

ISSN 1028-8554

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

**НЕЗАВИСИМЫЙ
ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ**

**INDEPENDENT
PSYCHIATRIC
JOURNAL**

**ВЕСТНИК НПА
IPA HERALD**

II

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 14.06.2021. Подписано в печать 24.06.2021. Формат 60×84 $\frac{1}{8}$.

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

Заказ № 2021-2-IPA.

Цена свободная

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

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

СОДЕРЖАНИЕ

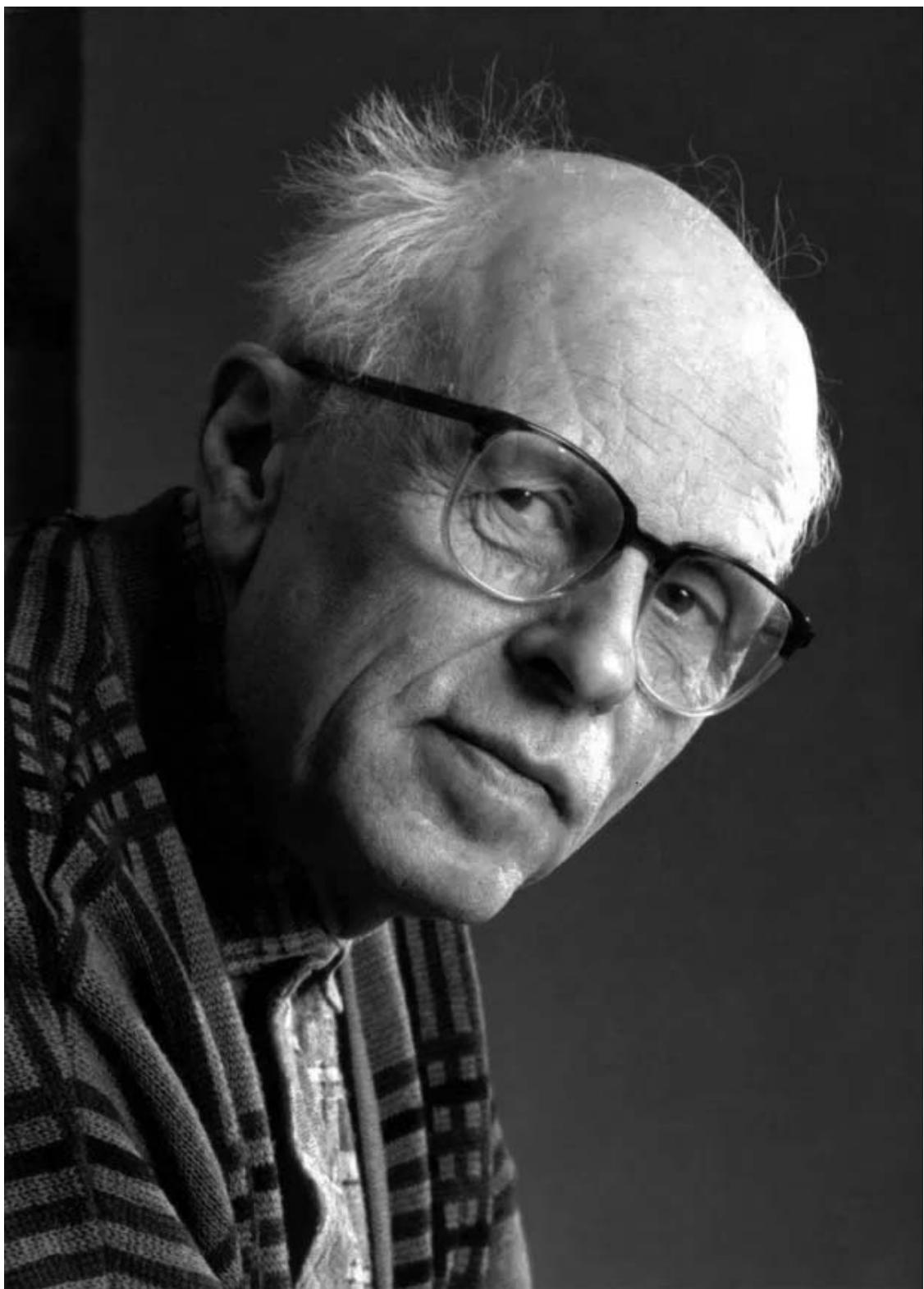
Андрей Сахаров — великий ученый-гражданин. К 100-летию	5
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ	
30-летие первого частного психиатрического учреждения в России — “Феникс”	10
XVII съезд psychiatrov Rossii	
Русские горки съезда — Ю. С. Савенко	13
По ком звонит колокол? (до съезда) — И. М. Беккер (Набережные Челны).	18
Аврора не выстрелила (впечатления о съезде) — И. М. Беккер (Набережные Челны)	19
Решения съезда — в жизнь! — А. Е. Бобров	20
Общественная и государственная реабилитация психически больных.	
Успехи и общий фон — Л. Н. Виноградова	23
Организация службы детского психического здоровья — вне внимания съезда	
— Ю. С. Шевченко	25
Актуальность наркологии продолжает нарастиать — П. А. Понизовский	25
Важнейшее событие российской психиатрии — А. Я. Переходов (Ростов-на-Дону)	27
Психиатрия Макдональдса — Б. Л. Лихтерман	30
Региональный конгресс WPA в Санкт-Петербурге	33
ICD-11 как этап смены парадигм в классификации психических расстройств	
— В. Н. Краснов	36
Против девальвации понятия “коморбидность” — Ю. С. Савенко	38
КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ	
Диссоциативное расстройство идентичности — А. А. Шмилович, П. С. Свечникова	40
ПСИХИАТРИЯ И ПРАВО	
“Госпитализировать, лечение проводить до выздоровления”	
(О законности судебных решений по делам о недобровольной госпитализации)	
— Ю. Н. Аргунова	65
ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА	
Не оставляйте своих пожилых родственников без присмотра! — И. Э. Гушанский	70
ПСИХОТЕРАПИЯ	
XXV Консторумские чтения: Миология болезни — взгляд психотерапевта	74
ДОКУМЕНТЫ ВРЕМЕНИ	
Игнорирование НПА России на XVII съезде psychiatrov Rossii	84
ХРОНИКА	
100-летие Андрея Дмитриевича Сахарова	89
45 лет Московской Хельсинкской группе	89
Абрамкинские чтения	90
Деградация российской науки усилиями управленцев	90
Словно в последний раз	90
НПА России продолжает обучение членов ОНК новым формам деятельности	91
Обсуждение проблем соблюдения прав пациентов Северо-Западного региона	95
Инициативы детских psychiatrov, психологов и общественности Красноярска.	97
РЕКОМЕНДАЦИИ	99
АННОТАЦИИ	100

CONTENT

Andrei Sakharov is a great citizen-scientist. To the 100th anniversary.	5
URGENT PROBLEMS OF PSYCHIATRY	
30th anniversary of the first private psychiatric institution in Russia — “Phoenix”	10
XVII Congress of Russian Psychiatrists	
Roller coaster of the Congress — Y. S. Savenko.	13
For whom the Bell Tolls? (before the Congress) — I. M. Bekker (Naberezhnye Chelny)	18
Aurora did not fire (impressions of the Congress) — I. M. Bekker (Naberezhnye Chelny)	19
The decisions of the Congress — to life! — A. E. Bobrov.	20
Public and state rehabilitation of the mentally ill.	
Success and general background — L. N. Vinogradova.	23
Organization of child mental health services — out of focus of the Congress	
— Yu. S. Shevchenko.	25
The relevance of narcological service continues to grow — P. A. Ponizovsky.	25
The most important event in Russian psychiatry — A. Ya. Perekhov (Rostov-on-Don)	27
McDonald’s Psychiatry — B. L. Likhterman	30
WPA Regional Congress in St. Petersburg	33
ICD-11 as a paradigm shift in the classification of mental disorders — V. N. Krasnov.	36
Against the devaluation of the concept of “comorbidity” — Yu. S. Savenko.	38
DISCUSSION OF A CLINICAL CASE	
Dissociative identity disorder — A. A. Shmilovich, P. S. Svechnikova	40
PSYCHIATRY AND LAW	
“Hospitalize, carry out treatment until recovery”	
(On the legality of court decisions in cases of involuntary hospitalization) — Yu. N. Argunova	65
FROM THE EXPERT’S DOSSIER	
Don’t leave your elderly relatives unattended! — I. E. Gushansky	70
PSYCHOTHERAPY	
XXV Konstorum Readings: Mythology of Disease — the View of a Psychotherapist	74
DOCUMENTS OF EPOCH	
Ignoring the IPA of Russia at the XVII-th Congress of Russian Psychiatrists	84
CHRONICLE	
100th anniversary of Andrei Dmitrievich Sakharov	89
45 years of the Moscow Helsinki Group.	89
Abramkin readings	90
The degradation of Russian science through the efforts of managers	90
Like the last time	90
IPA Russia continues to train PMC members in new forms of activity	91
Discussion of the problems of observing the rights of patients in the North-West region	95
Initiatives of child psychiatrists, psychologists and the public of Krasnoyarsk	97
RECOMMENDATIONS	99
ABSTRACTS	100

Андрей Сахаров — великий ученый-гражданин

К 100-летию (1921 – 1989)



Есть нечто символическое в непрерывности высочайшего уровня духовных свершений отечественных ученых и мыслителей, в которых наука и переустройство общества были взаимосвязанным целым, а жизнь кристальным этическим примером. В 1921 г. умер один великий революционер в науке и общественной жизни — Петр Алексеевич Кропоткин и родился другой — Андрей Дмитриевич Сахаров.

Андрей Сахаров — это кристалл чистой воды, через который можно увидеть существо вещей и событий, недоступное стадному агрессивно-послушному взгляду большинства. — Это научно-критический взгляд на термоядерную войну и атомную энергетику, на Чернобыльскую катастрофу, на политические, в том числе психиатрические репрессии, на Афганскую войну, на провокации спецслужб, бесстрашно высказанные в лицо кукловодам и оболваненным. Один против несоизмеримого большинства, естественным для себя образом исходя из других приоритетов. — Выразительный урок для многих догматических дефиниций в нашей профессии. Сахаров — это один из двух альтернативных путей развития страны — демократического, правозащитного, а не авторитарного, почвеннического.

Первые 46 лет жизни, начиная с военных лет, А. Д. был с головой в напряженной научно-конструкторской работе. От секретной военной тематики дважды отказывался вопреки всем посулам, но был в приказанном порядке включен с 1948 г. в атомный проект, сыграв, наряду с Виталием Гinzбургом, Яковом Зельдовичем и Юлием Харитоном, решающую роль в самостоятельном создании в 1953 г. водородной бомбы, всего спустя год после американской, тогда как атомная бомба была скопирована с американской в 1949 г., спустя 4 года после взрыва в Хиросиме и Нагасаки. Этот взрыв вызвал психическое расстройство у летчика и тяжелые психические переживания у создателя бомбы — “синдром Роберта Оппенгеймера”. А. Д. впервые “устыдился” в 1961 г. после испытания 60-мегатонной бомбы. “Мы себя успокаивали тем, что мы отодвигали возможность войны”. Тем более, что в 50-е годы часто приглашался в Кремль и сохранял иллюзию, что с ним считаются как с экспертом. Он был в принципиально другом закрытом информационном поле, чем, например, намного раньше прозревший Петр Капица. Но когда в июне 1967 г. Алексей Косыгин отверг предложение США о моратории противоракетной обороны (ПРО), вопреки мнению руководителей обоих советских ядерных центров, А. Д. написал письмо в Политбюро в июле 1967 г., что ПРО — это угроза термоядерной мировой войны, тем более, что потенциал США на порядки выше и их надо “поймать на слове”. Он пишет свою знаменитую статью “Размышления о прогрессе, мирном существовании и интеллектуальной свободе”. Запрет Политбюро на ее публикацию вызывает “крутый поворот” его жизни: в мае 1968 г. он отдал

текст в самиздат и послал в ЦК, они попали на Запад. Мировой тираж составил около 20 миллионов на разных языках. В июле СССР согласился на переговоры об ограничении ПРО, а Сахаров отстранен от секретной работы и в течение года был безработным. Спецслужбы объяснили его “Размышления ...” “прогрессирующей научной импотентностью”, тогда как в 1967 г. он опубликовал две наиболее яркие научные работы. Май 1968 г. — это культурная революция во Франции, Пражская весна, “социализм с человеческим лицом”, а в августе — советские танки в Праге и выход с протестом семерки храбрецов на Красную площадь, спасая честь отечественной интелигенции¹.

На 68 – 70 гг. приходится пик грубейших преследований крымских татар, подвергшихся в 1944 г. депортации, признанной в 1956 г. незаконной без публикации об этом. В их защиту вслед за Петром Григоренко включился Сахаров. Он посыпал телеграммы Брежневу и Щелокову и вместе с Е. Боннер ездил в Омск на судебный процесс, где их грубо вытолкали. Им поступали многочисленные угрозы, с 1973 г. даже детям. В марте 1970 г. Сахаров совместно с Роем Медведевым и В. Турчиным пишет письмо руководителям СССР с программой демократизации страны.

