистической помощи. Чтобы работать над книгой, на выходные дни он часто, с тяжелым рюкзаком, полным бумаг, пешком отправлялся в отчий дом в Цолликоне, где один-два дня мог спокойно писать”.

Прощальная речь (1927): скромность и пессимизм

В своей прощальной речи (1927) по поводу своей отставки как директора и ординарного профессора в 1927 году Блейлер оценивает результаты своей деятельности в Бургхольцли весьма критически и с толикой социал-дарвинизма: “Тогда ведь я в больнице для неизлечимых (Райнау) в течение 12 лет предавался отчаянному труду, сохраняя жизнь идиотам и неизлечимым галлюцинантам, первым — для мучения других людей, последним — для мучения к тому же самих себя! В “Бургхольцли” я вновь приложил усилия к тому, чтобы, по возможности, в известной мере усмирить или воспитать многих шизофреников, чтобы часть их женилась и, тем самым, получила все возможности для того, чтобы сделать несчастными супругов и грядущие поколения”.

Зато как на заслугу Блейлер указывал на свое участие в борьбе против алкоголизма, которую он сам безуспешно осуществлял и в которой содействовал другим. Намного лучше то, что извлек из этой прощальной речи Хеберляйн (1939): “В своей незабываемой

мой прощальной лекции бывший ректор цюрихского университета попытался дать оценку труду всей своей жизни. Он сделал это, представив себе, как некогда его ожидает то, что он “в не столь уж далеком будущем однажды прибудет к вратам небесным и должен будет в привратничкой сдавать приемный экзамен”. Похвальба своими научными заслугами не принесет ему тогда много пользы, скорее, может быть, сгодится активная работа в лечебном заведении для алкоголиков в Элликоне. “Он, судья мира, — сказал прощающийся своим студентам, — который, конечно, только сострадательной улыбкой встретил бы упоминание о немного веселой науке, которой я занимался, науке с ее человеческими заблуждениями и человеческими фантазиями, и точно так же, вероятно, оценивал бы мою заботу о безумных с ее несомненными успехами, борьба против алкоголизма, которая будет чем-то, вероятно, не искупит моих грехов, но его доброта послужила бы предлогом не выпроваживать меня. Да, я так высокомерен, мне представляется, что затем он намекает святому Петру, что хотел бы рядом с большими вратами, куда вступают под звуки литавр и труб, открыть для меня маленькую щель, так что такой, как я, мог бы как раз проскользнуть туда”.

После отставки: старение и смерть

После своей отставки с поста директора клиники Ойген Блейлер, прежде всего, посвятил себя амбулаторной деятельности. Он лечил, в основном, больных шизофренией и также публиковал дальнейшие мнения относительно этого заболевания. В старости его очень занимал вопрос о биологических основах человеческой психической жизни. При этом, в особенности, он был под впечатлением от учения так называемого мнемизма Геринга и Семона. Он оставался верен своей естественнонаучной вере в прогресс, которая наметилась еще в его юности и теперь выводила свое позднее письмо. Он понимал душу (Psyche) как специализацию функций, которые присущи всякой жизни и которые он называл “психоидами”. Также, далее, Блейлер считал своим долгом “распространить для духовной гигиены в народе” свои психиатрические опыты и выходящие из них следствия (М. Блейлер, 1951).

Когда в феврале 1939 года К. Колле посетил Ойгена Блейлера, то был впечатлен его бодрым, внимательным и заботливым присутствием. “Маленький, хрупкого телосложения человек с выразительным лицом был духовно заряжен энергией вплоть до своих последних дней”.

Р. Гаупп (Тюбинген) в 1940 году писал с глубоким уважением. “Его пылкий ум, его твердая воля к истине оставались несокрушимыми вплоть до последних часов его жизни. Когда он с полным пониманием почувствовал приближение смерти, когда нарастаю-

щая слабость ежечасно затуманивала его сознание, когда делирии время от времени покоряли его дух, он описывал в отвоеванные последние часы ясного мышления переживаемое своеобразие этих агональных делириев. Подобно древнему мудрецу он умер в конце большой жизни, до последнего занимаясь проблемами своей науки”.

Со смертью завершается круг жизни этого трудолюбивого человека, который старательно, как муравей, возводил сооружение своего труда, который прилежно, как пчела, добывал мед из своих встреч с людьми, пациентами и другими. Работа, труд до последнего, созерцание и систематизация были спинным хребтом его жизни.

Жизнь — это активность, движение в плавании и дрейфование взад и вперед в потоке, который бесконечно уходит за пределы отдельных людей. В труде человек может себя осуществить. Но также работа может превратиться в “алиби” перед самим собой. Эрхарт Кестнер написал по этому поводу в своей рефлексии о затворничестве (1956, 160): “... предстать перед пустотой (dem Leeren) ... без рассеивания, без алиби, которое предоставляет работа, без пафоса призвания, без опьянения достижениями, без удовлетворения, которое называют “трудом”, без успеха, который, конечно, всегда есть самооправдание ...”

Прилежная инкорпорация, наверно, является благоприятным антидотом против излишка интроспекции. Изоляция человека во властной позиции таит угрозу ограждения от социальных корректив и саморелятивизации — и она всегда равным образом означает самоограничение, осмотрительность по отношению к убеждениям, достоверностям, идеологиям. Когда они конформны духу времени, они распознаются с трудом или вовсе не распознаются как таковые, но ложно и в самодовольном тоне доброй воли и знания распространяются как учения для народного здоровья.

В смерти эта жизненная форма Ойгена Блейлера вернулась назад: жизнь, которая породила его как индивидуума, конечный результат филогенеза от протоплазмы вплоть до “людей, стоящих на вершине мыслительных способностей”, этот жизненный поток вновь поглотил его, человека, которого разделение (диссоциация, сепарация, аутизм) всю жизнь толкало на поиск “ассоциации”, синтеза, соединения в одном. Это была великая, мощная, творческая жизнь, породившая в цепи сущего все существа вплоть до человека. Для него это было высоким званием, которому он по-своему служил. В этом смысле этот человек, который считал аутистическими веру, представление о Боге, религию, был все же религиозен в осуществлении жизни — в смысле чувства личной ответственности за эту жизнь.

Перевод П. Ю. Завитаева

Откровенные признания

К 100-летию юбилею Центра им. В. П. Сербского, это знаменитое своей недоброй славой учреждение, поглотившее два года назад Московский НИИ психиатрии и Национальный наркологический центр, готовит сюрприз: **открытие мемориальной доски памяти акад. Г. В. Морозова** к его собственному 100-летию. Устранённый в 1988 г. с поста председателя Всесоюзного общества психиатров и невропатологов, а в 1990 г. с поста директора Института судебной психиатрии им. В. П. Сербского, но оставленный не только почетным директором, но еще и руководителем темы истории института! Т.е. весь период послушного исполнения андроповского курса на дискредитацию правозащитного движения объявлением их участников психически больными, бойкотируемый WPA, АРА и другими обществами, он памятен широкой правозащитной общественности России и стран бывшего СССР и международного профессионального сообщества психиатров как символ использования психиатрии в политических целях, превративший советскую судебную психиатрию в пугало. Предпринимаемая акция — воскрешение худшего в отечественной психиатрии, заведомо будоражащего его, уже не пытающегося забыть, исправить а только переименовать в русле курса экс-министра Медынского, отвергнутого научным историческим сообществом, но ставшего советником президента по этой проблематике, руководителем Военно-исторического общества, которое не поколебало дело убийцы-расчленителя.

Предстоящее сокращение психиатрии

В ходе “оптимизации” уже идет перепрофилизация узких специалистов во врачей общей практики, т.е. в научном отношении их примитивизация. Необходимы те, и другие, но бюджету первые обходятся дороже.

Прежний запрет выписывания психотропных средств врачами общей практики давно нарушался не только многими рядовыми врачами, но и масштабно акад. А. Б. Смулевичем, открывшим этот шлагбаум по примеру Запада. Это далеко не однозначная вещь. В небольших дозах это оправдано, но чревато не только их превышением и вообще неадекватным применением, но и снижением обращаемости к психиатрам и без того низкой из-за боязни социальных последствий. В результате, инициальные, стертые и маскиро-

ванные формы психических расстройств будут упускаться из вида или лечиться неадекватно.