С 1969 г. для Сахарова “новой важной проблемой стало использование психиатрии в политических целях”. Осенью 1969 г. в Ташкенте на процессе крымских татар, где рассматривалась и надзорная жалоба Сахарова, был арестован и принудительно помещен в специальную больницу Петр Григоренко, а 26 мая 1970 г. был принудительно стационарирован известный биолог Жорес Медведев, и А. Д. “ринулся в бой”, он еще в 1955 г. подписал “письмо трехсот” против Т. Д. Лысенко. На международном симпозиуме по биологии и генетике Сахаров начал открыто собирать протесты. Его вызвал президент АН СССР М. В. Келдыш, но А. Д. возражал его упрекам. 4 июня министр здравоохранения акад. Б. Петровский, после отказов от встречи с академиками, все же создал комиссию в составе А. Д. Сахарова, П. Л. Капицы, А. П. Александрова, Б. Л. Астаурова и Н. Н. Семенова, а со стороны минздрава Б. В. Петровского, А. В. Снежневского и Г. В. Морозова. Снежневский, перечисляя психические заболевания, требующие госпитализации, в том числе “навязчивый бред реформаторства”, сверлил взглядом Сахарова. “Мне было смешно”, — рассказа-

¹ Но началом правозащитного движения еще до этого послужил арест осенью 1965 г. писателей Андрея Синявского и Юлия Даниеля. Это повлекло впервые за все существование советской власти “митинг гласности”, организованный в День Конституции 5 декабря А. С. Есениным-Вольпиным, математиком и логиком, побывавшим в 1949 и 1959 годах в психиатрических больницах за свои “антисоветские” стихи. Моральные ценности были характерной чертой “шестидесятников”, — обозначение, которое сейчас произносится с иронией.

зывал Андрей Дмитриевич, который с самого начала заявил, что не считает комиссию конфиденциальной, и не скрывал общего мнения академиков о полной научной несостоительности полученных разъяснений. Только А. П. Александров “бросил реплику, что обращение Сахарова к Западу показывает, что ему самому надо подлечиться в смысле умственного здоровья”. Решение комиссии и психиатрической больницы выписать Медведева на следующий день было неожиданно приостановлено. Тогда 6 июня Сахаров посыпал Брежневу обстоятельное открытое письмо об “абсолютно беззаконной” принудительной госпитализации Ж. Медведева. “Сейчас органы здравоохранения стали на путь уловок и оттяжек (например, перенесение срока экспертизы без извещения об этом эксперта, согласованного с родственниками, тактика успокаивающих заверений, ложных обещаний и распространение ложных слухов). Мне стало известно, что проводится и прямой обман родственников, психологическое давление, запугивание и нервирование Жореса Медведева. Необходимо немедленно освободить Ж. А. Медведева. Органы здравоохранения и министерство внутренних дел должны дать объяснение общественности. Инициаторы и исполнители этой незаконной акции должны понести строгое наказание...”².

Психиатрическим репрессиям посвящена шестая глава воспоминаний Сахарова. А в ноябре 1970 г. Андрей Дмитриевич вместе с физиками В. Челидзе и А. Твердохлебовым создает Комитет прав человека — первый прецедент независимой общественной ассоциации, целями которой были: консультативное содействие государственной власти в обеспечении гарантий прав человека, разработка их теоретических основ в условиях советского общества и правовое просвещение, а членство исключало любую партийную принадлежность. С конца 1971 г. Сахаров и Елена Боннер — вместе. Их свела правозащитная деятельность в множестве дел. И он называет это “очеловечиванием” себя. Она ввела его в круг Булата Окуджавы, Александра Галича и Давида Самойлова. Их первая совместная поездка была по звонку физика Леонида Плюща в Киев на процесс поэта и диссидента Анатолия Лупиноса, вскоре принудительно помещенного в психиатрическую больницу до 1983 г. (во-

преки ходатайствам врачей суд отказывался его выписать). В 1973 г. за интервью шведскому журналисту КГБ организовал академику “отправку писем граждан”, устрашающие фотографии и угрозы даже 10-месячному внуку.

В 1975 г. по представлению А. Солженицына³, его оппонента в путях развития страны, Сахарову была присуждена Нобелевская премия мира “За бесстрашную поддержку фундаментальных принципов мира между людьми и мужественную борьбу со злоупотреблениями власти и любыми формами подавления человеческого достоинства”. А органы КГБ организовали очередную волну писем “возмущенных граждан” и кампанию в прессе — это “плата за предательство”, “агент ЦРУ, и доказательств не нужно”. Зачитать нобелевскую речь А. Д. смогла только Е. Боннер. А. Д. не пустили, и он присутствовал в это время на суде Сергея Адамовича Ковалева в Вильнюсе.

8 января 1977 г. в метро в центре Москвы произошел взрыв с человеческими жертвами. В контрасте с обычным замалчиванием более крупных катастроф, советские газеты тотчас объявили об этом как происках правозащитников. МХГ сделала публичное заявление, которое подписали многие общественные организации, включая Рабочую комиссию по психиатрии, а Сахаров сделал письменное заявление, где перечислил известные ему мафиозные действия КГБ: “...Я не могу избавиться от ощущения, что взрыв в московском метро и трагическая гибель людей — это новая и самая опасная за последние годы провокация репрессивных органов, возможно, совершивших это преступление, чтобы иметь повод для массового преследования диссидентов...”. 25 января он получил предупреждение от заместителя Генерального прокурора СССР, что при повторении таких заявлений он будет арестован “за клевету”.

Протест Сахарова против вторжения советских войск в Афганистан в декабре 1979 г. повлек в январе 1980 г. его высылку в закрытый для иностранцев г. Горький (Нижний Новгород). Сахаров был лишен всех своих наград: трижды Героя социалистического труда (1954, 1956, 1962) и Ленинской премии (1956) и отказался впоследствии принять их обратно. Попытке исключить его из Академии Наук помешал Петр Капица, напомнивший, что единствен-

² Потребовалось еще две недели усилий многих выдающихся людей и письма-обращения А. Солженицына 15 июня. 17 июня 1970 г. Жорес Медведев был выписан. Но даже поручение президента Академии Наук М. В. Келдыша не помогло восстановить его на работе. Более того, он был поставлен на постоянный психиатрический учет с диагнозом “вялотекущая шизофrenия с паранойальным реформаторским бредом” (как и П. Григоренко). На зарубежные запросы отвечали, что Жорес Медведев “долечивается в домашних условиях”. И все же это было единственный случай, где стационарирование продлилось всего 23 дня. Причиной преследования было издание за рубежом книги по истории биологической дискуссии, раскрытие попытки вербовки обнинским КГБ. Издание в 1971 г. в Мюнхене на русском и английском языках книги близнецов Жореса и Роя Медведевых “Кто сумасшедший?” раскрывает — изнутри и снаружи — технологии этого самого громкого, наряду с делом генерала Петра Григоренко, примера использования психиатрии в политических целях. Этот текст, неоднократно переизданный у нас, является необходимым для всех психиатров с сугубо профессиональной точки зрения.

³ Александр Исаевич Солженицын (1918 – 2008) общался с Сахаровым в конце августа 1968 г., а в 1970 г. получил Нобелевскую премию по литературе.

К 100-летию (1921 – 1989)

ным прецедентом такого рода было требование Гитлера исключить Эйнштейна из Прусской Академии наук⁴.

В 1977 – 79 гг. были арестованы 23, а к 1982 г. в заключении оказалось 47 членов МХГ. Были арестованы ведущие деятели всех национальных движений и всех незарегистрированных церквей... — Это была “гражданская война правителей против народа” по выражению Анатолия Марченко. Председатель КГБ С. Цвигун писал в 1981 г. в журнале “Коммунист”: “Маскировавшиеся под “правозащитников” и “поборников демократии” антиобщественные элементы ныне разоблачены и обезврежены”. Но отсутствие организационных рамок и структуры подчинения при разгроме ядра делает движение неистребимым. В июне 1983 г. президент Академии Наук А. Александров в интервью журналу “News week” утверждал, что у Сахарова произошли серьезные психические нарушения, Ю. Андропов тем же летом заявил группе американских сенаторов, что Сахаров “сумасшедший”. В Горьком Андрей Дмитриевич и Елена Боннер в течение шести лет подвергались ужесточающемуся режиму изоляции, слежки, обыскам, шантажу и всевозможным унижениям, вмешательству в личную жизнь сына, вынудивших А. Д. неоднократно прибегать к голодовкам протеста. Это привело к насильственному кормлению вопреки активному сопротивлению и перелому челюсти. К нему посыпали ведущего психотерапевта проф. В. Е. Рожнова, но безрезультатно. Вместе с Еленой Георгиевной они уже выбрали место на кладбище, но продолжали активную деятельность и в ссылке. В феврале 1986 г. А. Д. направил Горбачеву письмо, где доказывал, что статьи 70, 190 и “религиозные” статьи 142 и 227 УК являются преследованием за убеждения. “Узников совести в обществе, стремящемся к справедливости, не должно быть вовсе!”. В 1986 г. личным звонком к А. Д. Горбачев вернул его в Москву. В течение 1986 г. было освобождено 30 политических заключенных, включая Юрия Орлова⁵. “Новое мышление” Горбачева было ни чем иным, как адаптацией идей А. Д. Сахарова.

А в апреле 1986 г. произошла самая грандиозная по вредоносности для всего мира **авария на Чернобыльской АЭС**, поставившая под сомнение “мирный атом”. Ее сопровождала и самая чудовищная ложь. Аварий на АЭС было много, но Чернобыльская — Монблан среди них. Ущерб в Тримайд-Айленд в США составил 135 млрд. долларов, хотя никто не пострадал. Ущерб Чернобыльской аварии по официальным данным — 8 млрд. рублей. В интервью летом 1988 г. Сахаров видел выход в усовершенствовании ядерного реактора и его подземном расположении.

Он признал, что “возможность катастрофической аварии была потенциально заложена” выбором акад. А. П. Александровым более быстрого решения, чтобы не “потерять темп”, тогда как “пятилетний план по атомной энергетике надо выкинуть в мусорную корзину”. Но “все идет по страшной ведомственной инерции, за которой стоят конкретные интересы небольшого числа очень влиятельных людей”. Только спустя почти три года после аварии под сильным влиянием общественности было принято решение о выселении людей из пораженных районов Белоруссии. Вместо индивидуальных индикаторов и радиационных карт все делалось для сокрытия беды. Секретность и торопливость впоследствии были объяснены двойным назначением АЭС.

Ко времени возвращения Сахарова из ссылки, т.е. к началу 1987 г., правозащитное движение было практически полностью уничтожено, а демократическое движение еще не возникло. Первая статья Сахарова появилась уже в июле в журнале “Гласность”. Важнейшее общественно-демократическое движение “Мемориал” создавалось с его участием, одновременно шла работа в Межрегиональной депутатской группе. Сахаров одним из первых выступает за отмену ст. 6 Конституции СССР, введение многопартийной системы, проведение 11 декабря 1989 г. всеобщей политической предупредительной забастовки и передачу власти Съезду народных депутатов.

25 мая 1989 г. открылся **первый съезд народных депутатов**. Сахаров, выбранный на съезд от Академии Наук, вопреки препятствиям ее руководства, оспорил предложение Горбачева вначале провести выборы, а потом обсуждать направления развития страны, но ему не дали договорить. В дальнейшем Сахаров заклеймил десятилетнюю афганскую войну, закончившуюся выводом войск в феврале 1989 г., как преступную, стоившую афганским народам миллиона жертв и 15 тысяч собственных солдат, а также уничтожение нашими летчиками собственного госпиталя с ранеными, чтобы они не попали в плен. Это вызвало пронзительный взвиг Сажи Умалатовой и редкую по накалу бурю возмущения делегатов, которые “орали, вопили, топали”, не желая слышать такие факты и конкретные предложения А. Д. по коренному преобразованию страны, необходимости “освободиться от имперских амбиций и последствий авантюризма и догматизма во внешней и внутренней политике” и перейти к федеративной горизонтальной системе конституционного национально-административного устройства⁶. Единственный из более чем 2 тысяч депутатов А. Д. не встал при исполнении гимна СССР

⁴ Эйнштейн вышел из этой Академии по собственной инициативе.

⁵ Известный физик, основатель МХГ.

⁶ В “Хрестоматии по отечественной истории (1946 – 1995)”, изданной в 1996 г., было сказано, что эти предложения “из-за очевидной — причем невиданной нигде и никогда в мировой истории — бредовости всерьез не рассматривались”.



по окончании съезда и, когда остался один в зале, его пригласил М. С. Горбачев, которого он предостерег от предательства собственного окружения. Как известно, его удивительная математическая интуиция, оправдалась и на этом поле.

До своего основного выступления, планировавшегося на втором съезде народных депутатов в декабре 1989 г., Сахаров не дожил, он скончался, судя по клинической картине, от инсульта, который секция не подтвердила. Сергей Григорьянц посвящает в своих воспоминаниях целую шестнадцатистраничную главу своему “убеждению”, что Сахаров был отравлен. Так считал и Анатолий Собчак.

“Похороны Сахарова ... — самые трагические в русской истории. Сталинские были обагрены кровью, эти — многомилионной скорбью о несбывшейся надежде России. Понимание утраты было всенародным”⁷.

Как вспоминал Юрий Рост о запечатленном им Андрее Дмитриевиче, в его роду было полно священ-

ников, он пошел в школу с 7-ого класса, а в 1941 г. не был принят в Военную академию по состоянию здоровья. “Он не умел плавать, не умел ездить на велосипеде, никогда не собирал грибы, все эти достижения жизни он начал после 50 лет... Это была жизнь, не озабоченная бытом, в скромной, даже обшарпанной квартире... Только то, что необходимо... И при этом невероятное человеческое обаяние... Россия периода короткой сахаровской славы была будто другая страна. Тогда была надежда, перспектива... Не умри он так рано, в 68 лет, негодяев было бы меньше. Многие переквалифицировались от того, что перестало быть стыдно, и почувствовали некоторое облегчение... Сахаров был фигурой уровня Ганди”.

Стоит закончить этот текст следующим заветом Андрея Дмитриевича: **“Я убежден, что идеология защиты прав человека — это та единственная основа, которая может объединить людей вне зависимости от их национальности, политических убеждений, религии и положения в обществе”.** **“Мир, прогресс, права человека — эти три цели неразрывно связаны, нельзя достигнуть какой-либо одной из них, пренебрегая другими”.**

⁷ С. И. Григорьянц — известный правозащитник, бывший политзаключенный, главный редактор журнала и фонда “Гласность”, организовавший девять конференций “КГБ вчера, сегодня, завтра”, инициатор создания Международного трибунала по военным преступлениям в Чечне. Речь идет о третьем томе его воспоминаний — ““Гласность” и свобода”, СПб., 2020.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ

30-летие первого частного психиатрического учреждения в России после 1917 г.

В июне 2021 г. исполнилось 30 лет со дня основания первого частного психиатрического центра в нашей стране — ООО “Лечебно-реабилитационный научный центр “Феникс”.

Созданный в 1991 г. в г. Ростове-на-Дону, “Феникс” и сегодня остается одним из важнейших оплотов ростовской психиатрической школы, хранящим и публично отстаивающим ее ценности, в первую очередь — приверженность традиционному клинико-психопатологическому подходу и нозологическому принципу диагностики психических расстройств. Несмотря на изменчивость политики органов здравоохранения, гуманитаризацию международных классификаций и все более очевидную тенденцию к замещению клинической беседы с пациентом тестированием, в повседневной работе “Феникса” продолжает применяться классический психопатологический анализ, направленный на описание симптомов и синдромов в их динамическом взаимодействии с целью формирования у врача целостного представления об их нозологической принадлежности, методах лечения заболевания и прогнозе.

Основателем и первым руководителем ЛРНЦ “Феникс” стал один из достойных отечественных психиатров современности — Александр Олимпиевич Бухановский (1944 – 2013) — заслуженный врач Российской Федерации, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии (1996 – 2003), заведующий кафедрой психиатрии и наркологии ФПК и ППС (2003 – 2012), член секции “Психиатрия” Учёного совета Минздрава России, член президиума правления Российского общества психиатров и Независимой психиатрической ассоциации России (НПА), член Европейской ассоциации психиатров, иностранный член Американской психиатрической ассоциации, консультант главного управления уголовного розыска МВД России, профессор кафедры уголовного права юридического факультета Ростовского государственного университета (РГУ), член Американской академии психиатрии и права, член Американской академии судебных наук.

А. О. Бухановский автор одного из первых и наиболее подробных научных описаний феномена трансексуализма в России и государствах бывшего СССР. Работы А. О. Бухановского обеспечили ему статус крупнейшего в стране специалиста в данной области,

а Центру “Феникс” — место среди ведущих экспертных учреждений, занимающихся диагностикой полоролевых расстройств и выдачей медицинской документацией для изменения пола. Применяемая здесь методика установления показаний к половой трансформации, основанная на тщательном клинико-психопатологическом обследовании, анализе как субъективных, так и объективных анамнестических сведений, и коллегиальном принятии решения о показаниях к половой трансформации, вот уже три десятилетия обеспечивает безошибочную работу сотрудников Центра в этой сфере. Всего за период существования Центра было обследовано более 1000 пациентов, обратившихся с запросом на изменение пола.

Всемирную известность А. О. Бухановский получил как специалист по изучению феномена серийных сексуальных преступлений. В ходе следственных мероприятий, проводимых в рамках операции “Лесополоса”, им был создан первый в России “проспективный портрет преступника”. Александр Олимпиевич привлекался к чтению лекций в Академии ФБР (Квантико, США) и стал единственным из российским учёным, принимавшим участие в разработке закона США о серийных сексуальных преступлениях. В соответствии с этим, важнейшими направлениями деятельности ЛРНЦ “Феникс” стало изучение и терапия патологической агрессии и социально опасного сексуального поведения (садизм, педофилия и др.). Специалисты Центра безвозмездно оказывают консультативную и методическую помощь правоохранительным органам в ходе следственных мероприятий и процесса дознания, бесплатно принимают пациентов, сообщивших об опасных переживаниях, а также жертв насилия и чрезвычайных ситуаций.

С 2013 г. ЛРНЦ “Феникс” возглавляет Ольга Александровна Бухановская — к.м.н., ассистент кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии Ростовского государственного медицинского университета, член правления Российского общества психиатров, член Профессиональной медицинской психотерапевтической ассоциации, член Ассоциации Европейских психиатров, член правления Ростовской региональной общественной организации “Общество по организации здравоохранения и общественного здоровья”.



Под руководством Ольги Александровны “Феникс”, сохраняя заложенные Александром Олимпиевичем направления работы и традиции, продолжает свое развитие. Сотрудники Центра вошли в состав координационного совета по профилактике суицидов при Министерстве просвещения г. Ростове-на-Дону. На некоммерческой основе проводятся лекции для родителей, педагогов и школьных психологов по вопросам детско-подростковой психопатологии, профилактики аддиктивного, агрессивного и аутодеструктивного поведения. Центр активно сотрудничает со СМИ с целью популяризации психиатрии и дестигматизации психических расстройств. Врачи ЛРНЦ “Феникс” принимают участие в еженедельных интерактивных психообразовательных вебинарах для непрофессионалов.

Начав свою историю с единственного кабинета, арендованного в Городской больнице № 4 г. Ростова-на-Дону, в котором вел прием А. О. Бухановский, сегодня ЛРНЦ “Феникс” включает два дневных стационара, в которых работает в общей сложности 56 человек. Ростовская клиника занимается лечением всех видов психических расстройств и принимает пациентов со всех уголков страны, а также из-за рубежа (США, Чехия, Япония, Израиль, Турция, Словения, Казахстан, Украина, Абхазия). ЛРНЦ “Феникс” с 2004 года является участником международных программ по исследованию новых лекарственных препаратов. За период существования Центра на основании собранного здесь клинического материала были подготовлены 2 докторские и 7 кандидатских диссертационных работ, в настоящее время в разработке находятся 1 докторская и 1 кандидатская диссертация. Сотрудники ЛРНЦ “Феникс” принимают участие в

региональных, всероссийских и международных конференциях. Центр является клинической базой Ростовского государственного медицинского университета, принимая для обучения учебных ординаторов кафедры психиатрии. В 2016 г. была проведена Всероссийская научно-практическая конференция “Психиатрия — любовь моя”, собравшая более 700 участников. В том же году была завершена и издана монография “Транссексуализм и сходные состояния”, объединившая в себе результаты более чем 30-летнего исследования расстройств половой идентификации, проведенного А. О. Бухановским и его учениками. Однако приоритетным направлением деятельности Центра, по-прежнему, остается лечебно-диагностическая деятельность. Фундаментальной основой работы ЛРНЦ “Феникс” является используемая здесь система диагностики психических расстройств, базирующаяся на тщательном клинико-психопатологическом обследовании. Каждый диагноз устанавливается коллегиально по результатам консилиума врачей, как из числа сотрудников Центра, так и сторонних консультантов — психиатров и представителей других специальностей. Только в период с 2016 по 2021 г. в “Фениксе” были консультированы 10161 пациентов, из них благотворительно — 504 человека; прошли лечение 1836 человек, в том числе 333 ребенка. Методы лечения постоянно совер-

ООО “Лечебно-реабилитационный научный центр “Феникс”

шенствуются — как за счет применения новых лекарственных препаратов, так и посредством развития психотерапевтического и реабилитационного направлений работы клиники. В настоящее время внедряется психокоррекционная программа “Помощники в выздоровлении” для пациентов с аутодеструктивным поведением, разрабатываются способы коррекции полоролевых нарушений у подростков с расстройствами шизофренического спектра. Кроме этого, сохраняются и редко применяемые сегодня, но не утратившие свою эффективность методы коррекции резистентных к фармакологическому лечению психических расстройств, такие как электросудорожная, инсулинокоматозная и разгрузочно-диетическая терапия.

В юбилейный 2021 г. ЛРНЦ “Феникс” приглашает коллег к сотрудничеству по вопросам, связанным с

диагностикой расстройств половой идентификации и определением показаний к изменению пола. Специалисты Центра на безвозмездной основе готовы оказать консультативную и методическую помощь врачам-психиатрам, эндокринологам, сексологам и психологам с целью повышения качества диагностики в данной области и минимизации риска ошибок в условиях беспрецедентного роста обращаемости данной категории пациентов (телефон для записи на прием на безвозмездной основе 8-863-204-26-16 и телефон для сотрудничества 8-928-606-65-65)

“Феникс” достойнейшим образом ознаменовал возрождение негосударственных научно-практических учреждений и своим примером доказал их необходимость.

Региональный конгресс Всемирной психиатрической ассоциации в сотрудничестве с Украинской психиатрической ассоциацией

ПСИХОПАТОЛОГИЯ В ПЕРИОДЫ ПЕРЕМЕН

7 – 9 июля 2021 г., Киев, Украина

www.2021rcp-congress.com

Европейская научная ассоциации по шизофрении в сотрудничестве с Научной секцией WPA по шизофрении

8-ая европейская конференция по исследованию шизофрении

110 лет шизофрении — направление развития

23 – 25 сентября 2021 г., Берлин, Германия

[viktoria.toeller@lvr.de;](mailto:viktoria.toeller@lvr.de) www.schizophrenianet.eu

XVII съезд психиатров России

15 – 18 мая 2021 г., Санкт-Петербург



Русские горки съезда



РОССИЙСКОЕ
ОБЩЕСТВО
ПСИХИАТРОВ

XVII съезд психиатров России вызывал восхищение присутствующих размахом и разнообразием программ актуальной проблематики и множеством молодых лиц, но, правда, значительно уступал предыдущему в Казани в отношении, прежде всего, помещений: залы заседаний были так малы, что не раз не вмещали и половины желающих. Конечно, COVID-19 помешал приезду многих зарубежных гостей, но не помешал — впервые за последние несколько десятилетий — прорваться, наконец, сквозь глянец тревожным нотам о катастрофическом положении психиатрии. Видимо, потому, что это касалось не только отечественной, но и мировой психиатрии. Но в отечественной эта катастрофичность за последние семь лет приобретала уродливые черты. Это публично проявилось сразу с момента открытия съезда.

Само именование съезда — съезд психиатров России, а не съезд РОП, традиционно сопровождалось паритетом РОП и НПА России. Конечно, в силу диспропорции численности и возможностей, это носило, скорее, символический характер. Но на этот раз впервые сопровождалось, в духе общей обстановки в стране, полным игнорированием НПА России¹, всевозможными препятствиями ее заявкам на предоставление трех минут на вступительное слово и 15 минут на доклад о 30-летии Ассоциации. Только вмешательством генерального секретаря WPA проф. П. В. Морозова этот непристойный барьер был, казалось бы, преодолен. Но на открытии съезда слово для приветствия — единственный огрызок обычного паритета — предоставлено не было. Ведущий — Олег Васильевич Лиманкин — уже было подвел черту приветствиям, когда президент НПА России остановил его и поднялся на трибуну без приглашения. “У Вас полторы минуты!” — бросил Лиманкин². — “Нет, три!”. Приводим текст этого приветствия.

От имени Независимой психиатрической ассоциации России, 30 лет совместно с Российским обществом психиатров представляющей отечественную психиатрию во Всемирной психиатрической ассоциации, приветствуя участников 17-ого съезда психиатров России и поздравляю всех нас с тем, что члены этих организаций выступают здесь сегодня вместе.

Это очень важно, так как, как бы ни была велика диспропорция числа наших членов и возможностей, сама принадлежность к науке обязует нас к строго критическому мышлению и отстаиванию академических свобод. Без борьбы мнений буквально все, но прежде всего наука и научность нашей профессиональной деятельности немыслимы. Отечественная медицина может гордиться непревзойдённым примером Николая Пирогова в отношении беспощадной самокритики, что обеспечило его выдающиеся новации.

Максима современной научной методологии звучит, говоря словами Имре Лакатоса, так: “Критикуй свои любимые теории”.

В современных условиях нашей страны наиболее оптимальной является естественным образом сложившаяся модель двух организаций, что обеспечивает стереоскопичный взгляд на прошлое, настоящее и будущее нашего предмета с ясным осознанием, из каких приоритетов исходить.

Мы сторонники открытости, широких дискуссий и состязательности по всем актуальным проблемам. Мы рады возможности сказать вам, что самим фактом моего сегодняшнего выступления здесь должен конец ненормальному отношению к НПА России со стороны некоторых функционеров РОП, по чьему попустительству я был объявлен на сайте РОП агентом ЦРУ. Эта элементарная непорядочность, недопустимая в профессиональном сообществе, преодолевается благодаря усилиям генерального секретаря Всемирной ассоциации проф. Петра Морозова.

¹ Это представлено в разделе “Документы времени” в этом выпуске журнала.

² О. В. Лиманкин — талантливый организатор, сделавший больницу им. П. П. Кащенко под Гатчиной одной из образцовых, достойно продолжая традиции Петра Петровича, и дружески расположенный к НПА России и ее деятельности, войдя во власть, круто изменился. Власть ли его испортила, или обломала власть над ним — оба варианта совместимы и одинаково постыдны, что пришлось высказать ему в лицо.

Это связано с отношением к НПА России и ее “Независимому психиатрическому журналу” всех, кто знаком с нашей деятельностью, с ее неизменной и естественной для врачей позицией. Она — на нашем сайте, где выложены все выпуски журнала за 30 лет. Мы славим успехи отечественной психиатрии намного сильнее, когда показываем, вопреки каким препятствиям она развивалась с царских времен.