Наконец, это неизбежно приведет к сокращению числа психиатров и снижению их уровня, закрепляемое экономическими соображениями. Вопреки всем этим наперед общепонятным соображениям **готовится законопроект, легитимизирующий это нововведение**, хотя его опережающее осуществление уже показало однозначно отрицательный результат с точки зрения потребителей, особенно провинции. Но кто же с этим считается и из этого исходит. На обсуждение этого законопроекта НПА не допустили! Опять-таки саморазоблачительное действие в духе общей стилистики действий власти задолго до изменения Конституции.

“Главное — показатели!”

Небольшая Московская ассоциация узников еврейских гетто и концлагерей, в членах которой есть и врачи, за период эпидемии COVID-19 потеряла 14 членов, в частности известного детского психиатра Лидию Яновну Висневскую-Лупандину 04.02.21.

Среди ушедших крупный организатор Олимпийских игр, автор фундаментальной книги об этом Олег Александрович Мильштейн, умерший 01.01.21 от COVID-19. В течение последних двух лет этот прекрасно сохранившийся, очень живой доброжелательный талантливый человек, живший со своим сыном, нередко попадавшим в ПБ, пытался вывезти его в Израиль, где реабилитационная и призрачная служба одна из лучших. Однако никакие доводы этого опытного переговорщика, никакие просьбы и гарантии лично с моей стороны, как члена этой организации, поддержанные разными инстанциями, не повлияли на главного психиатра Москвы и главного врача ПКБ № 1 им. Н. А. Алексеева Г. П. Костюка, в прошлом главного психиатра Балтфлота — никаких индивидуализаций, никаких исключений, отступлений от жестко формально выстроенного на военный лад конвейера сокращения числа стационарных больных, часто поступающих в ПБ, посредством перевода их в психоневрологические интернаты, подведомственные другому министерству, что улучшает отчетность. В результате сломаны две конкретные судьбы, где были реальные шансы поступить элементарно по-человечески. И это — увы! — далеко не редкий случай.

Так Москва, с ее на порядок большими возможностями, готовит образец для финансово бедной про-

винции, регионы которой еще только изумляются этими контрастами.

“Может быть, правозащитники в самом деле сумасшедшие?”

Нам пишут наши пациенты, которые называют пациентами не себя, а в полном единомыслии еще с советскими властями, правозащитников, устроителей митингов и шествий, которые демонстрируют “полную необучаемость”, “патологическое упорство” и “несознательность”, в силу попыток разговаривать с силовиками на непонятном для них языке, стелясь под их шаблоны собственными шаблонами. Журналисты выпрашивают активистов протеста об их планах, а те открыто рассказывают о них, тупо не используя белорусский опыт. “Так кто из нас псих или дурак? — Мы или эти, возомнившие себя умнее власти пижоны?” “Им что в детстве о колобке не читали?”. И рекомендуют много чего в самом деле оригинального. Например, собираться в неожиданном месте или во множестве разных мест, а в открыто объявленное место отправлять отряд из людей, килограмм по 120, чтоб не пролезал в дверь автозака, не шел, куда скажут, говоря на тарабарском языке, “ломал комедию”, превращая все в карнавал. Народный креатив, тем более, нашего толка, бесконечен.

Нельзя отказать ему в остроумии выдумок и великодушном отказе от авторского права, что — впрочем — совпадает с нашим обязательством медицинской тайны.

Уже давно многим представляется, что мир перевернулся. Вспоминается старая карикатура: изящный аристократ в качестве официанта, в лакейской позе обслуживает столик, за которым сидят кабаны и свиньи.

Может быть, авторы писем правы? И правозащитники давно поменялись с ними местами, не замечая этого? Понимая досаду, нетерпение, наивное прямодушие и пафос авторов этих писем, мы отвечаем им примером самого яркого и тщательно исследованного дела генерала Петра Григоренко, одного из лидеров правозащитного движения, объявленного сумасшедшим и одновременно грубо наказанного, вопреки элементарной логике и праву. На опыте собственной, захватывающе написанной автобиографии, генерал обосновывает решительные преимущества “борьбы с открытым забралом”, что выражено в самом названии его книги — “В подполье можно встретить только

крыс”. Завоевать народное доверие можно только открытой, прозрачно ясной этической политикой.

Конечно, у всех перед глазами пример Г. Явлинского, превосходного идеолога, но провального политика из-за его принципиального пуризма, отказа от блока в определенные периоды с другими оппозиционными силами. Конечно, это не только его личная, а давно коллективная ответственность партии за ее рейтинг.

Тревожная информация

06.02.21 на сайте Feigin-Live появилась запись обсуждения темы “Оккультизм в Кремле” в составе руководителя сайта Марка Фейгина, проф. Валерия Соловья и Андрея Космача, из которого явствует, что это явление, памятное нам с позднесоветских времен, пережившее расцвет 90-е гг., переживает его снова — примета тотального кризиса. Характерно, что это, как и тогда, затронуло правящую верхушку, у которой оно, начавшееся как мода, превратилось у одних в зависимость, у других, как удобная ширма манипулирования.

Для психиатра это издавна знакомая сфера, в силу сходства мистических, оккультных явлений с бредовым настроением, как предиктора возможного психического расстройства, которое у руководства исполнительной и судебной власти не подлежит медицинской тайне, так как в их распоряжении судьбы людей. Хорошо известно, что бредовое настроение, классическая психопатологическая работа о котором Х. Лопес-Ибора ст., была опубликована в НПЖ (2006, 4, 12 – 20), может выступать в маскированной форме, облакаясь религиозной и квазирелигиозной, обрядово-ритуальной, оккультной, архаически квазинаучной, парапсихологической, гадательной и предсказательной внешностью. Этому содействуют стимуляторы, алкоголь, наркотики.

Все это чревато парадоксальными непредвиденными решениями и действиями, нередко деструктивными, особенно в условиях вседозволенности. Не все знают, какие огромные средства крутятся в этой сфере, как игнорируются экспертные решения Комиссии по лженауке Академии наук РФ, как тесно связано это с высокими этажами власти и каков размах этой распутищины. И какова, например, судьба чемоданов с кокаином в дипломатической почте из Южной Америки?

Заключительный этап региональных семинаров НПА России по мониторингу психиатрических стационаров

28 – 29 ноября 2020 года в Санкт-Петербурге состоялся семинар для членов ОНК Северо-западного федерального округа на тему “Основы общественного контроля за обеспечением прав человека в психиатрических лечебных и экспертных учреждениях”. Семинар проводился по инициативе Независимой психиатрической ассоциации России (НПА), и в нем приняли участие члены ОНК практически всех регионов Северо-Запада: Вологодской, Псковской, Мурманской, Калининградской, Архангельской областей, Республики Карелия, Республики Коми и Санкт-Петербурга. В каждом из этих регионов есть психиатрические стационары, которые члены ОНК вправе посещать для проведения общественного контроля за соблюдением прав человека.

На семинаре был представлен региональный опыт работы ОНК в психиатрических учреждениях, пока что не очень обширный в связи с ограничениями, налагаемыми пандемией. Однако, эту вынужденную паузу члены ОНК используют для повышения квалификации.

Так, на семинаре были рассмотрены права граждан с психическими расстройствами и основания для применения недобровольных мер в психиатрии. Отдельное внимание было уделено и принудительному лечению, трудностям, связанным с судебным контролем продления такого лечения, доступа пациентов к квалифицированной юридической помощи.

Эти проблемы обсуждались с учетом практики Конституционного Суда Российской Федерации, Европейского Суда по правам человека и Комитета по правам людей с инвалидностью ООН. В рамках практической работы были разобраны и несколько типовых ситуаций, для которых участники семинара предлагали алгоритмы действий членов ОНК, например, в случае чрезмерного применения силы к пациенту и мер стеснения. Участники смогли опробовать в ходе практической работы методологию и карты наблюдения, разработанные экспертами НПА.

Состоялся важный разговор с главным врачом психиатрической больницы № 2 Святого Николая Чудотворца А. П. Отмаховым о системе оказания психиатрической помощи в Санкт-Петербурге, сложностях, которые видят медицинские работники, и перспективных направлениях сотрудничества с ОНК. Одна из очевидных проблем — это несоответствие реальной жилой площади пациента принятым стандартам, связанная с тем, что большинство психиатрических стационаров находится в зданиях, построенных в XIX – XX веке, представляющих архитектурную ценность. Такие здания перестраивать нельзя, а во время их строительства санитарно-эпидемиологические правила и нормы были совершенно другими.