Желаю участникам съезда здоровья и творческого подъема в предстоящих выступлениях и дискуссиях. Пользуйтесь нашим сайтом.

Важно отметить, что это выступление сопровождали дружные аплодисменты зала и перед, и после его завершения.

Достойным жестом было предоставление почетного права открыть съезд старейшему и активно действующему выдающемуся клиницисту акад. А. Б. Смулевичу.

На пленарном заседании наибольшее впечатление произвело яркое выступление генерального секретаря WPA П. В. Морозова, процитировавшего прогноз психолога Деборы Кастель, что психиатрии осталось 10 лет жизни, что было в унисон с кризисом МКБ-11, версия которой пошла по пути упрощений для доступности врачам общей практики, что превращает ее, как уже выражаются, в “психиатрию мак-дональдсов”, тогда как уже выделено 250 генов шизофрении, и психиатрия отстает от других медицинских дисциплин. Ему вторил доклад председателя Московского общества психиатров С. Н. Мосолова, что фармакогиганты ушли из психиатрии, разочаровавшись отсутствием дальнейших успехов, когда плацебо эффект достиг 50 %. Контрастом этому был доклад директора академического Центра психического здоровья в Томске акад. Н. А. Бохана, наглядно показавшего, что этнопсихиатрия — это ключ к решению многих основных проблем психиатрии, как целостность генетических, физиологических, психологических, культуральных и религиозных особенностей многообразных народов Сибири и Дальнего Востока. Доклад руководителя Союза охраны психического здоровья³ Н. В. Треушниковой, сочетал грандиозный охват и прянничный блеск изложения своей деятельности в области психического здоровья с игнорированием реального положения вещей. Ярко красное одеяние и комсомольский задор были конгруэнтны тексту этого выступления. Президент РОП Н. Г. Незнанов честно представил свой доклад, как “задание Минздрава” соединить деинституционализацию с гумани-

зацией, что наполнил звучной терминологией и калейдоскопом суперсовременных открытий в области биомедицины, нейронаук и генетики, с выводом об общем генетическом ядре большой психиатрии, коморбидности и концепции единого психоза. В отличие от этого, доклад Т. П. Клюшник и А. Б. Смулевича пытался показать, что за клиническим многообразием в основе шизофрении лежит нейровоспаление с активацией микроглии. Впрочем, это представление Т. Crow 1980-ого года значительно менее дифференцировано, чем знаменитый доклад Леонида Осиповича Смирнова 1936 г.

Грандиозное количество докладов по множеству актуальных увлекательных тем прослушать было невозможно, они шли параллельно. Мы приведем впечатления некоторых участников. Центральной по остроте критики была **проблема МКБ-11**, русский перевод которой сумел распечатать к съезду проф. Г. П. Костюк, и даже издать тематический выпуск реализованного им с 2020 г. давнего заветного плана — отечественного психиатрического журнала на английском языке — “Consortium Psychiatricum”. МКБ-11 пошла на поводу DSM-V, т.е. только части (бихевиористски ориентированных) американских психиатров и психологов, размытающей границы психиатрии и психологии, исходя из pragматических соображений. Эта классификация вызвала в 2010 г. наш с В. Н. Красновым, И. И. Сергеевым и А. С. Тигановым на съезде психиатров, и наш с В. А. Точиловым критический отпор во время приезда Джейфи Рида в Санкт-Петербург, а также и недавний очень резкий Вольфганга Гебеля на европейском съезде, не считая множества статей такого же рода. Чтобы попасть на это заседание, надо было прийти задолго до начала. Г. П. Костюк, А. Б. Шмуклер с А. Г. Софроновым, С. Н. Мосолов с С. А. Голубевым, С. М. Бабин с О. А. Карпенко, А. Е. Бобров с О. А. Бухановской, и В. Н. Краснов отразили острые противоречия в отношении классификации, различные у Костюка и Краснова, позиция которого соответствовала нашей.

Бросался в глаза **уход традиционного доминирования позиций на этом съезде клинической психиатрии**, несмотря на ее непреходящее центральное значение. Эта проблематика в большей мере сохранялась, хотя не лучшим образом, в гериатрической и детской психиатрии, аффективных расстройствах, сексуальных девиациях, эпилепсии и деменции.

Другим центральным впечатлением была, несмотря на озвучиваемые **катастрофические данные о психиатрической помощи**, приглушенная реакция на них, отсутствие энергии протesta, что постоянно отличало позицию РОП от НПА России в отношении преступной по отношению к нашим больным и нашей профессии и сразу предвидимо провальной реформы оптимизации, наиболее активно железной рукой проводимой в Москве главным психиатром Г. П. Костюком, но начатой еще М. Ю. Зурабовым и Т. Б. Дмитриевым.

³ Щедро финансируемая прогосударственная организация, созданная в 2014 г., на все съезды и мероприятия которой ни меня, ни нашего юриста Ю. Н. Аргунову не пускают, что обнажает стремление организовать и возглавить многообразие самодеятельных инициатив в духе общего тренда на централизацию, выхолащивание правозащитной направленности и освоение “общественного ресурса”, что позволяет “передать обязанности спасателей в руки самих утопающих”.

риевой. Как выразился Н. Г. Незнанов, “развитие нашей отрасли определял Минздрав”. Манипуляции с данными о первичной и общей заболеваемости и их интерпретация в ряде докладов была рассчитана явно на посторонних, а не работающих коллег. Как точно было отмечено в одном из докладов, “если ликвидировать психиатров, исчезнет и психическая заболеваемость”. Самым выразительным свидетельством потери доверия к официальной информации было повсеместное, в том числе на съезде, несмотря на скученность и рекордную с начала года в Санкт-Петербурге неблагоприятную ситуацию с COVID-19, игнорирование масок, вопреки риску для здоровья и даже жизни.

С этим корреспондировало **положение с психическим здоровьем и законодательством**, где Г. П. Костюк и Н. В. Треушникова вознамерились “улучшить” закон о психиатрической помощи, выбрав для этого “самое подходящее время” и изолировав себя от критики НПА России с ее наиболее полными и надежными данными за 30 лет. Так, очередной вульгаризацией для удобства управленцев стало слияние психиатрии и наркологии.

Насыщенное заседание, посвящённое **военной психиатрии и психиатрии катастроф**, обосновывало введение соответствующей субспециальности, но живо напоминало возмутительную ликвидацию субспециальности детского и подросткового психиатра, словно мы готовимся к войне, а не к ликвидации демографической ямы. Но привнесение военного, или точнее сказать казарменного стиля в гражданские учреждения, состоявшийся факт усилиями военных медиков в роли главных врачей, когда министерское приказы, как и выборы в РОП и многое другое, осуществляются в форме военных операций, что дает внешне восхищающий новичков и посторонних наблюдателей результат. Но это работает на сиюминутный результат, а не стратегический. Как выразился в одном из своих многочисленных докладов Г. П. Костюк, “наша задача не защитить больного от государства..., а не оставить его без медицинской помощи”. Этот тезис, часто повторяемый судебными психиатрами, теперь распространился и на организацию психиатрической помощи, что сходно с резолюцией II съезда психиатров 1936 г., который предложил психиатром вернуться в стены больниц, а не вмешиваться во вредные производства своим психопрофилактическим и психогигиеническим движением.

Невозможно было не заметить фактического **испарения этической проблематики**. Это уже давно не регулятивный фактор. Только в итоговом тексте упоминается наличие Этического комитета РОП. Правда, на заседании, посвященном кадрам, д-р Ю. С. Савенко спросил одного из докладчиков, доцента И. А. Мартынина, в докладе которого мелькнуло слово “этика”, как он, преподаватель ВУЗа, расценивает с этической точки зрения размещение им на

сайте РОП утверждение о том, что президент НПА России — агент ЦРУ? “Вы не опасаетесь эффекта домино доносительства такого рода?” Мартынин отказался отвечать “здесь” на этот вопрос. Характерно, что модератор С. Н. Мосолов поддержал, что этика не имеет отношения к теме заседания, с чем Ю. С. решительно не согласился. Кадры — это будущее психиатрии, а этика в ней неотъемлемая вещь. Молодежь не идет в психиатрию, прежние льготы многократно сворачивались, реформа унесла 3 тысячи психиатров.

Одним из громких и знаменательных событий съезда стало заседание, посвященное современной клинической модели негативных симптомов шизофrenии, представленных в только что вышедшей монографии Анатолия Болеславовича Смулевича. Это заседание, впервые предоставлявшее полноценное время для дискуссии по каждому докладу, — а это главное условие продвижения вперед, а не удовлетворение формальными показателями, — ознаменовалось беспрецедентным отказом модератора и центрального докладчика акад. А. Б. Смулевича допустить последний из четырех доклад Г. П. Костюка и А. В. Павличенко, что вызвало противоречивые мнения. Поскольку я давно знаю всех троих и, посетив А. Б. уже в Москве, получил его исчерпывающее объяснения этого необычного у нас поступка, могу — учитывая конфиденциальность темы этого разговора — сказать только, что был полностью удовлетворен его развернутым объяснением. Для метафорически косвенного понимания существа этого события достаточно почтить стихи Александра Тинякова или еще лучше “Кое-что про Тинякова” Вардана Варджапетяна (М., 2019).

По несколько заседаний было посвящено наркологии, суицидологии, судебной психиатрии, а также биологической и фармакотерапии, психотерапии, реабилитации, работе пациентских организаций и др. темам.

Из тех докладов, которые мне удалось услышать, наибольшее впечатление содержательностью, острым глазом и широким горизонтом, помимо патриархов А. Б. Смулевича и Ю. А. Александровского, запомнились выступления Н. А. Бохана, В. Н. Краснова, П. В. Морозова, Б. Д. Цыганкова, А. Е. Боброва, В. Д. Менделевича, С. Н. Мосолова, Н. А. Зорина, В. Г. Митихина и Т. А. Солохина, Р. Г. Валинурова, А. Л. и А. А. Шмиловичей...

Радовало внимание к молодым ученым и выделение даже трех отдельных заседаний для них. Значительный интерес вызвали, например, выступления И. А. Аркуши с соавт., П. А. Понизовского и др.

Члены НПА выступали на большинстве секций, президент Ассоциации зачитал три доклада на российском съезде и один на региональном конгрессе WPA о 30-летии НПА России в расширенной редакции.

В предлагаемой литературе были и работы членов НПА России И. М. Беккера “Школа молодого психи-

атра” в двух томах, С. Я. Бронина “Малая психиатрия большого города” и даже издание НПА “Клинические разборы” в двух томах.

В распространяемом проспекте старейшего психоневрологического института им. В. М. Бехтерева, именуемого теперь: Федеральное государственное бюджетное учреждение “Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева” или ФГБУ “НМИЦ ПН им. В. М. Бехтерева” Минздрава России, неприятно поражало отсутствие в перечне выдающихся ученых Института недавней эпохи Е. С. Авербуха и И. М. Тонконогого, словно эмиграция с крушением второй империи роняет прежние вклады, словно нет естественного примера признательной памяти о множестве выдающихся ученых, покинувших страну с крушением первой империи, словно нет в самом Санкт-Петербурге примера именования Университета именем И. И. Мечникова, словно список составлял чиновник первого отдела, который — не будь готовой кальки — написал бы “Бехтерев В. М.”. Е. С. Авербух возглавил кафедру в Каире, а И. М. Тонконогий стал профессором Массачусетского медицинского института. Не сомневаюсь, что будь жив А. М. Шерешевский, он не стерпел бы такого. Сервильное поведение, как учит отечественная история, не спасает от неблагодарности власти при жизни даже самых высокопоставленных людей.

Проект Резолюция съезда указывал на более чем 30 тысяч участников, включая проходивший онлайн региональный конгресс WPA, и полторы тысячи очных, хотя в стране не более 10 – 11 тысяч психиатров. Стилистика и содержание проекта Резолюции несли отчетливый отпечаток значительного числа среди авторов резолюции “не креативных специалистов, а грамотных исполнителей” министерских указаний: вместо широко известного, на грани катастрофы, положения вещей, представленного во многих докладах, в результате прежде всего “реформы оптимизации” здравоохранения, плоды которой резко обнаружились в пандемию COVID-19, итоговая картина была обрамлена бодрыми реляциями в советском песенно-музыкальном стиле 30-х годов, за которыми пряталось скромная вымученная формулировка: “показатели психического здоровья населения России в период 2012 – 2020 гг., имея некоторую тенденцию к улучшению, в целом остаются неблагоприятными”. Это сопровождалось отсылкой на принятые в 2021 г. 30 стандартов, утвержденных Минздравом и Министром, словно это тождественно их исполнению, и словно не получили широкое распространение скандальные примеры манипуляции статистическими данными общей и первичной заболеваемости и другими показателями за разноцветьем их презентаций. Признанием этого стало указание, что “в ближайшее время необходимо совместными усилиями получить реальное представление о системе оказания психи-

атрической помощи и отразить их в статистических формах”. Признание, что число психоневрологических диспансеров и психотерапевтических кабинетов в поликлиниках уменьшилось на 28 % не сопровождается указанием, что это соответствует экономии, совершившейся пресловутой реформой оптимизации. Это обнаруживает за дымовой завесой “гуманной деинституционализации” несостоятельность реформы, давно выяснившуюся за рубежом, и грубое противоречие с широковещательным курсом на развитие амбулаторной помощи. В резолюции это “стыдливо” объясняется вторичными явлениями: “кадровым дефицитом”, присоединением диспансеров к больницам и т.п. И хотя все же решительно говорится, что “сокращение первичной сети противоречит здравому смыслу... особенно в сельской местности”, но этот вывод теряется среди всевозможных оговорок, не выделен должным образом требовательным тоном.