Обсуждалась и проблема длительного нахождения в психиатрических стационарах пациентов, которые больше в стационарном лечении и наблюдении не нуждаются. Но по-прежнему находятся там исключительно потому, что в обществе отсутствуют условия для их интеграции и самостоятельной жизни с необходимой поддержкой и уходом.

В мероприятии принял участие начальник аналитического отдела Аппарата Уполномоченного по правам человека Санкт-Петербурга К. Е. Шарьгин, который представил свой взгляд на проблемы с соблюдением прав человека в психиатрических стационарах, привел примеры поступающих к Уполномоченному жалоб от пациентов. У членов ОНК Петербурга и Аппарата Уполномоченного по правам человека налажено взаимодействие, они проводят совместные мониторинговые визиты, в данный момент они совместно работают над устранением препятствий общественному контролю в период действия карантинных мер.

Кроме новых знаний и навыков члены ОНК получили редкую возможность познакомиться с коллегами из близлежащих регионов, наладить взаимодействие по разным направлениям работы, что является необходимым условием для успешной работы, как по психиатрическим стационарам, так и по учреждениям системы ФСИН.

Следующий семинар был организован 16 – 17 декабря в столице Татарстана. В нем участвовали 20 членов ОНК и сотрудников аппаратов уполномоченных по правам человека из республик Татарстан, Марий Эл, Удмуртия, Ульяновской и Кировской областей. Ведущими семинара были председатель региональной общественной организации “Профилактика и инициатива”, член ОНК Республики Татарстан Альберт Якубович Зарипов, исполнительный директор Независимой психиатрической ассоциации России Любовь Николаевна Виноградова и общественный помощник уполномоченного по правам человека в Свердловской области Дмитрий Анатольевич Халяпин.

Семинар начался с введения в тему — “Деятельность ОНК в психиатрических учреждениях: основы контроля, возможности и ограничения, специфика по сравнению с местами лишения свободы”. Участникам разрешили задавать вопросы по ходу выступления докладчика и, хотя это увеличило длительность этого заседания, но зато все смогли получить ответы на интересующие их вопросы, и секция превратилась в интерактивное обсуждение деятельности ОНК в психиатрических учреждениях.

Затем участников познакомили со спецификой психиатрических больниц, разными типами отделений и режимов содержания, основами общения с пациентами и работой с их медицинскими документа-

ми, особенностями экспертных отделений. Отдельно разбирались вопросы о взаимодействии с администрацией психиатрических стационаров, органами здравоохранения, уполномоченными по правам человека, адвокатами и родственниками пациентов.

И, конечно, значительная часть семинара, была посвящена практической работе: планированию визита, распределению обязанностей внутри команды, заполнению карты мониторинга и составлению заключения по результатам визита. А. Я. Зарипов поделился своим опытом посещения психиатрических больниц, в том числе психиатрической больницы специализированного типа с интенсивным наблюдением в Казани, а Д. А. Халяпин рассказал о судебно-психиатрических экспертных отделениях в Свердловской области. Участники проанализировали и дали свою оценку представленным им видеоматериалам и наметили план работы на ближайшее время. Было высказано пожелание провести через 2 – 3 месяца еще один семинар для обсуждения с экспертами полученных результатов наблюдений.

Семинар “Основы мониторинга соблюдения прав человека в психиатрических больницах и экспертных отделениях”, состоявшийся в столице Сибири г. Томске 21 декабря 2020 г., завершил осенний марафон региональных семинаров для членов ОНК и сотрудников уполномоченных по правам человека¹. В семинаре участвовали 17 общественных наблюдателей из Томской, Омской, Новосибирской областей и Алтайского края. Семинар проходил в Конгресс-центре Академгородка, построенного в 1970-е годы в живописном месте для советских ученых, и участники смогли сполна насладиться красотой сибирской природы, чистым воздухом и трескучими морозами. Занятия проходили в “Каминном зале”, который выходил в зимний сад, расположенный в центре здания. Когда-то постоянно наполненный людьми, Конгресс-центр выглядел пустынным и заброшенным, однако участники не скушали и провели два дня в продуктивных дискуссиях.

Аудитория оказалась неоднородной, присутствовали как опытные члены ОНК, так и те, для кого все было внове. Поэтому ведущий семинара региональный координатор проекта Геннадий Николаевич Постников начал семинар с лекции по основным понятиям концепции прав человека, а также стандартам их соблюдения. Доцент ИПК ФСИН России А. А. Павленко рассказал о нормах международного законодательства по содержанию лиц, находящихся в местах принудительного содержания, а преподаватель Новосибирского государственного университета Ю. К. Бабенкова — о соответствии российского законодательства, регулирующего права лиц с психическими

расстройствами, международным стандартам и решениям ЕСПЧ. Исполнительный директор НПА России Л. Н. Виноградова напомнила присутствующим о принципиальном различии между лицами, находящимися в системе исполнения наказаний, и теми, кому суд заменил уголовное наказание на принудительное лечение. Все они, включая лиц, содержащихся в психиатрических больницах специализированного типа с интенсивным наблюдением, имеют статус пациента и, соответственно, пользуются всеми правами, которые указаны в ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” и Законе “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”. Она рассказала о недобровольных мерах в психиатрии и объяснила, как нужно работать с медицинской картой пациента, если он дал согласие на ознакомление с нею.

Председатель ОНК Томской области Иван Анатольевич Шевелев рассказал о продуктивном сотрудничестве с уполномоченным по правам человека и совместных посещениях Томской областной психиатрической больницы. Он также провел практическое занятие по работе с картой мониторинга, отметив пользу ее применения при посещениях психиатрических больниц и экспертных отделений и представив участникам семинара заполненный вариант карты, что позволило всем понять, как ее нужно использовать.

Присутствующие задавали много вопросов, вносили свои предложения по разрешению конкретных ситуаций, которые обсуждались в процессе практической работы. Лидеры движения общественных наблюдателей Томской области планируют провести аналогичные семинары и в других регионах Сибирского федерального округа, чтобы можно было впоследствии организовать мониторинг соблюдения прав человека в психиатрических лечебных и экспертных учреждениях по единой схеме.

Все участники семинаров получили брошюру “Основы общественного контроля за обеспечением прав человека в психиатрических стационарах и экспертных учреждениях”, которая является практическим пособием для осуществления общественного контроля.

Таким образом, с учетом семинаров, проведенных в октябре-ноябре 2020 г.², НПА подготовила к проведению общественного контроля за обеспечением прав человека в психиатрических стационарах и экспертных отделениях 137 членов ОНК и сотрудников уполномоченных по правам человека из 37 регионов страны. Это хорошая основа для начала этой важной и трудной работы.

Л. Н. Виноградова

¹ См. НПЖ, 2020, 4, 85 – 88.

² См. НПЖ, 2020, 4, 85 – 88.

Взаимодействие ОНК и сотрудников психиатрических стационаров: что важнее — безопасность или соблюдение прав человека?

23 декабря в Томске состоялся круглый стол «Актуальные аспекты осуществления общественного контроля за соблюдением прав человека в психиатрических стационарах СФО». Он стал завершающим в череде подобных мероприятий в рамках проекта по подготовке членов ОНК к работе в психиатрических стационарах.

Круглый стол получился очень представительным, в нем приняли участие члены ОНК Томской, Омской и Новосибирской областей, Алтайского края, Уполномоченный по правам человека Томской области, эксперты медицинского сообщества, в частности, главный врач Томской психиатрической больницы, а также деятели науки. Благодаря такому широкому представительству, участники Круглого стола имели возможность обсудить вопросы общественного контроля в сфере психиатрии с самых различных сторон. И это было особенно важно — услышать друг друга, понять, что, в конечном итоге, работа каждого — не контролировать друг друга, а помогать друг другу в деле соблюдения прав пациентов.

В Круглом столе, помимо участников «офлайн», были и онлайн-участники, которые имели возможность выступать, участвовать в дискуссии и задавать вопросы, в том числе в чате. И, надо, сказать, они этой возможностью активно пользовались. Новые технологии позволили существенно расширить число участников Круглого стола и его географию (например, онлайн присутствовали члены ОНК Ямало-Ненецкого и Ханты-Мансийского АО).

Круглый стол открыли Е. Г. Карташева, Уполномоченный по правам человека в Томской области, В. А. Уткин, директор Юридического института ТГУ, председатель Общественной палаты Томской области, и Г. Н. Постников, координатор проекта в СФО, председатель Президиума ТРО ООО «Совет ОНК». Затем Л. Н. Виноградова, исполнительный директор НПА России, рассказала участникам Круглого стола о целях и задачах проекта, регионах и этапах его реализации.

Уполномоченный по правам человека в Томской области Е. Г. Карташева, сообщила о своем опыте мониторинга соблюдения прав человека в психиатрических стационарах совместно с членами ОНК, обрисовала круг проблем, с которыми они столкнулись в ходе посещений. В частности, особенно она отметила сложную ситуацию с осведомленностью пациентов о существующих у них правах и способах их защиты. Также Елена Геннадьевна обратила внимание аудитории на проблему получения пациентами бесплат-

ной квалифицированной юридической помощи и существующую даже в юридическом сообществе стигматизацию людей с психическими расстройствами. Этот вопрос вызвал активное обсуждение участников Круглого стола.

С. М. Андреев, главный врач Томской клинической психиатрической больницы в своем выступлении рассказал о восприятии общественного контроля медицинским сообществом, поделился своим опытом взаимодействия с членами ОНК и Уполномоченным по правам человека. Для членов ОНК было важно услышать мнение эксперта «по ту сторону баррикад», чтобы в конечном итоге в ходе общей дискуссии прийти к пониманию позиций друг друга и определить принципы взаимодействия.

Круглый стол прошел очень оживленно и позитивно, в атмосфере доброжелательности и готовности выслушать и понять друг друга, что имеет огромное значение для будущей работы в сфере общественного контроля. Участники в очередной раз подтвердили, что вся их деятельность осуществляется, прежде всего, в интересах пациента.

«Проблемы соблюдения прав человека в психиатрических учреждениях» — так назывался круглый стол, организованный в Костроме АНО «Гражданский контроль-НН» и Независимой психиатрической ассоциацией России. Круглый стол прошел 17 февраля 2021 г. в отеле «Волга» и собрал 18 человек из 5 регионов страны. Помимо костромичей здесь были члены ОНК и представители уполномоченных по правам человека из Ивановской, Кировской, Ярославской и Нижегородской областей. Это был очередной в серии региональных круглых столов, направленных на обсуждение механизмов взаимодействия между руководством психиатрических стационаров, уполномоченными по правам человека и членами общественных наблюдательных комиссий в свете их новых полномочий, а также на привлечение внимания к первым результатам общественного контроля психиатрических стационаров и экспертных учреждений. В Костромской области 2 крупные психиатрические больницы — областная психиатрическая больница и больница специализированного типа с интенсивным наблюдением. Представители обеих были на круглом столе и рассказали о том, как в их больницах соблюдаются права пациентов. Конечно, для того, чтобы это проверить, туда должны прийти независимые наблюдатели, однако пока члены костромской ОНК не посещали эти учреждения.

Костромская ПБСТИН расположена в 28 км от Костромы в поселке Березовая роща и ведет свою историю с середины прошлого века, когда на базе исправительно-трудовой колонии была организована психиатрическая больница для осужденных. Впоследствии на превратилась в психиатрическую больницу специального (тюремного) типа, а с 1989 г. передана в ведение Министерства здравоохранения СССР, а затем России и функционирует как психиатрическая больница специализированного типа с интенсивным наблюдением. Она рассчитана на 300 коек и принимает психически больных, представляющих по своему психическому состоянию и характеру содеянного особую опасность для себя или других лиц, из 4-х регионов страны (Костромская, Ивановская и Владимирская области и Республика Коми). Охрану осуществляет специальное подразделение ФСИН. Как рассказал заместитель главного врача, начальник медицинской части ПБСТИН Алексей Валерьевич Бродов, который работает в этом учреждении уже 20 лет, в больнице всегда уделялось большое внимание вопросам соблюдения прав пациентов и поддержанию и восстановлению их социального статуса, для чего создана специальная социальная служба. Средний срок нахождения пациентов в больнице 5–7 лет, и руководство больницы ходатайствует перед губернатором о строительстве трудовых мастерских, чтобы организовать терапию занятостью. Бытовые условия не слишком комфортные. В туалетах — чаша Генуя, пациентов выводят строем под охраной несколько раз в день. Душевых комнат нет, пациенты могут пользоваться только ножными ваннами в туалетах и баней один раз в неделю. Курение строго запрещено, и по утверждению А. В. Бродова пациенты не только не жалуются, но даже благодарят за заботу об их здоровье. Руководство больницы внимательно изучило приказ МЗ РФ о порядке посещения психиатрических больниц специализированного типа с интенсивным наблюдением членами ОНК и не видит никаких препятствий для его выполнения.

В Костромской областной психиатрической больнице есть весь спектр различных отделений: и отделение неврозов, и общепсихиатрические, и противотуберкулезное, и детское, и даже наркологическое. Здесь проводят и амбулаторные, и стационарные судебно-психиатрические экспертизы, есть отделение специализированного типа для принудительного лечения. Пациенты, которым судом назначено принудительное лечение в стационаре общего типа, разбросаны по отделениям, сгруппировать их в одном отделении не удастся. Больничные постройки датируются 1908–1912 годами, и износ некоторых зданий составляет 100 %. Пришлось вывести пациентов из этих зданий, и в результате в больнице сократилась жилая площадь на одного пациента. В больнице есть отделение трудотерапии. Пациенты занимаются уходом за животными и работают на посевных площа-

дах. Главный врач Костромской областной психиатрической больницы Игорь Вадимович Ювенский одновременно является главным внештатным психиатром области и имеет свое мнение по поводу развития отечественной психиатрии. Он, так же как начальник медицинской части ПБСТИН А. В. Бродов, открыт для взаимодействия с гражданским обществом и готов принимать членов ОНК.

Представители Ивановской, Ярославской и Кировской областей поделились своим опытом общественного контроля психиатрических стационаров, а директор Института прав человека В. М. Гефтер рассказал о первых результатах общественного контроля в Москве и Московской области.

Круглый стол стал важным этапом в установлении взаимодействия между костромскими психиатрами и общественными наблюдателями. По крайней мере, они познакомились друг с другом и наметили план посещений.

А 4 февраля 2021 г. круглый стол для представителей органов здравоохранения, аппаратов уполномоченных по правам человека и членов ОНК Центрального федерального округа состоялся в **Москве**. Он проводился по инициативе Независимой психиатрической ассоциации России при поддержке Уполномоченного по правам человека в городе Москва. Организаторы мероприятия поставили перед собой и участниками амбициозную задачу — разработать механизм взаимодействия между членами ОНК, сотрудниками аппаратов уполномоченных по правам человека, руководством психиатрических учреждений и органов управления здравоохранением для обеспечения эффективного контроля за соблюдением прав человека в психиатрических лечебных и экспертных учреждениях.

Изменения в закон “Об общественном контроле”, давшие право членам ОНК наконец войти в столь закрытую прежде систему психиатрической помощи, были внесены еще в 2018 году, однако далеко не во всех регионах России члены ОНК смогли этим правом воспользоваться. Минздрав России лишь в 2020 году двумя своими приказами утвердил порядок посещения членами ОНК психиатрических стационаров общего и специализированного типа, а также специализированного типа с интенсивным наблюдением.

Непростую ситуацию осложнили пандемия и введенный карантин, которые на несколько месяцев положили конец начавшимся было посещениям. Тем не менее, процесс общественного контроля за соблюдением прав человека в психиатрических стационарах был запущен, и в феврале, все еще в онлайн режиме, представители общественных наблюдательных комиссий, аппаратов Уполномоченных по правам человека и психиатрических стационаров Центрального федерального округа встретились, чтобы обсудить первые его итоги и попытаться выстроить такой механизм взаимодействия, который был бы удобен всем

сторонам, помня при этом, что во главе угла стоят права и интересы пациента.

В Круглом столе приняли участие 37 человек, он прошел в формате небольших докладов и активных дискуссий.

В первой части Л. Н. Виноградова, исполнительный директор НПА, дала небольшую справку о нормативной базе общественного контроля в системе психиатрической помощи. Она отметила, что “для того, чтобы общественный контроль был эффективным, должно быть движение с двух сторон”. Участники круглого стола согласились с тем, что общественные наблюдатели должны знать и понимать специфику осуществления контроля в психиатрических стационарах, но при этом и руководство стационаров должно готовить и персонал больницы, и пациентов к визиту наблюдателей.