Из 12-ти страничного текста Резолюции только три страницы посвящены констатации и робкому анализу реального положения вещей. Вслед за этой неутешительной картиной говорится: “ *дальнейшее совершенствование психиатрической помощи требует реализации следующих направлений развития психиатрической науки и практики*”. Конечно, не дай Бог, такого “ *дальнейшего совершенствования*”, но на пре-восходные планы на манящее будущее у нас всегда были горазды. Им посвящено три четверти текста. Они, особенно по детской психиатрии, великолепны. Но немало и заведомо провальных, как, например, в области наркологии, где недавнее решение Правительства РФ о слиянии наркологии с психиатрией принято без малейшей критической ноты. В области судебной психиатрии ожидаемое принятие нового закона “Об экспертной деятельности в РФ” в современных условиях вызывает мрачные предчувствия. Наконец, в области военной и экстремальной психиатрии, в контрасте с содержательными докладами на этой секции, в резолюции звучит знакомая лексика о “ *воздействии на сознание человека ... методов информационной агрессии, не только способствующей более активному распространению различной, прежде всего, “пограничной” психической патологии среди населения страны (особенно молодежи)...* которые размывают национальные устои общества (его “ *духовные скрепы*”)... , представляя непосредственную угрозу национальной безопасности страны”. Неужели непонятно, что такой текст неуместен в резолюции научного съезда, что его авторы, похоже, забыли третий закон Ньютона, который универсален, а не только “по физике”. Пока еще, согласно очередному думскому закону, только в отношении Второй мировой войны вводится юридическая ответственность за “очернение” отечественной истории, но отторжение такого “очернения” началось давно. Реалистическая картина, которую мы здесь эскизно набросали, может вызвать искреннее неприятие, хотя нам и близко не пе-

ревесить привычный сироп. Действительно, ведь даже мифологизация выдает подлинное положение вещей, как в знаменитой песне: “Я другой такой страны не знаю, где так вольно дышит человек”. И все же, чтобы научиться **не смотреть, а видеть**, что неотторжимо от умения мыслить, каждому психиатру стоит начинать с двух книг по психологии искусства Рудольфа Арнхайма.

Совершенно непривычным образом половина текста пресс-релиза о съезде сразу по его окончании была посвящена уверениям в важности правозащитной деятельности и “*и продвижение мер по предотвращению любых попыток злоупотреблений психиатрией*”, и обещание следовать этому курсу: “члены РОП обязуются не участвовать и не поддерживать прямо или косвенно любую деятельность, связанную с действиями, направленными против прав человека или злоупотреблением психиатрией в немедицинских целях”. Эта половина текста была целиком перенесена в начало окончательной Резолюции съезда, где эта, одна из основных прерогатив деятельности НПА, приписывается “*множеству программ и созданию Комитета по Этике РОП*”, и это единственное и, как мы видим, косвенное упоминание о самом существовании НПА России. Мы давно шутим, что, начав свою деятельность со срывания мифологических покровов, с некоторых пор сами превратились в фиговый листок официоза и, как оказывается, еще и анонимный. Этот грубый перебор самоупоения внешним успехом съезда, а не вскрытия на нем угроз самому предмету психиатрии, по крайней мере, недальновиден.

Первым пунктом первого раздела наиболее актуальных планов на 2020 – 2024 гг. резолюция называет поручение Правительства РФ от 23.12.2020 г. завершить в 2021 г. подготовку предложений в отношении нормативной базы оказания психиатрической помощи — “*совершенствование законодательства в сфере охраны психического здоровья с учетом необходимости законодательного регулирования вопросов не только оказания психиатрической, наркологической, психотерапевтической, психологической и социальной помощи лицам с психическими расстройствами, но и сохранение и укрепление психического здоровья населения в целом*”. Этот экспансионистский наполеоновский план явно подразумевает расширение закона о психиатрической помощи до закона о психическом здоровье, что чревато размыvанием границ не только между большой и пограничной психиатрией, но и психиатрией и наркологией, психиатрией и психологией (самая скользкая по американскому опыту тема),

психотерапией и целительством. Эта проблема подробно дискутировалась в 1990-х гг. и привела к пониманию необходимости нескольких отдельных законов по четко очерченной проблематике психиатрии, наркологии, психотерапии. Объединение их в одном законе не просто непродуктивно, оно вредно. Между тем, в окончательный редакции Резолюции говорят: “*Отмечается наличие ряда насущных проблем, которые затрудняют оказание медицинской и психологической помощи населению, не имеют очевидного решения, являются предметом дискуссий...* Это правовые и законодательные пробелы в нормативно-правовых актах, регламентирующих сферу психического здоровья, в т.ч. в отношении психотерапии и медицинской психологии”. Как бы и новый закон не приобрел характера воинского устава. Даже в 1992 г. нам пришлось оспаривать (с поддержкой ведущих юристов) смешение понятий “правового” и “нормативного”.

Фундаментальное для всей психиатрии положение, которое позволило нам охарактеризовать предложение детской секции в проекте Резолюции как “великолепное” — не перенесено в другой раздел, а исключено: «*Внести в Устав РОП следующее положение: “региональные отделения РОП берут на себя инициативу обсуждать на своих общих собраниях кандидатуры назначаемых и переназначаемых главных врачей психиатрических больниц и психоневрологических диспансеров и доводить до соответствующих административных структур свое решение о поддержке или не поддержке данных лиц. В последнем случае — предлагать собственных кандидатов на эти должности”*».

Но наихудшая формулировка в проекте Резолюции касательно военной психиатрии тоже была удалена. Мы все же процитировали ее, так как уже неоднократно, даже на собственном опыте, убеждались, что редакторская правка, полирующая индивидуальные особенности текста, его неуместные откровения и т.п., нередко лишает читателя важной информации.

В остальном Резолюция существенно расширена (19 страниц вместо прежних 10 и улучшена, даже в отношении самого порядка изложения). Принципиальное значение имеет появившийся в окончательно редакции тезис: “*Только на основе разработки методологических основ психиатрии возможно ее дальнейшее развитие*”.

Ю. С. Савенко, президент НПА России

По ком звонит колокол? (до съезда)

Да, да колокол звонит по нашей несчастной психиатрии. Недавно в интернете опубликовали результаты анализа востребованности различных специальностей в РФ в текущем квартале. Оказалось, что на первом месте по невостребованности стоит профессия врача-психиатра. То есть, имеется максимум вакансий и минимум востребованности врачами трудоустройства по нашей специальности. Это можно обозначить одним словом: “Приехали!” Есть предложение — поименовать будущий съезд психиатров в мае в г. Санкт-Петербурге **Чрезвычайным съездом врачей психиатров**, и в ходе работы съезда выработать не просящую резолюцию, с увещеванием власть придерживающих, а с требованием от имени всех психиатров страны принять неотложные меры по исправлению сложившейся, гибельной для психиатрии, ситуации. К этому состоянию отечественной психиатрии привели ошибки и головотяпство, при осуществлении так называемой “реформы в здравоохранении”, о которой автор этих строк писал в полемической работе “Шаг вперед и два назад”.

И, хотя стало уже общим местом ругать реформу здравоохранения и радоваться по случаю возросшего внимания к медицине, в условиях пандемии коронавируса, поражают непрекращающиеся случая преследования врачей-психиатров со стороны следственных и судебных органов. Вопиющий случай произошел в г. Зеленодольске в марте текущего года, о чём рассказал заместитель главного врача РКПБ им. В. М. Бехтерева, Зимаков А. Ю. Коротко: врач-психиатр, заведующая отделением Зеленодольского ПНД, отказалась в госпитализации 86-летнему деду с деменцией. Моти-

тивы отказа детально обсуждены в статье замглавного врача РКПБ, но обращает на себя внимание не только неправосудная оценка СК действий врача, отсутствие применения следственными органами положений нашего Закона РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”, но и аналогичность правового механизма преследования врача. Как справедливо заметил автор статьи, еще не был детально расследован сам факт ОД со стороны психически больного и состоялся ли этот самый факт совершения ОД, не установлена детально картина катастрофы с газовым взрывом, а следственные органы уже вынесли вердикт о “халатности” со стороны врача, и доктор была арестована и посажена в ИВС, где обычно содержатся воришки, хулиганы, дамы облегченного поведения и прочая замечательная публика.

При этом, врач-то как раз действовала, в соответствии с положениями Закона, но это такой удивительный Закон, который не нравится гражданам страны, когда их права или права близких им людей ущемляются, но он же не нравится другим гражданам страны, которые хотели бы избавиться от психически больных родственников, соседей, коллег по работе и т.д. Ясно только одно — такие действия правоохранительных органов еще быстрее оставят профессию врача психиатра без самих врачей-психиатров. Это отношение и уважение к нашей профессии, даже не “ниже плинтуса”, а какое-то подвальное, на уровне канализационного колодца! Доколе?

*И. М. Беккер,
врач-психиатр с 49-летним стажем*

Аврора не выстрелила

(Впечатления о съезде)

Съезд, о котором так долго говорили и писали, наконец-то состоялся. Впечатления противоречивые. Сначала о позитивном. Организация — замечательная. Фешенебельный отель, прекрасные залы, вид на Аврору, дыхание истории...

Огромный объем материалов. Не помню, чтобы когда-нибудь они насчитывали почти 2,5 тысячи страниц! Великолепные разделы по всей научной тематике. Биологическая психиатрия — больше 200 страниц текстов, замечательные доклады и тезисы по аффективным расстройствам, впервые так широко представлена психиатрия чрезвычайных ситуаций и военная психиатрия. Целый раздел был посвящен психиатрии и ковиду. Как всегда, актуальные проблемы затронуты участниками детской секции и судебно-психиатрической экспертизы. Есть находки по реабилитации психически больных. Но...

Съезд, согласно пункту 5.1 Устава РОП, есть “высший орган власти нашего общества”. Кроме научных проблем, этиологии и патогенеза, особенностей течения заболеваний и терапии психических расстройств, многотысячную массу практических врачей-психиатров, а, значит, членов РОП, прежде всего, интересует и волнует вопрос — **куда движется наша психиатрия** и где свет в конце тоннеля? Многие выступающие, как на пленарном заседании, так и на секциях затрагивали тему кризиса, провала реформ и ухудшения почти всех показателей деятельности службы. Да, это и немудрено, только ленивый не прошелся бы по аспектам вредительской реформы и очень ярко представил их К. Н. Койстрик в своем докладе о проблемах в психиатрической службе в период реформ. Всем уже давно ясно, что главной движущей силой этих псевдореформ была необходимость в сокращении бюджетных ассигнований, что камуфлировалось необходимостью сокращения коек и расширения амбулаторного звена (последнего не случилось). Централизация привела к отмиранию многих звеньев периферической психиатрии и самое главное достижение отечественной психиатрии последних 75 – 80 лет до сегодняшней вредительской реформы — приближение помощи к населению, сменилось отдалением. Постоянное покукание психиатров следственным комитетом, возбуждение десятков уголовных дел по спорным проблемам госпитализации и наблюдения психически больных уронило престиж профессии ниже подвал-

ного плинтуса. И что мы услышали, как “глас народа” и его высшего органа власти?

Для решения кадрового вопроса (а востребованность профессии психиатра, согласно результатам первого квартала текущего года, оказалась на последнем месте из более чем 3 – 4 тысяч специальностей), предлагались самые разнообразные теоретические построения, рассуждения на тему выгорания, призыва к студентам. Особенно понравилось рассуждение на заданную тему одного из профессоров Москвы (кажется, П. В. Морозова). Нужно, мол, разъяснить студентам вузов, как плохо сейчас в нашей науке, в нашей психиатрии, как много нужно сделать и какой великолепный шанс есть у молодежи, чтобы ринуться в бой и построить новую психиатрическую узкоколейку в Боярке! Приходите к нам, так как у нас все плохо! **Престиж профессии поднимается** всем обществом и, прежде всего, резкими однозначными и **решительными протестами** РОП против репрессий в отношении психиатров, поставленных законодательством РФ и его исполнением на лезвие ножа! Приближение (наи важнейшее дело) психиатрии к населению может быть возвращено только **решительным отказом от дальнейшей централизации помощи** и переходом на прежний курс развития психиатрии. И это нужно осуществить как можно скорее, пока мы не растеряли всю районную и сельскую психиатрию! Кстати, доклад Р. Г. Валинурова о модернизации психиатрической помощи в Башкортостане это продемонстрировал, ибо её узловым моментом была децентрализация, в противовес официальной психиатрической псевдореформе. Такое же сообщение довела до съезда коллега из Киргизии, где успешно уже не первое десятилетие продолжается децентрализация психиатрической помощи. К сожалению, мы не дождались выстрела Авроры, и революции не случилось! О немедленном прекращении оптимизации уже и говорить излишне, настолько очевидно безграмотным это было осуществлено, несмотря на кричащий опыт европейской психиатрии. Десятки тысяч больных были выброшены из больниц, в разы увеличилось количество отказов в госпитализации стационаров, что привело и далее будет приводить к усложнению кризисной обстановки и росту социальной напряженности в обществе.

*И. М. Беккер, врач-психиатр с 49-летним стажем,
с 35-летним стажем главного врача диспансера
и 30-летним стажем судебно-психиатрического эксперта*

Решения съезда — в жизнь!