Во втором блоке обсуждения Э. С. Павлова, консультант Отдела по содействию защите прав и свобод граждан Аппарата Уполномоченного по правам человека в г. Москве рассказала об опыте совместных посещений психиатрических стационаров представителями УПЧ и членами ОНК. Представители УПЧ регионов Центрального Федерального округа также поделились своим опытом подобного сотрудничества. Оказалось, что в некоторых регионах такие посещения осуществлялись и до того, как они были законодательно урегулированы, и круг посещаемых объектов был даже шире, чем тот, что прописан в нынешней редакции закона “Об общественном контроле”. Замечателен пример Брянской области: в круглом столе она была представлена сотрудниками аппарата УПЧ, членами ОНК и главврачом областной психиатрической больницы, которые уже давно образовали, можно сказать, команду по контролю за соблюдением прав человека в психиатрических стационарах области. В некоторых регионах подобное взаимодействие носит неформальный характер, в других — наоборот, например, в Москве УПЧ в марте 2020 года заключил Соглашение о сотрудничестве с ОНК г. Москвы. Участники круглого стола пришли к выводу, что такая синергия позволяет взглянуть на проблемы с разных сторон, а значит, найти их наиболее эффективное решение.

В следующем блоке Круглого стола слово взяли представители ОНК, которые поделились своими впечатлениями от состоявшихся посещений психиатрических стационаров и первыми выводами о существующих проблемах. М. Литвинович, член ОНК Москвы, рассказала, что встретила с разными реакциями

системы психиатрической помощи на вторжение чужаков. Иногда члены ОНК воспринимались именно так, и врачи не скрывали своего отношения. “Я психиатр старой школы и не понимаю, как вообще кого-то со стороны можно пускать в больницу”, — нас встречали и такими словами, говорит Литвинович. “А однажды, когда мы пытались главному врачу донести информацию о тех нарушениях, которые, по нашему мнению, нужно устранить, он попросту от нас сбежал”, — рассказала Марина. И эта реакция понятна, ведь врачи работают в достаточно закрытой системе, у них другие приоритеты. Но ценность сторонних наблюдателей в том, что они, не будучи людьми системы, обращают внимание на вещи, которые сотрудники наблюдают годами и не считают чем-то неправильным. Члены ОНК поделились основными проблемами, на которые они бы хотели обратить внимание врачей: отсутствие прогулок (и не только из-за пандемии), отсутствие личного пространства (включая множество аспектов), утрата индивидуальности, ограничение времени телефонных разговоров с родственниками, скученность и т.д.

Как отметила Т. Н. Потяева, Уполномоченный по правам человека в Москве, взаимодействие уполномоченных, общественных наблюдательных комиссий и психиатрических стационаров призвано не только решать частные проблемы конкретных стационаров и их пациентов, но и выносить на обозрение гражданского общества системные проблемы. Такой проблемой, например, сейчас является отсутствие возможности работать у пациентов психиатрических стационаров. Между тем такая возможность стала бы важнейшим элементом социализации пациента и стабилизации его состояния.

Участники Круглого стола согласились с тем, что общественный контроль призван решать системные проблемы и при необходимости совершенствовать нормативно-правовую базу.

На первый взгляд врачи и члены ОНК находятся в разных системах координат: для врачей главное — лечение и безопасность пациентов и персонала, а для наблюдателей — уважение человеческого достоинства. Но на самом деле в центре этой системы координат стоит пациент, и обе стороны действуют в его интересах. Нужно просто об этом помнить и искать действенные, приемлемые для обеих сторон способы взаимодействия. Думаю, это один из главных выводов, которые сделали участники Круглого стола.

Евгения Доброванова

День прав человека — в психиатрической больнице

Всемирный день прав человека 10 декабря 2020 г. московские правозащитники ознаменовали посещением психиатрической больницы. Комиссия в составе 3 членов общественной наблюдательной комиссии Москвы (Марина Алексеевна Литвинович, Евгения Николаевна Каретникова и Клин Борис Львович), 2 сотрудников аппарата уполномоченного по правам человека в г. Москва (Элина Сергеевна Павлова и Евгений Владимирович Захаров) и исполнительного директора Независимой психиатрической ассоциации России Любови Николаевны Виноградовой посетили Московскую клиническую психиатрическую больницу № 13. Комиссия заранее согласовала свой визит, и ее встречал заместитель главного врача Юрий Евгеньевич Горбунов.

Больница осталась одной из немногих, кто сохранил свою самостоятельность в Москве, однако и ее коснулась реформа оптимизации: количество коек было сокращено с 1100 до 670, сократили количество врачей и персонала. На момент посещения больница была загружена лишь частично, в ней было лишь 448 пациентов, благодаря чему жилая площадь на 1 пациента приблизилась к нормативным показателям: 6 кв.м в общепсихиатрических и 7 — в надзорных палатах. Средний срок пребывания в больнице составляет 30 дней, и Ю. Е. Горбунов жалуется, что пациентов выписывают недолеженными. Из 4199 человек, которые поступили в больницу за 2020 г. 234, т.е. 6 %, были оформлены как недобровольно госпитализированные. 2 раза в неделю в больницу приезжает суд, и все пациенты — по словам руководства — присутствуют в судебном заседании. К лежачим больным судья и прокурор приходят в палату, адвокат приезжает вместе с судом, случаев приглашенных пациентами или их родственниками адвокатов практически не бывает. Больница осуществляет платные услуги по уходу за престарелыми пациентами, есть также амбулаторная судебно-психиатрическая экспертиза и обследование призывников. Серьезной проблемой является восстановление документов у одиноких пациентов, не удается наладить взаимодействие с местным ОВД, который отказывается помогать в этом трудном деле. В результате, пациенты задерживаются в больнице на неопределенное время.

На момент визита в больницу были пациенты с коронавирусом, и заместитель главного врача Е. Ю. Горбунов полагал, что комиссия не будет посещать отделения, однако пошел навстречу настоятельным пожеланиям членов московской ОНК. В результате, комиссия осмотрела два общепсихиатрических отделения — мужское и женское, пищеблок, актовый зал и спортзал, побеседовала с врачами и персоналом и выборочно — с пациентами и молодыми людьми, которые находятся на экспертизе в связи с призывом на военную службу.

В отделениях идеальная чистота, даже в тех, где находятся люди старческого возраста, — никакого запаха, аккуратно застеленные кровати, хорошее 6 разовое питание, достаточное количество и ассортимент лекарств,

квалифицированные врачи и приветливый доброжелательный персонал. В общих холлах — цветы, картины и множество стендов с полезной информацией, на улице — благоустроенные огороженные дворики, чисто и красиво.

И наряду с этим, отсутствие прогулок, неудобные палаты без дверей с голыми стенами и решетками на окнах, жалобы на то, что в дневное время не разрешают ложиться на кровать, необорудованные комнаты отдыха и отсутствие какого-либо досуга, старики и старушки в одинаковой унифицированной одежде (пижамы или халаты) сидят на стульях вдоль коридора и им даже не на чем остановить свой взор, душ 1 раз в неделю, приватность в туалетах и душевых носит весьма относительный характер, в комнате отдыха стоит кулер, но нет кружек или хотя бы пластиковых стаканчиков. Говорят, что когда кто-то хочет пить, ему приносят.

Врачи уверены, что отсутствие прогулок это нормально: во-первых, многие больные не могут гулять “по состоянию”, во-вторых, после прогулок часто наблюдаются простудные заболевания.

Обследование накануне призыва длится 7–10 дней, на условия пребывания молодые люди не жалуются, им разрешают пользоваться мобильными телефонами. В общепсихиатрических отделениях телефоны запрещены, пациентам разрешают иногда пользоваться стационарными телефонами, на посту — монитор, на который выводится информация с видео камер, установленных в палатах. На вопрос, знают ли об этом пациенты и давали ли они свое согласие, было сказано, что это необязательно.

Есть хороший спортзал с множеством тренажеров, столом для пингпонга и даже площадкой для игры в волейбол, однако там ни одного человека — говорят, что сейчас занятия в спортзале запрещены в связи с пандемией. Посещения также запрещены, видео-связи нет, можно только иногда поговорить по телефону и получить передачу от родственников. В отделениях никаких информационных стендов: “пациенты могут их сломать и пораниться”. В одном из отделений на стене — закон о психиатрической помощи, однако он вставлен в такую коробочку и висит так высоко, что достать его самостоятельно никто из пациентов не может.

“В СИЗО условия лучше, чем у вас, там ежедневные прогулки и душ два раза в неделю”, — заявили члены московской ОНК, однако сотрудники больницы не согласились. Для них самое важное — это лечение, чистота и безопасность. Тот факт, что условия окружающей среды имеют важное значение, в том числе для лечения, остается за скобками. Хочется надеяться, что регулярные посещения психиатрических больниц независимыми наблюдателями изменят ситуацию, и пациенты не будут находиться в таких некомфортных условиях, порой унижающих их человеческое достоинство.

Л. Н. Виноградова

ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ТВОРЧЕСТВО

К 100-летию расстрела великого Поэта



В юности



В застенках ЧК. 1921 г.

Из стихотворения “Мои читатели” (после 02.07.1921 г.)

*“...Я не оскорбляю их неврастением,
Не унижаю душевной теплотой,
Не надоедаю многозначительным намеками
На содержимое выведенного яйца,
Но когда вокруг свищут пули,
Когда волны ломают борта,
Я учу их, как не бояться,
Не бояться и делать, что надо.*

*И когда женщина с прекрасным лицом,
Единственно дорогим во вселенной,
Скажет: я не люблю вас,
Я учу их, как улыбнуться,
И уйти и не возвращаться больше...”*

Николай Гумилев (1886 – 1921) — продолжатель лермонтовской линии русской поэзии, основоположник акмеизма, — объединившего троих — Гумилева, Ахматову и Мандельштама. Все трое — великие и трагические жертвы преступного режима. Н. Гумилев был не только Поэтом, но и учителем стихосложения молодых поэтов, создателем своей формальной школы, а также выдающимся переводчиком Кольриджа, Готье, Бодлера... и даже вавилонского эпоса Гильгамеш, выдающимся литературным критиком, а так-

же крупным исследователем северо-восточной Африки, передавшим в этнографический музей выдающуюся коллекцию. Избранный в 1920 г. после Блока председателем Петроградского отделения Всероссийского Союза поэтов, вопреки тому, что “никогда не скрывал своего отрицательного отношения к новой власти и открыто заявлял, что не уважает большевиков”, и на деле показавший пример воинской доблести и гражданского мужества, “русский Киплинг”, как его называли, он в ночь на 26 августа пал жертвой

К 100-летию расстрела великого Поэта

одного из самых первых расстрелов 57 представителей научной и творческой интеллигенции (арестовано было 448 человек) по делу ученого-географа В. Н. Таганцева, сына знаменитого юриста. Ретивые петроградские чекисты расстреляли его спустя 20 дней после ареста, чтобы поскорее отчитаться о разгроме “грандиозного заговора”. Приговор подписал Дзержинский. Ленин просителям отказал¹. Известный критик Ю. И. Айхенвальд за свою статью памяти расстрелянного Гумилева поплатился тюрьмой, был жестоко отчитан Львом Троцким, а потом выслан за границу. Согласно современным данным, заговора не существовало вообще, он полностью был сфабрикован ЧК в связи с Кронштадтским восстанием, но признано это было только в 1992 году (как и большинство других дел), и все осужденные были реабилитированы². Список одних только самых выдающихся деятелей отечественной науки и культуры, уничтоженных советской властью, беспрецедентен и ошеломляет, как и современное прославление этого “великого прошлого”. С 1925 по 1986 гг. стихи Гумилева были под запретом.

Многие знают приводимые здесь стихи на память с юности. Но ведь любим мы знакомые лица, знакомые места, которые никогда не надоедают, а хрестоматийные стихи словно задвигаются в прошлое. Подарим себе радость новой встречи. Тем более, к годовщине расстрела “одного из главных поэтов Серебряного века”.

Рабочий

Он стоит пред раскаленным горном,
Невысокий старый человек.
Взгляд спокойный кажется покорным
От миганья красноватых век.
Все товарищи его заснули,
Только он один еще не спит:
Все он занят отливаньем пули,
Что меня с землею разлучит.
Кончил, и глаза повеселели.
Возвращается. Блестит луна.
Дома ждет его в большой постели
Сонная и теплая жена.
Пуля, им отлитая, просвищет
Над седою, вспененной Двиной,
Пуля, им отлитая, отыщет
Грудь мою, она пришла за мной.

¹ Валерий Шубинский “Жизнь Николая Гумилева” — М., 2020.

² Реальным действием были самостоятельный поджог трибуны на Дворцовой площади и взрыв памятника Володарскому двумя из восьми кронштадтских матросов, примкнувших к распространителям прокламаций Таганцева.

Упаду, смертельно затоскую,
Прошлое увижу наяву,
Кровь ключом захлещет на сухую,
Пыльную и мятую траву.

И Господь воздаст мне полной мерой
За недолгий мой и горький век.
Это сделал в блузе светло-серой
Невысокий старый человек.

1917

Память

Только змеи сбрасывают кожи,
Чтоб душа старела и росла.
Мы, увы, со змеями не схожи,
Мы меняем души, не тела.
Память, ты рукою великанши
Жизнь ведешь, как под уздцы коня,
Ты расскажешь мне о тех, что раньше
В этом теле жили до меня.

Самый первый: некрасив и тонок,
Полубивший только сумрак роц,
Лист опавший, колдовской ребенок,
Словом останавливавший дождь.

Дерево да рыжая собака —
Вот кого он взял себе в друзья,
Память, память, ты не сыщешь знака,
Не уверишь мир, что то был я.

И второй... Любил он ветер с юга,
В каждом шуме слышал звоны лир,
Говорил, что жизнь — его подруга,
Коврик под его ногами — мир.

Он совсем не нравится мне, это
Он хотел стать богом и царем,
Он повесил вывеску поэта
Над дверьми в мой молчаливый дом.

Я люблю избранника свободы,
Мореплавателя и стрелка,
Ах, ему так звонко пели воды
И завидовали облака.

Высока была его палатка,
Мулы были резвы и сильны,
Как вино, впивал он воздух сладкий
Белому неведомой страны.

Память, ты слабее год от году,
Тот ли это или кто другой
Променял веселую свободу
На священный долгожданный бой.

Знал он муки голода и жажды,
Сон тревожный, бесконечный путь,
Но святой Георгий тронул дважды
Пулею не тронутую грудь.

Я — угрюмый и упрямый зодчий
Храма, восстающего во мгле,

Я возревновал о славе Отчей,
 Как на небесах, и на земле.
 Сердце будет пламенем палимо
 Вплоть до дня, когда взойдут, ясны,
 Стены Нового Иерусалима
 На полях моей родной страны.
 И тогда повеет ветер странный —
 И прольется с неба страшный свет,
 Это Млечный Путь расцвел неожиданно
 Садам ослепительных планет.
 Предо мной предстанет, мне неведом,
 Путник, скрыв лицо; но все пойму,
 Видя льва, стремящегося следом,
 И орла, летящего к нему.
 Крикну я... но разве кто поможет,
 Чтоб моя душа не умерла?
 Только змеи сбрасывают кожи,
 Мы меняем души, не тела.

1921

Ягуар

Странный сон увидел я сегодня:
 Снилось мне, что я сверкал на небе,
 Но что жизнь, чудовищная сводня,
 Выкинула мне недобрый жребий.

Превращён внезапно в ягуара,
 Я сгорал от бешеных желаний,
 В сердце — пламя грозного пожара,
 В мускулах — безумье содроганий.
 И к людскому крался я жилищу
 По пустому сумрачному полю
 Добывать полуночную пищу,
 Богом мне назначенную долю.
 Но неожиданно в тёмном перелеске
 Я увидел нежный образ девы
 И запомнил яркие подвески,
 Поступь лани, взоры королевы.
 “Призрак Счастья, Белая Невеста”...
 Думал я, дрожащий и смущённый,
 А она промолвила: “Ни с места!”
 И смотрела тихо и влюблённо.
 Я молчал, её покорный кличу,
 Я лежал, её окован знаком,
 И достался, как шакал, в добычу
 Набевавшим яростным собакам.
 А она прошла за перелеском
 Тихими и лёгкими шагами,
 Лунный луч кружился по подвескам,
 Звёзды говорили с жемчугами.

1907

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

ВНИМАНИЕ!

**На сайте НПА России www.npar.ru
 представлены все выпуски
 Независимого психиатрического журнала за 30 лет**

НЕКРОЛОГИ

Памяти Тараса Николаевича Дудко 1940 – 2021



03 января 2021 года на 81-ом году жизни ушел из жизни Тарас Николаевич Дудко, доктор медицинских наук, академик Российской академии естественных наук, один из родоначальников реабилитации в наркологии.