Если обобщать впечатления от состоявшегося в середине мая 2021 года съезда психиатров России, то следует выделить несколько основных моментов. Прежде всего, это сама возможность личной встречи коллег из разных регионов страны и учреждений. Даже мимолетные контакты, рукопожатия, обмен репликами и улыбками многое стоят в наше время. Прекрасная весенняя погода, красивейший город Санкт-Петербург, совмещение съезда с конгрессом Всемирной психиатрической ассоциации явились важными дополнениями к программе заседаний. Более того, сама попытка (пусть и не во всем удачная) провести съезд в очно-заочном формате представляется чрезвычайно прогрессивной. Оргкомитетом во главе с проф. Н. Г. Незнановым были приложены значительные усилия, за что ему следует выразить большую благодарность.

Что же касается содержательной части работы, то она вывела целый ряд актуальнейших проблем, которые стоят перед российскими психиатрами. Вряд ли будет преувеличением сказать, что впервые с такой ясностью был поставлен вопрос о самом существовании психиатрии как самостоятельной отрасли медицины и как о науке (проф. П. В. Морозов). Этот вопрос ставился, в основном, в кадровом и в организационном ключе. Однако в менее явном виде он присутствовал и в научном, и в методологическом плане.

Съезд показал, что имеются серьезные проблемы в организации психиатрической службы в стране. Это касается во многом устаревшего законодательства о психиатрической помощи, тактики и стратегии развития психиатрических служб, взаимодействия центральных и региональных структур, самой работы лечебно-профилактических учреждений. Ключевые элементы организации и реформирования отечественной психиатрии рассматривались довольно узко. Недостаточно обсуждались экономические вопросы, состояние профилактической и внебольничной психиатрии, организационные аспекты взаимосвязи психиатрии с другими отраслями медицины. Во многом открытым остался вопрос о последствиях проводившейся оптимизации медицины, закрытии психиатрических больниц и переводе хронических больных в систему социального обеспечения. Никак не был проанализирован фактический отказ от деинституализации: отечественная психиатрия со временем прошлого съезда так и осталась ориентированной на стационарную помощь. Много нерешенных задач связано с тем, каким образом координировать усилия психиатров и медицинских психологов, социальных работников, неврологов, врачей общей практики, представителей общественных организаций. Наконец, так и не была осознана необходимость технического, инструмен-

タルного и технологического перевооружения психиатрических учреждений.

С организационной работой тесно связан вопрос кадров. Впечатление, которое сложилось от ряда прозвучавших на съезде выступлений, состоит в том, что планировавшаяся **реформа образования** в медицине вообще и в психиатрии, в частности, продвигается с большими сложностями (профессора Е. Ю. Зубова, П. В. Морозов, С. Н. Мосолов, Д. А. Сычев, Б. Д. Цыганков, К. К. Яхин). **Фактический неуспех этой реформы** связан с доминированием формально-бюрократических сторон образовательного процесса над содержательными. Мало того, что врачи из многих регионов не смогли вовлечься в виртуальную среду обучения, сама система начисления баллов, их подтверждения и планирования индивидуальных образовательных программ оказалась слишком громоздкими и сложными. Важным недостатком этой работы явилось отсутствие общего согласования образовательной деятельности с рабочей нагрузкой. Поэтому многим специалистам, которые и так перегружены текущими обязанностями, приходится проходить обучение во внерабочее время или включать соответствующие программы непосредственно при выполнении основной деятельности, ухитряясь каким-то чудесным образом “перераспределить” свое внимание между дисплеем компьютера и больными.

В связи с этим Минздрав оказался перед дилеммой: либо не допускать до работы большое количество активно действующих врачей, не включившихся в систему НМО, либо притормозить и упростить систему образования. Аналогичные сложности возникли и перед педагогическим корпусом кафедр и университетов. Переориентация работы преподавателей на подготовку образовательных модулей, необходимость соблюдения целого ряда формальных требований, недостаточное материальное стимулирование и несоблюдение авторских прав **грозят превратить образовательную работу в таксидермическую мастерскую по изготовлению макетов и симуляций**. К этому следует добавить загромождение образовательной работы подготовкой различных бюрократических документов, которые занимают чуть ли не половину всего времени, отведенного на работу преподавателя. Естественно, что от этого снижается уровень собственно преподавательской деятельности, происходит утрата ее воспитательного значения и возникает десинхронизация обучения.

Важнейший недостаток существующей системы подготовки кадров в психиатрии — это отсутствие методологического ядра. В результате, хорошо написанные программы образования на практике нередко превращаются в непоследовательный и несогласованный набор модулей, в котором не могут разобрать-

ся не только студенты и врачи, повышающие свою квалификацию, но и сами преподаватели ориентируются с трудом. Еще одним недостатком системы образования, который в большой степени вытекает из предыдущего, является слабое развитие научно-педагогических школ, объединенных современным видением перспектив развития психиатрии и разрабатывающих определенные научные направления.

В связи со сказанным хотелось бы обратить внимание на собственно научную программу съезда. К сожалению, она была довольно ограниченной. Из заметных достижений, вынесенных на съезд, можно говорить по крайней мере о двух. Прежде всего, это попытка дать новую клинико-биологическую интерпретацию концепции шизофрении в контексте представлений об асептическом воспалении (профессора Т. П. Ключник и А. Б. Смулевич). Особый интерес такого подхода связан с возможностью объективировать прогредиентность шизофренического процесса, уточнить диагностику шизофрении, а также подойти к терапии шизофрении при помощи препаратов, влияющих на иммунитет и воспаление. Исследования в этом направлении ведутся за рубежом более 15 лет, и отрадно уже то, что, хотя и со значительной задержкой, они, наконец, были начаты и в нашей стране.

Чрезвычайно интересные результаты, касающиеся диагностики и терапии психозов, были представлены проф. А. Б. Шмуклером, который привел данные по клинико-лабораторным исследованиям, касающимся анти NMDA-рецепторного энцефалита. Выделение этого расстройства, внешне очень схожего с шизофренией, подводит черту под некогда доминировавшими в нашей стране паншизофреническими представлениями.

Из новых результатов, доложенных на съезде, можно назвать еще данные по изучению аффективных расстройств (профессора В. Н. Краснов, С. Н. Мосолов, Е. Г. Костюкова, Р. В. Ахапкин), генетики и психофармакогенетики психических расстройств (профессора В. Е. Голимбет, А. О. Кибитов, Е. М., Крупицкий, Г. Э. Мазо, А. Б. Шмуклер).

Интересный обзор перспектив внедрения новых технологий сделал на пленарном заседании профессор Незнанов Н. Г. Однако практический опыт их использования пока остается весьма ограниченным, а перспективы внедрения — туманны.

К сожалению, других принципиально новых результатов на съезде услышать не удалось. Безусловно, были интересные сообщения во многих секциях, однако они, как правило, носили частный или локальный характер. Поэтому возьму на себя смелость заключить, что пока принципиальных прорывов в научной психиатрии нам добиться не удается. С чем это связано? Думаю, ответ очевиден: отсутствие преемственности поколений, ошибки в управлении наукой, общемировой кризис психиатрической методологии, ну, и конечно, недостатки финансирования.

Еще один момент, на который невозможно не обратить внимание. Это разговор о новой классификации психических расстройств МКБ-11. Предварительный перевод этой классификации был представлен группой под руководством профессора Г. П. Костюка. Следует сказать, что, несмотря на колоссальную по объему работу, которую проделала эта группа, участники секции приняли новую классификацию неоднозначно. Суть основных претензий отечественных психиатров сводилась к следующему. Прежде всего, в МКБ-11 существенно переформатирована группировка диагнозов. В частности, из раздела психиатрии выведены разделы, связанные с расстройствами приема пищи, сна, а также сексуальным поведением. Кроме того, удален целый ряд стрессовых расстройств, изменена диагностическая концепция шизофрении, серьезной и не всегда удачной переработке подверглась категория тревожных расстройств и других пограничных состояний. Кардинальному пересмотру также подверглась концепция расстройств личности.

Многие из этих изменений, как представляется, обусловлены тем, что в новой версии классификации был осуществлен отказ от нозологической квалификации многих психопатологических состояний, а это делает практически невозможным прямые клинико-патогенетические сопоставления. Квазипатогенетический клинико-описательный принцип, определявший специфику МКБ-10, в новой версии классификации был заменен на таксономический. По мнению создателей этой версии, данное обстоятельство позволяет объединить традиционные психиатрические взгляды с социальными запросами. Преодоление же неизбежно возникающих при этом затруднений будет достигаться, как предполагается, за счет цифровизации диагнозов и введения новых, более сложных принципов их кодирования.

В настоящее время трудно однозначно сказать, в чем будет выигрыш от вводимой системы диагностики. Пока ясно только, что она приведет к усложнению квалификации состояния больных и может неоднозначно повлиять на существующую в нашей стране клиническую практику и ведущиеся научные исследования. Вместе с тем МКБ-11 может продвинуть внедрение новых технологий в деятельность практических психиатров и расширить взаимосвязь психиатрии как с психосоциальной сферой, так и с somатической медициной. В связи с этим нам, наверное, пора перестать рассматривать МКБ как своего рода психиатрическую конституцию и необходимо более смело и активно вводить в нее собственные подходы и элементы. Не думаю, что нам удастся создать “отечественную классификацию” по ряду объективных и субъективных причин, однако введение дополнений к МКБ-11 и развитие семейства типологических подходов, основанных на принципах клинической целесообразности, вполне возможно. При этом нужно трезво воспринимать то, что отечественная психиатрическая

А. Е. Бобров

наука во многом отстает от западной, между нею и клинической практикой существует огромный и трудно преодолимый разрыв, система психиатрического образования находится в сложнейшей технологически-бюрократической ситуации, а сама психиатрия как область медицины все еще остается на обочине медицины.

В заключение хотелось бы высказать следующее. Перспективы развития нашей специальности в решающей степени зависят от научных достижений, реализация которых упирается в разработку таких базисных методологических вопросов, как предмет и метод психиатрии. От них зависят и научные, и организационно-кадровые, и конкретные практические результаты. Следует подчеркнуть, что само положе-

ние и взаимодействие психиатрии с социумом обусловлено ее теоретическим самоопределением. Без адекватной методологии отечественным психиатрам не удастся ни преодолеть тормозящий наше развитие **бюрократический характер управления здравоохранением**, ни достойно войти в исторически новый технологический уклад. Поэтому важнейшим из неозвученных, но очевидных решений съезда является необходимость серьезного обновления научной концепции развития отечественной психиатрии на ближайшие годы. В связи с этим, главной задачей правления РОП на предстоящий период является выработка, широкое общественное обсуждение и практическая реализация такой концепции.

*A. E. Бобров — кафедра психиатрии РНИМУ им. Н. И. Пирогова,
НМИЦ ПН им. В. П. Сербского*

Общественная и государственная реабилитация психически больных. Успехи и общий фон

Впервые за долгие годы одно из заседаний съезда было посвящено **качеству жизни людей, проживающих в психоневрологических и детских домах-интернатах (ПНИ и ДДИ), медико-социальным, правовым и судебно-психиатрическим аспектам**. Обычно эта тема не интересует российских психиатров, которые считают, что психоневрологические интернаты это не лечебные учреждения, они принадлежат другому ведомству, и то, что там происходит, их не касается. Однако в 2019 г. в результате большой кампании в СМИ, организованной общественными организациями, удалось привлечь внимание Правительства к вопиющему положению дел в психоневрологических и детских интернатах, и вице-премьер Правительства Ольга Голодец поручила Центру им. В. П. Сербского проверить все интернаты страны для людей с психическими расстройствами на предмет качества оказания в них медицинской помощи и правового статуса проживающих там людей, возможности их перевода на самостоятельное проживание. Если учесть тот факт, что в России сегодня насчитывается более 500 интернатов, в которых проживают 156 тыс. взрослых и 16 тыс. детей, то понятно, что это задача не для одного Центра, какими бы возможностями он не располагал. В проверке приняли участие 98 сотрудников, и простая арифметика позволяет понять, что на обследование одного человека уходило не более нескольких минут. Так что ни о каком индивидуализированном подходе говорить не приходится, тем не менее, многие проблемы были выявлены и озвучены.

А. А. Портнова в своём докладе **“Анализ оказания психиатрической помощи в детских интернатах”** привела ужасающую информацию о жизни детей в этих учреждениях. Доклад сопровождался большим количеством фотографий, и это стало **“культурным шоком”** для аудитории, как ранее и для самого автора. В интернатах преобладают дети с умеренной умственной отсталостью, однако встречаются и дети с сохранным интеллектом, что связано с плохой диагностикой на входе и отсутствием регулярных диагностических обследований. Диагностика характеризуется утяжелением степени умственной отсталости, практически никогда не выявляется ранний детский аутизм. В интернатах господствует фармакоцентрический подход: любые нарушения поведения приводят к назначению психотропных препаратов, часто неадекватному, нелекарственная помощь (психологическая, логопедическая, педагогическая и т.п.) практически отсутствует. Некоторые из находящихся в ДДИ детей имеют родителей или других родственников, которые в принципе могли бы их навещать, однако это крайне затруднено в силу удаленного расположения интернатов. С этим же связано

недостаточное оказание общемедицинской помощи: дети не имеют необходимых им очков, слуховых аппаратов, не получают ортопедическую, стоматологическую и другую помощь, маловесные дети не получают лечебное питание, дети живут без игрушек, прогулок, каких-то занятий, направленных на социализацию. У детей нет личных вещей, своего пространства для частной жизни. Пандемия позволила провести естественный тест на возможность социализации таких детей. Некоторых из них разобрали по домам сотрудники интернатов, родственники, волонтеры, и через несколько месяцев эти дети вернулись в интернат совершенно в другом статусе. Доклад не закончился какими-то выводами и рекомендациями, **это была констатация фактов, призывающих к немедленным действиям, однако в Резолюции съезда об этой проблеме не было сказано ни слова.**

Л. Е. Пищикова напомнила присутствующим о существовавшей в России гуманной системе признания людей старшего возраста и рассказала об освидетельствовании людей, проживающих в ПНИ Санкт-Петербурга и Ленинградской области. В своем докладе она подтвердила наличие тех проблем, о которых уже давно говорят представители НКО, а именно: **некачественное оказание медико-социальной помощи** (неправильная диагностика, отсутствие пересмотра диагнозов, несоответствие терапии диагнозу и состоянию), проблемы с оказанием стоматологический помощи (отсутствие протезирования) и госпитализацией в соматические больницы, недостаточное лекарственные обеспечение, недостаточная материальная обеспеченность (нехватка памперсов, гигиенических средств), отсутствие трудовой реабилитации, нарушения прав человека. Она также предложила некоторые меры по реформированию психоневрологических интернатов, среди которых было названо **развитие негосударственных организаций социального обслуживания и закрепление сопровождаемого проживания**, — то, чего уже много лет добиваются профильные НКО и что **никогда прежде не поддерживало психиатрическое сообщество**.