Тарас Николаевич окончил в 1963 г. Киевский государственный медицинский институт, а в 1968 г. — философский факультет Киевского государственного университета. С 1994 Тарас Николаевич работал заведующим отделом НИИ наркологии, с 2004 — директор Института реабилитации ННЦ наркологии МЗ РФ. Основатель нового научного направления — реабилитология и реабилитация наркологических больных и лиц с патологическим гемблингом. Основал 1995 Центр медицинской реабилитации и коррекции личности и Медичи лечебной-реабилитации фонд им. И. Стрельчука.

В последние годы был заведующим отделом реабилитации по наркологии ФГБУ “Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского” Минздрава России.

Тарас Николаевич известен своей общественной деятельностью, он был первым заместителем председателя общества украинской культуры “Славутич” (Москва). Награжден Орденом “За заслуги” 3-й степени (2007).

Тарас Николаевич Дудко был не только замечательным ученым, врачом, педагогом, но и удивитель-

ным человеком со своим глубоким и неповторимым внутренним миром! Он умел дружить, всегда был открыт для всех. Его отличал особый духовный склад, трудолюбие и ответственное отношение к жизни. Он был авторитетом для сотрудников, наставником для молодых ученых, врачей и психологов. Он всегда гордился успехами и достижениями своих учеников.

От чистого сердца я хочу выразить ему свою благодарность за его труд, терпение, умение находить в каждом талант, старания, поддержку!

Тарас Николаевич Дудко оставил свой след в науке и наших сердцах. Вечная память!

*Р. А. Кардашян,
д.м.н., профессор кафедры психиатрии,
судебной психиатрии и психосоциальной
реабилитации ФНМО РУДН*

* * *

Разделяя скорбь и высокую оценку деятельности Тараса Николаевича Исполкомом РОП, Центром им. В. П. Сербского, редакцией журнала “Вопросы наркологии”, его учеников и сотрудников, важно отметить личное сотрудничество Т. Н. с НПА России, взаимопонимание и солидарность по многим фундаментальным вопросам в наших продолжительных беседах. Его вдумчивое творческое отношение к остро противоречивой проблематике профилактики в наркологии и преданность этому делу вызывали уважение и остаются достойным примером.

Преждевременный, вопреки возрасту, уход Тараса Николаевича был в значительной мере вызван тяжелым переживанием упорной, постыдно глупой и грубо клеветнической антиукраинской пропаганды государственных СМИ. Открытое понимание этого неотделимо от его профессионального вклада. Мы выражаем глубокое соболезнование родным и близким Тараса Николаевича.

От имени НПА России Ю. С. Савенко

Памяти Елены Феликсовны Мазиной (1961 – 2021)



16 января 2021 года на 60-ом году жизни после тяжелой болезни от нас ушел замечательный человек — секретарь директора Центра и президента РОП Мазина Елена Феликсовна.

Елена Феликсовна проработала в нашем учреждении более 28 лет, с 2004 года — в должности секретаря директора центра. Ее отличали высокий профессионализм, корректность, исполнительность. Светлый, жизнерадостный, доброжелательный и отзывчивый человек с исключительным трудолюбием, тонким чувством юмора и стремлением к совершенству. Ее интеллигентность, спокойствие, мудрость и умение сопереживать позволяли избегать конфликтных си-

туаций, поддерживать окружающих в трудную минуту. Светлая память о Елене Феликсовне навсегда сохранится в наших сердцах. Мы навсегда запоем ее неугасимую жизненную энергию, высокие душевные и этические качества.

Коллектив ФГБУ “НМИЦ ПН им. В. М. Бехтерева” Минздрава России и Исполком РОП скорбит о невосполнимой утрате и выражает искренние соболезнования родным и близким Елены Феликсовны.

* * *

Елена Феликсовна на протяжении многих лет была самым сильным и светлым впечатлением моего общения с руководством Центра им. В. М. Бехтерева. Ее умение передать многогранную теплоту чувств, эмпатии, солидарности оказывали всегда реальное действие и были таким действием, а не простыми словами. Эта уникальная в своей действенности способность, особый драгоценный талант, всякий раз въяве показывал, как важна и какой может быть сила солидарности даже на расстоянии, и как она нужна не только нашим пациентам, но и всем нам. Даже до обидно непродолжительных общений с Еленой Феликсовной хватило, чтобы переживать ее уход, как личную утрату. Каково же родным и близким, которые имели счастье жить с таким человеком.

Ю. С. Савенко, НПА России

Аркадий Липович Шмилович

23.05.1944 – 16.02.2021



На 77 году жизни скоропостижно скончался видный российский психиатр, общественный деятель, подвижник, гуманист, создавший и реализовавший в стране уникальную систему реабилитации душевно больных.

Закончив Томский медицинский институт, Аркадий Липович, впитав в себя сибирский дух революционных преобразований в системе организации психиатрической помощи, блестяще защитил кандидатскую диссертацию, показавшую невероятные на тот период развития психиатрии результаты по социальному выздоровлению тяжелых больных с инвалидностью. Система реабилитационных интервенций, разработанная с участием Аркадия Липовича в Томске, позволила эффективно восстановить социальную и профессиональную адаптацию тысячам пациентов.

С этим огромным багажом новых знаний и практических навыков, Аркадий Липович в 1974 г. переехал в Москву и стал активно внедрять их в практику. С 1977 года он поступил на должность заместителя главного врача Психиатрической больницы им. П. П. Кащенко (ныне — ПКБ № 1 им. Н. А. Алексеева), в которой проработал до последних дней своей жизни.

Невозможно переоценить тот вклад, который Аркадий Липович внес в развитие реабилитационного направления в психиатрии в Москве и далеко за ее пределами.

Это и организация производственного процесса с постепенным ступенчатым наращиванием трудовой занятости в системе лечебно-производственных мастерских, а в дальнейшем в специально созданных ус-

ловиях на предприятиях. Это и формирование особой терапевтической среды с внедрением режимов дифференцированного наблюдения в отделениях и организацией психолого-психотерапевтической службы в структуре дневных стационаров. Это и развитие арт-терапевтических технологий, позволяющих большинству пациентов вернуть утраченные навыки коммуникативности и эмоциональную выразительность. Это и мероприятия по психогигиене и психопрофилактике, активно внедряемые им в Московских школах и вузах. И многое, многое другое...

С началом XXI века Аркадий Липович, обладая колоссальным авторитетом среди московских, российских и зарубежных коллег, создал и стал бессменным руководителем Региональной общественной организации «Московский клуб психиатров». Сегодня пожалуй нет ни одного практикующего врача психиатра в России, который бы не знал об этой организации и о ее уникальных и воистину выдающихся по своему содержанию и масштабам проектах: ежемесячная антистигматизационная психопросветительская газета «Психиатрия — нить Ариадны», созданная и реализуемая руками пациентов, которая по своему качеству, оформлению и очень насыщенному содержанию занимает ведущие места в ряду передовых медицинских изданий этой направленности в мире; грандиозный по своим масштабам Фестиваль творчества людей с особенностями психического развития, проводимый раз в два года на ведущих музейных, концертных и театральных площадках Москвы, с участием нескольких тысяч (!!!) пациентов, приезжающих из множества регионов России и других стран; олимпиада профессионального мастерства

“Абилимпикс”, куда благодаря Аркадию Липовичу удалось подключить сотни пациентов с инвалидностью по психическому заболеванию; радиостанция “Радио Зазеркалье”, еженедельно вещающая в прямом эфире. Эти и множество других проектов оказались возможными только благодаря неиссякаемой энергии, потрясающему творческому потенциалу, глубокому и тонкому клиницизму, широчайшему профессиональному кругозору и конечно невероятно широкой, теплой и альтруистической душе Аркадия Липовича.

Оборвалась жизнь Человека, которого справедливо считали и продолжают считать “незаменимым”. Медицинское сообщество нашей страны понесло невосполнимую утрату. Аркадий Липович был крайне редким представителем той категории людей, которые никогда не говорят “нет”, когда к ним обращаются за помощью. Десятки тысяч спасенных душ, уникальное наследие, ученики и “заряженные” им соратники — таков результат его профессионального пути.

Мы глубоко скорбим о потере и выражаем искренние соболезнования родным и близким Аркадия Липовича.

Грандиозное количество людей, вопреки пандемии и стуже, часами стоявшие для прощания, и море

цветов придавали скорби высокое светлое воодушевляющее переживание. Это был въяве явленный широкий народный отклик. Многочисленные, самые разные выступавшие говорили, что Аркадий Липович незабываем, прежде всего, как человек, воплощавший исконную от природы **доброту**. Буквально все в нем — живые мягкие черты его лица, душевная теплота в общении, можно сказать, материнская потребность помогать, поддерживать, разрешать конфликты, — было естественным и цельным, делалось сразу понятным, ощущалось физически и было настоящим, не обманывало, выражалось в действенных шагах, реальных поступках. Он был таким и с пациентами, и с сотрудниками, верным другом. Его неистощимая энергия, душевная щедрость и выдающийся талант организатора недирективного типа нашли себя и воплотились в грандиозной многогранной реабилитационной деятельности, которую он творчески развивал. Он жил этим и до конца оставался на этом своем пути, пока преодоления постоянно возрастающих нелепых препятствий не выдержало его доброе сердце.

Аркадий Липович остается жив в созданном им и во всех, кто знал его.

НПА России

РЕКОМЕНДАЦИИ

Ясперс Карл. Великие философы. Книга 3. М., 2021.

Гатри У. К. Ч. Софисты. Сократики. СПб., 2021.

Смирнов А. В. (ред.) История арабо-мусульманской философии. М., 2020.

Кропоткин П. А. Анархия. Мысли, идеи и философия (лучшие тексты выступлений). М., 2020.

Фейерабенд Пол. Убийство времени. Автобиография. М., 2021.

Ростова Н. Проблема человека в современной философии. М., 2021.

Джентиле Эмилио. Политические религии. Между демократией тоталитаризмом. СПб., 2021.

* * *

Брюс Скотт. (ред.-сост.) Ад. История идеи и ее земное воплощение. М., 2020.

Зубов А. Б. Религия Библии. Христианство. История религиозных идей. М., 2021.

* * *

Фуллер Стив. Постправда. Знание как борьба за власть. М., 2021

Соломоник А. Б. Наука и знание. СПб., 2020.

Никлюдова М. Укрощение повседневности. Нормы и практики Нового времени. СПб., 2021.

Набоков В. В. Я /сновидения Набокова. СПб., 2021. (впервые печатается дневник сновидений Набокова, его 80-ти дневный эксперимент по системе Дж. У. Данна для проверки своей гипотезы о возвратности времени.

Чайковский Ю. В. Историк науки в вихре событий. М., 2020.

Шпильхальгер Дэвид. Искусство статистики. М., 2021.

Сенько Ю. М. (ред.-сост.) Все о человеке. Библиографический справочник. СПб., 2021.

* * *

Байер П. Дело Гамлета. Диалог глухих. М., 2020.

Будницкий О. В. (ред.) Архив еврейской истории. М., 2020.

Ганулич А. Если бы евреи не уехали. М., 2020.

Николаи Вальтер. Тайные силы германской разведки и контрразведки в годы I мировой войны. М., 2021.

Грир Джон. Тайные общества. М., 2020.

* * *

Германский Гермес. Музыкальные драмы немецких и австрийских композиторов. СПб., 2020.

Спивак Моника. Андрей Белый — мистик и советский писатель. М., 2020.

* * *

Андрей Белый. Несобранное. (в 2-х книгах). М., 2020.

Руге Ойген. Метрополь. М., 2020. (роман о 1937 г. в Москве).

ABSTRACTS

VLADIMIR VIKTOROVICH KOVALEV: scientific heritage

Yu. S. Shevchenko, E. V. Koren

The authors analyze the scientific contribution to the world child psychiatry of prof. Vladimir Viktorovich Kovalev — Director of the Moscow Research Institute of Psychiatry and Head of the Child Psychiatry Department, Chief Child Psychiatrist of the USSR, WHO expert. Replacing the luminary of the world pedo-psychiatry Grunia Efimovna Sukhareva, who in 1935 founded the USSR's first department of child psychiatry at the Central Institute for Advanced Training of Doctors, V. V. Kovalev developed a number of fundamental principles of mental dysontogenesis, semiotics of mental disorders of childhood, general and child psychopathology, clinical picture and dynamics of borderline states, nosological classification of mental disorders, and firmly entered the mentality of Russian-speaking specialists in the field of mental health. V. V. Kovalev created his own successful clinical school.

Key words: psychiatry of childhood, dynamics of neuroses; systemic neurotic and neurosis-like states; “Patho-characterological reactions and personality formation”, “borderline intellectual disability”.

30 years of struggle to remove accountability to the Ministry of Health from the Charter of the All-Union Society of Psychiatrists

Yu. S. Savenko

Shown is the historical cycle of attempts by the Society of psychiatrists to free itself from complete dependence on the Ministry of Health, which is doomed to defeat in the face of the government's course of total centralization, the inefficiency of which generates another cycle, suppressed by the GONGOs (governmental non-governmental organizations) and the very structure of society.

Key words: history of psychiatry, Society of psychiatrists and power, harm of centralization, harm of GONGOs.

The reverse side of the morality of psychiatry in 21st century

A. A. Shmilovich

A significant change over the past 30 years in the organization of psychiatric care, the arsenal of therapies, the pictures of mental disorders and the clinical thinking of psychiatrists themselves revealed a predominance of motivation, alien to medicine, behind the outwardly attractive advanced facade — a “reduction in financial” and even “intellectual burden”. It is shown how this wrong

side already caricatures psycho-preventive innovations, diagnostic standards, a reduction in emergency hospitalizations and early hospital discharge, the widespread use of benzodiazepines by general practitioners and high doses of typical antipsychotics by psychiatrists, and also improves the statistics of social rehabilitation by the transfer of financial burden from the medical department to the social one.

Key words: trends in the development of psychiatry, double morality of modern psychiatry, social rehabilitation of mentally ill patients, optimization of psychiatry.

To the theory of psychiatry. Going forward, you need to constantly look back. (Part 7)

Yu. S. Savenko

In this part of the text, on the approaches to the theory of psychiatry, it is shown that the question: the framework of the theory is a grid or a network, priority is given to a flexible network, but with respect to some characteristics, rigidity is required. What kind of rigidity, in turn, is not a dogma. Any competitive model is appropriate in its place, and competition itself is necessary. In psychiatry, it is necessary to operate not only with syndromic “units”, but also with the trajectories of patients' lives.

Key words: theory of psychiatry, framework of theory, competition of theoretical models, trajectories of patients' lives.

Money and power in the space of psy-culture market (continuation)

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.

**Representation of a medical organization
in a court hearing in cases
of involuntary hospitalization**

Yu. N. Argunova

The institution of a representative of a psychiatric hospital is considered when the court considers an administrative claim for involuntary hospitalization of a person. Attention is drawn to the illegality of the interrogation of hospital staff as parties to the case as witnesses and specialists. Errors of courts are demonstrated with examples from judicial practice. Based on the analysis of the legislation, it is concluded that the law allows the head of a medical organization to personally conduct an involuntary hospitalization case in court. The head can authorize other officials of the medical organization, who are full-time psychiatrists, to conduct the case, or entrust the case to a representative (lawyer).

Key words: involuntary hospitalization in a psychiatric hospital; representative in court; chief physician.

“Genius loci” psychiatry

E. B. Lyubov

A number of scientific and practical issues were shown and discussed in this review, namely, the diversity (continuum) of travelers mental illness (from depression to psychoses) on the example of so-called Jerusalem, Paris syndromes, and Florentine fever et cetera, ambiguous relationship with altered states of self-consciousness within the framework of religious-mystical states and in the framework of the model “stress-diathesis”, general and special in the clinical picture and clinical and social consequences including aggressive and suicidal behavior, as well as the place in ICD-10, importance and effectiveness of integrated treatment (i.e., biopsychosocial, spiritual) treatment in historical and cultural perspectives, using scientific and documentary, fictional and non-fictional (self-reports) data.

Key words: traveler’s mental illness, altered states of self-consciousness, religious-mystical states, “stress-diathesis” model, integrated treatment.

Рекомендуем

Карл Ясперс. Великие философы.

Мыслящие из истока метафизики. Книга третья. М., 2021

*(Гераклит и Парменид. Плотин. Ансельм. Спиноза.
Лао-Цзы. Нагарджуна)*

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

Рекомендуем

Стив Фуллер.

ПОСТПРАВДА. ЗНАНИЕ КАК БОРЬБА ЗА ВЛАСТЬ.

Издательский дом Высшей школы экономики, М., 2021

*Обсуждается антиэкспертная революция на примере политики
(Брекзита и Трампа) и науки (Луи Пастера и Фрица Хабера)*