О. И. Печонкина рассказала о результатах сплошного персонального осмотра лиц, проживающих в психоневрологических интернатах Российской Федерации, которое проводили сотрудники Федерального центра психиатрии наркологии им. В. П. Сербского. Было отмечено, что у 80 % обитателей ПНИ имеются тяжелые психические расстройства, 60 % не владеют навыками самообслуживания, при этом лишь 65 % инвалидов имеют индивидуальную программу реабилитации, и программы эти неудовлетворительны. Лишь 34 % проживающих в ПНИ являются дееспособными или ограниченно дееспособными, и случаи восстановления дееспособности крайне редки, по-

скольку никто не занимается реабилитацией и подготовкой людей к жизни вне интерната. В результате проведенного “сплошного персонального осмотра” во многих случаях были даны рекомендации о признании граждан недееспособными, что вело в смутение руководство многих интернатов: “Мы не можем проигнорировать эти рекомендации, но это не защита прав граждан ...”. Мы посоветовали им, по крайней мере, обратиться в суд с заявлением об ограничении дееспособности.

Проблема соблюдения прав граждан с психическими расстройствами, проживающих в организациях социального обслуживания, является чрезвычайно актуальной. Благодаря активности некоммерческих организаций и публикациям СМИ в последнее время к ней привлечено внимание широкой общественности, однако **Российское общество психиатров по-прежнему глухо к этой теме. Во всяком случае, в Резолюции съезда об этом не сказано ни слова.**

Заседания съезда проходили на разных площадках. В конференц-зале больницы им. Кащенко один из дней был посвящен **проблеме реабилитации психически больных и работе пациентских организаций**. Здесь особенно выделялось выступление Игоря Леонидовича Шпицберга, руководителя НКО “Мой солнечный мир”, вот уже 30 лет помогающей людям с расстройствами аутистического спектра. За выделенные ему 15 минут он сумел рассказать и об истории развития созданной им организации, и о ее уникальных успехах, и о системе непрерывного сопровождения детей и взрослых, имеющих расстройства аутистического спектра. На конкретных примерах он показал, чего может добиться негосударственная некоммерческая организация, объединяющая энтузиастов и специалистов своего дела, как можно помочь людям, ранее обретенным на полную изоляцию от общества, жить более полноценной и счастливой жизнью.

Во второй половине дня был проведен круглый стол **“Общественные организации в сфере психического здоровья как важный компонент реабилитационной идеологии психиатрической помощи”**, посвященный памяти его инициатора и организатора недавно ушедшего **Аркадия Липовича Шмиловича**. Сопредседатель круглого стола Андрей Аркадьевич Шмилович показал 10-минутный фильм о своем отце и выступил с докладом о силе общественного движения в сфере психического здоровья, который они вместе готовили к этому заседанию. Все выступающие вспоминали Аркадия Липовича как чрезвычайно светлого человека, который сочетал в себе необычайную мягкость и доброжелательность в общении с людьми и твёрдость и настойчивость в общении с чиновниками, когда нужно было чего-то добиваться. Именно благодаря его усилиям в России был создано движение Абилимпикс, в рамках которого проводятся конкурсы по профессиональному мастерству среди инвалидов и лиц с ограниченными возможностями, и **Россия стала членом международного**

движения Абилимпикс. Широкое участие в этом движении людей с психическими расстройствами – прямая заслуга Аркадия Липовича. Он был вдохновителем и организатором ежегодных фестивалей творчества людей с особенностями ментального здоровья, создателем общественной организации “Клуб психиатров” и газеты “Нить Ариадны”, продвигал программы трудовой реабилитации инвалидов по психическому заболеванию. На круглом столе выступили представители некоторых психиатрических больниц (Москвы, Санкт-Петербурга, Уфы, Тамбова), которые рассказали о социально-реабилитационной работе, организованной или самостоятельно, или в сотрудничестве с организацией родственников душевно больных “Новые возможности”.

Взаимодействие пациентских организаций с психиатрами, конечно, необходимо, но важно, чтобы оно не превращалось в постоянную опеку. НКО, работающие в сфере психического здоровья, должны становиться все более независимыми, самостоятельно определять свои цели и задачи, участвовать в разработке политики в области психического здоровья. Так, нижегородское отделение “Новых возможностей” недавно покинуло территорию больницы, арендовало отдельное помещение и занимается внебольничной абилитацией и адаптацией людей с психическими расстройствами, о чем был показан короткий фильм, снятый их волонтерами. Главный врач Нижегородской психиатрической больницы № 1 Ю. А. Сучков в неформальной беседе поделился своей радостью от того, что организация стала самостоятельной, и ее руководители приходят теперь к нему только для того, чтобы подписать какие-то бумаги или обсудить важную проблему. Он хорошо понимает, что реабилитационные мероприятия должны готовить человека к самостоятельному функционированию в социальной жизни, какой бы недружественной она не была, а не консервировать его потребности в доброжелательной среде. Но это пример лучшей организации.

Поэтому некоторым диссонансом прозвучало выступление исполнительного директора НПА России Л. Н. Виноградовой, которая говорила о том, как оценивают современное состояние психиатрической службы рядовые врачи, пациенты и их родственники, рассказала о снижении доступности психиатрической помощи и возрастающем страхе перед обращением к психиатрам в связи с непомерными ограничениями в социальной жизни для людей с психическими расстройствами (ограничения на управлением автотранспортом, владение оружием, занятие различными видами профессиональной деятельности и т.п.), о существующей в Москве конвойерной системе помещения людей в психоневрологические интернаты. Наша задача не золотить действительность, а трезво оценивать положение дел, открывая дорогу творческим инициативам снизу.

Л. Н. Виноградова, НПА России

Организация службы детского психического здоровья — вне внимания съезда

Отправляясь на XVII-й Съезд психиатров России, я пересмотрел резолюцию предыдущего Съезда, проходившего в 2015 году в Казани. И обратил внимание на то, что в ней 15 пунктов были посвящены совершенствованию судебной психиатрии и всего один формальный пункт, касающийся детской психиатрии (в смысле подготовки стандартов медицинской помощи). Я тут же вспомнил известную фразу: “Как вы шхуну назовете — так она и поплынет”. По печальному совпадению, именно в Казани, практически накануне Съезда произошло трагическое событие, в котором молодой человек застрелил несколько людей в своей бывшей школе. Для любого детского психиатра очевидно, что, если основной целью патологической мести несчастного убийцы был девятый класс, то сам он заболел, как минимум в седьмом. А вот почему этого никто не заметил и не оказал своевременной помощи, тем самым предотвратив преступление — это вопрос, касающийся организации службы детского психического здоровья. Однако, ни на пленарном заседании Съезда, ни в секции, посвященной организации психиатрической помощи, ни даже в “детской” секции, проходившей целый день, на эту тему не было ни одного доклада. Более того, недостаточное внимание к 1/4 населения страны (а детей, надеюсь, больше, чем количество преступников, интересующих судебных психиатров) проявилось в выступлении директора института Сербского профессора З. И. Кекелидзе. На отчетно-перевыборном заседа-

нии Съезда РОП, в рамках позитивной (в целом) информации о продлении ординатуры по единой специальности — “психиатрия” до трех лет, он мимоходом заметил, что после двух лет подготовки по общей психиатрии, всего один год обучения будет посвящен детской специальности. Это — “медвежья услуга”, поскольку детские психиатры (отсутствующие в номенклатуре специальностей, но существующие в номенклатуре должностей”) всегда готовились по двухгодичной программе ординатуры. Безусловно, дополнительный первый год погружения в общую психопатологию будущим детским психиатрам пошел бы на пользу, но не за счет собственных интересов. Похоже “взрослым” психиатрам-руководителям не до “детских” вопросов. Но и поддержать инициативу о восстановлении отдельной специальности “детская психиатрия”, бездумно отмененную в 1995 году они тоже не торопятся — “Есть человек — есть проблема, нет детской психиатрии — нет проблемы”. На заседании секции детской психиатрии были приняты серьезные предложения по совершенствованию междисциплинарной службы детского психического здоровья для Резолюции нынешнего Съезда. Они направлены в Оргкомитет. Хочется надеяться, что к ним проявится больше внимания, чем на предыдущем съезде РОП.

Профессор Ю. С. Шевченко

Актуальность наркологии продолжает возрастать

Наркологическая программа XVII Съезда психиатров России была столь обширной, что секционные заседания продолжались в течение двух дней.

16 мая под председательством профессоров Е. А. Брюна, Е. М. Крупицкого и Т. В. Клименко состоялось заседание “Фармакологические и немедикаментозные интервенции в наркологии”, на котором были представлены проблемные доклады-лекции, освещающие наиболее актуальные вопросы.

Е. А. Брюн, говоря о раннем выявлении наркологических расстройств и методах социотерапевтической интервенции, сделал акцент на **первоочередной важности всех форм профилактики**.

Т. В. Клименко в своем выступлении подробно осветила мотивационные интервенции, как основополагающие в процессе медицинской реабилитации.

Е. М. Крупицкий представил данные о фармакогенетике доказательной терапии наркологических расстройств. Система фармакогенетических маркеров может быть использована для построения полигенных предиктивных систем предварительного прогноза эффективности и переносимости в рамках персонализации фармакотерапии аддиктивной патологии. Кроме того, докладчик указал, что методы генной инженерии могут являться новым перспективным

П. А. Понизовский

подходом к патогенетической терапии болезней зависимости.

Ю. П. Сиволап, говоря “о простой фармакологии и непростой фармакотерапии алкогольной зависимости”, отметил, что рациональный подход заключается в усилении нейротрансмиссии ГАМК, подавлении нейротрансмиссии глутамата, воздействии на нейротрансмиссию серотонина, коррекции водно-электролитного баланса и восполнении дефицита тиамина, а **принятое в российской наркологии применение антипсихотиков с целью подавления влечения к алкоголю (равно как и к другим психоактивным веществам)** противоречит принципам доказательной медицины и не имеет научного обоснования.

Терапии нехимических зависимостей было посвящено выступление А. Ю. Егорова, в котором было отмечено, что в настоящее время стандарты терапии нехимических (поведенческих) видов зависимости еще не разработаны, так как большинство этих диагнозов (кроме гемблинга и компьютерной игровой зависимости) отсутствуют даже в последних версиях международных классификаций DSM и МКБ. Докладчик подчеркнул **главенствующую роль психосоциальных интервенций** при коррекции поведенческой зависимости и важность использования ряда социально приемлемых аддикций в качестве заместительных при лечении более тяжелых форм зависимости.

Говоря о лечении наркологических больных опийной наркоманией и ВИЧ-инфекцией, Е. А. Блохина отметила, что **существующая практика диспансерного наблюдения пациентов с наркологическими диагнозами является основным барьером для обращения за медицинской помощью в государственные учреждения**. В связи с этим целесообразно, чтобы сотрудники учреждений, оказывающих помощь пациентам с наркологическими диагнозами и ВИЧ-инфекцией, имели возможность **обучения техникам мотивационного интервью**.

Проблеме двойных диагнозов (психиатрических и наркологических нозологий), которые встречаются у 20 – 80 % лиц, госпитализированных в психиатрические стационары, был посвящен доклад К. В. Рыбаковой. Среди наиболее значимых **проблем терапии пациентов с двойным диагнозом** докладчик отметила: 1) **отсутствие** скординированных наркологами и психиатрами **лечебных программ**, фиксированность специалистов лишь на отдельных симптомах, требующих немедленной коррекции; 2) сложность про-

ведения фармакотерапии, так как исследования препаратов, используемых для лечения зависимостей, оценивали эффективность для пациентов без сопутствующей психической патологии, а препараты, используемые для лечения психических расстройств, в большинстве случаев не оценивались для группы пациентов с сопутствующими зависимостями; 3) невозможность применения ряда традиционных психотерапевтических стратегий. В связи с этим была подчеркнута потребность в создании специализированных интегративных терапевтических программ для коморбидных больных и проведении клинических исследований сочетанного применения психотропных средств у пациентов с двойным диагнозом.

А. В. Трусова подчеркнула **ведущую роль психотерапевтических интервенций** в лечении наркологической патологии, акцентировав внимание на методах с доказанной эффективностью, к которым относятся мотивационное интервью, когнитивно-поведенческая терапия, терапия ситуационного контроля и семейная терапия.

На заседании наркологической секции 17 мая, которое длилось в течение всего дня, прозвучали 32 доклада, посвященные частным вопросам наркологии. Обсуждались проблемы законодательного регулирования организации наркологической помощи и оценка качества деятельности наркологической службы, особенности потребления алкоголя во время пандемии коронавируса, коморбидность алкогольной зависимости с депрессивными и тревожными расстройствами, генетические маркеры риска развития и выраженности симптомов интернет-зависимости, а также индивидуальные личностные и психологические характеристики таких пациентов. Вторая часть секции была посвящена проблемам эпидемиологии клиники и терапии состояний, связанных с употреблением наркотических веществ различных групп: опиоидов, психостимуляторов, синтетических каннабиноидов.

Хочется отметить, что организаторам XVII Съезда психиатров России удалось составить интересную и разнообразную программу наркологической секции, а докладчикам — уважать друг друга, строго соблюдая регламент, что на многих современных конференциях, к сожалению, чаще является исключением, а не правилом.

П. А. Понизовский

Важнейшее событие в российской психиатрии

На съезде была представлена статистическая классификация главы 6 МКБ-11 под. ред. Г. П. Костюка (с прекрасным адаптированным переводом М. А. Кулыгиной), рецензентами в лице крупнейших специалистов России и предисловием Н. Г. Незнанова, где указывается на “обеспечение и наиболее оптимального и не растянутого во времени процесса перехода к МКБ-11...”.

Прошедший в рамках общего съезда съезд РОП подвел итоги работы, отчетный доклад президента РОП был традиционен. Были сетования на недостаточную активность членов сообщества, на проблемы сбора членских взносов. При этом справедливо было тут же сказано, что для этого надо предоставить членам сообщества больше возможностей получать от общества хотя бы частичной независимости от произвола чиновников и защиты от закусивших удила преследования силовиков. С определенной гордостью было заявлено, что по нескольким резонансным случаям таких осуждений РОП, хоть и с опозданиями, выступила с протестами. Но при этом, естественно, кроме моральной поддержки, ничем помочь не могла, так как системы юридической защиты, программ материальной помощи, лоббирования СМИ во всех общественных организациях РФ нет, да и власть никому это не разрешает, в том числе и Национальной медицинской палате. Выяснилось, что чуть ли не половина региональных сообществ не имеет юридического статуса (!), так как нет денег на наем бухгалтера, без чего невозможно это оформление. Прекрасно понимая реалии общественной жизни в стране, все выступавшие предлагали признать работу удовлетворительной, что и было в конце съезда утверждено. Выборы нового правления прошли традиционно, т.е. списком, который заранее долго согласовывался, поэтому ни одного нового добавления или отвода не было. Также традиционно в состав огромного правления (более 100 человек) вошли все директора центров, ведущие главные врачи, множество заведующих кафедрой. **Всего несколько человек** (на уровне зав.отделений) представили практическую психиатрию (в европейских и американских сообществах их количество в разы больше).

Выборы президента, впервые за последние годы, прошли безальтернативно, единогласно был избран Н. Г. Незнанов, не получивший ни одного голоса против. Даже при абсолютно скрупулезных выборах президента РФ “многовариантность” хотя бы формально присутствовала. Сначала отсутствие какой-либо конкуренции вызвало недоумение, тем более, что было видно определенное смущение и недовольство самого Н. Г. Незнанова. Но, затем в кулуарах было объяснено, что все ведущие специалисты, кандидатуры которых обсуждались, дружно не захотели выдвигаться, мотивируя тем, что это все-таки тяжелая нагрузка (и это так), высокая ответственность, обостренное умение лавировать между действительно профессиональными интересами сообщества и все запрещающим государством, что очень неплохо получалось у Николая Григорьевича.

Также на съезде вновь возникла традиционная дискуссия, связанная с взаимоотношениями общества с фармацевтическими компаниями, инициатором которой был Б. Д. Цыганков. Но, как и ранее, выяснилось, что организация самого съезда (десятка миллионов рублей), проведение многих сателлитных симпозиумов как на самом съезде, так и научных конференций вне его — невозможно на мизерные взносы членов сообщества, учитывая, что до половины врачей в стране “забывают” их внести. Не будем ханжами — большинство участников съезда (не только ведущих столичных специалистов и региональных руководителей больницами и кафедрами, но и обычные врачи) также воспользовались предложениями фармацевтических компаний, что не совсем этично, но привычно. Правда, впервые прозвучало вполне обоснованное опасение — а не заходит ли власть, которая везде видит “внешний вред” обратить пристальное внимание на финансовую помощь западных фармакомпаний, обвинив “при случае” сообщество, что оно “иностранный агент” и даже потребует это зарегистрировать. Но было объявлено, что это “вряд ли возможно”, так как “все понимают” — без этой финансовой помощи не то, что общественная психиатрическая работа прекратится, но будет даже очень трудно издавать журналы, российским ученым участвовать в конгрессах за рубежом и т.п. и т.д.

Впечатление от сессий. Я коснулся только тех, на которых присутствовал на всех докладах и принимал активное личное участие. **Секция “Аффективные расстройства”** вызвала такой большой интерес, что желающих оказалось в несколько раз больше, чем посадочных мест (недочет организаторов, выбравших очень маленький зал для обсуждения проблем самых распространенных душевных заболеваний в мире). Практически все сообщения были информативны, некоторые дискуссионны. В. Н. Краснов сообщил о психосоциальном патоморфизе депрессий за последние 20–30 лет, попытавшись дать объяснения этому. Е. Г. Костюкова представила алгоритм лечения биполярной депрессии, очень четкий, клинически выверенный и совершенно практичный. Следует заметить, что практически все рекомендации, что выходят из Федерального центра терапии и реабилитации НИИП под многолетним руководством С. Н. Мосолова сделаны на высоком уровне, продолжая дело Г. Я. Авруцкого. Несколько сообщений (Н. Н. Петрова с соавт.; Е. Д. Касьянов с соавт.) рассматривали соотношение депрессии и тревоги. В последующей дискуссии по сообщению О. С. Антиповой было высказано соображение, что вегетативные и другие психосоматические явления фактически указывают на “слабое место” в соматическом статусе и в будущем могут оказаться великолепным маркером для профилактики и лечения именно соматических заболеваний. Я. В. Малыгин и Б. Д. Цыганков сообщили о проблемах необыкновенно широко распространенной самомедикации населения при аффективных и невротических расстройствах до обращения к врачам. Р. В. Ахапкин рассказал

А. Я. Перехов

о значении когнитивных нарушений при депрессиях, сосредоточившись именно на диагностике. Кибитов А. А. с соавторами рассмотрели весьма спорную тему об использовании подшкалы HADS-D для сканирующего фенотипирования депрессии. Ю. Ю. Осадчий выступил с оригинальным сообщением по гендерным различиям при депрессиях, указав, что в эпоху эмансипации не надо забывать о сугубо мужских проявлениях депрессии, большей частотой суицидов, самолечением ПАВ и др. Продолжением этого доклада было сообщение Тювиной Н. А. с соавторами о половых и гендерных различиях при БАР. Явное оживление вызвал доклад М. Н. Дмитриева о латентных расстройствах биполярного спектра среди студентов преимущественно медицинских университетов и факультетов. В прениях на секции на вопрос автора этих строк С. Н. Мосолову — не опасается ли сообщество перевода антидепрессантов как класса психотропных лекарств в ранг “сильнодействующих”, что позволит МВД внести их в и в так огромный круг лекарств (прекурсоров), при использовании которых нельзя будет водить автомобиль, последовал ответ, что “говорить пока не о чем”. При уточнении, что МВД повторно пытается это делать, подавая соответствующие проекты в Госдуму, что таких законодательных положений в отношении лекарств нет ни в одной стране мира, что наряду с психотропными лекарствами список предлагается расширить вообще всеми препаратами, где указаны седативные или снотворные эффекты, например, антигистаминными — было с некоторым раздражением указано, что “это практически крайне маловероятно” и, что если это произойдет, то тогда и будем “обсуждать и протестовать”. Но, если на фазе принятия решения медицинская и психиатрическая общественность еще может как-то повлиять на события, то после принятия закона никаких шансов на это нет. В Ростовском сообществе психиатров мы специально организовали он-лайновую конференцию, где практически все участники согласились с тем, что такого типа запреты не имеют абсолютно никакого отношения к заботе о здоровье и безопасности граждан. Главная составляющая — это коррупционная, которая позволит определенным сотрудникам ДПС и некоторым судьям резко увеличить суммы взяток за непривлечение к ответственности (лишение водительских прав), что и сейчас широко делается при “остаточном алкоголе”, следов корвалола, бензодиазепинов, противоэpileптических препаратов и т.д.. В крупных городах суммы поборов стали достигать уже сотен тысяч рублей. Если это станет “законной практикой”, то определенная часть пациентов, принимающая антидепрессанты с профилактическими целями, предпочтет обходиться без них. Вероятность рецидива депрессий возрастет. Хорошо известно, что именно антидепрессанты являются лучшим лекарственным способом превенции самоубийств при наличии главного провокатора суицидов — аффективных расстройств. Но ведь провоцирование смерти собственных граждан (как это, например, происходит при драконовских ограничениях на обезболивающие наркотики при онкологических заболеваниях) всегда считалось преступлением.

Секция сексологии и сексопатологии заняла весь день и состояла из трех подсекций и включала в себя более 20 докладов, поэтому я позволю остановиться на наиболее значимых или интересных. Вначале все присутствующие почтили память замечательного ученого и популяризатора, прекрасного врача, очень творческого человека (писателя и даже актера) Л. М. Щеглова. Ведущие руководители из Петербурга и из Москвы (соответственно Б. Е. Алексеев и Н. Д. Кибрик) традиционно коснулись проблем организации. Стеняева Н. Н. с соавторами рассказали о некоторых гинекологических аспектах сексологии. Сообщение И. Ю. Кана и М. И. Ягубова было посвящено компульсивной мастурбации, полностью связанной с психическими заболеваниями. Весьма спорным было выступление А. П. Булаха о работе врача-сексолога в интернет-пространстве. Основное возражение против рекомендаций как можно шире использовать такую деятельность врача заключалось в сомнении — можно ли такое взаимодействие с пациентами (а чаще с клиентами) называть клиническим? А. И. Федорова сумела за 15 минут донести весьма значимую информацию о диагностике и лечении снижения либидо. В. А. Шахраманян, единственный гость из-за рубежа на этой секции (Армения) в очередной раз показал, что преждевременная эякуляция как психосоматическая проблема не имеет почти никакого отношения к диагнозу “хронический простатит”, который вне РФ и некоторых бывших республик СССР давно исключен из списка заболеваний, вызывающих ЭД и преждевременную эякуляцию. И. А. Басинская с соавторами вызвала большое внимание к сообщению по результатам принудительного лечения педофилов, признанных невменяемыми, в специализированных больницах. К большому сожалению такого же сообщения, но о лечении в местах лишения свободы тех же педофилов, но признанных вменяемыми, на съезде не было. Е. А. Кульгавчук рассказал об опыте работы с сексологическими пациентами семейной пары (он сам как врач, жена — как клинический психолог), указав, что примером для них были Мастерс и Джонсон. После заседания затем шутили, что опыт то хорош, но как его повторить остальным — специально жениться на таком специалисте или переучивать мужа/жену? Но настоящая клиническая и даже идеологическая битва возникла на подсекции расстройств половой идентификации, на которой даже присутствовали два человека с трансгендерными проблемами, осуществивших переход Transitioning person и даже получивших возможность выступить (естественно с критикой психиатров, которые мешают свободному самоопределению). М. И. Ягубов представил новую классификацию МКБ-11, самое печальное в которой — перевод всех расстройств половой идентификации из ранга собственно психических заболеваний в сборную непонятную “солянку” сексуальных расстройств, вообще не представленных в главе 06. Концепция “социализированной и правозащитной” психиатрии в области именно сексуальных расстройств далека от клинической действительности. Безудержная депатализация гендерной дисфории и гипердиагностика только определенной части парафилий (только

тех, которые могут нанести вред “другому живому существу”). Г. Е. Введенский сделал вводное сообщение, указав на очень частую коморбидность гендерной дисфории с разнообразными психическими расстройствами. В русле таких же взглядов были сообщения Старостиной Е. М. и Ягубова М. И. о связи нарушений половой идентичности с шизофренией. Дьяченко А. В. с соавторами указал на резкое нарастание среди обращающихся в последние годы с запросом на изменение пола числа лиц с заболеваниями шизофренического спектра. А. Я. Перехов рассказал, в каких случаях вообще возникает стремление изменить пол: истинный транссексуализм, некоторые формы сексуальной зависимости, личностные расстройства и гомосексуальная ориентация, шизофрения и шизотипическое расстройство, а также у формально здоровых лиц. Также было указано, что у части психически нездоровых людей (в частности у фетищных трансвестов) смена пола не привела к катастрофическим последствиям. О психологии самосознания при мужской трансгендерности было доложено Г. Н. Алексеевой. Е. М. Чумаков с соавторами показал результаты скрининга психосоциальной адаптации трансгендеров в РФ, как и ожидалось — очень непростой. Скорее всего, патриархально-консервативные властные структуры скоро опомнятся и еще более ухудшат их адаптацию, выпустив законы по типу “запрета пропаганды...”. В. Д. Менделевич как всегда в блестящей ораторской форме посвятил свой доклад утверждению, что небинарная и трансгендерная идентификация не имеют отношения к клинической психиатрии, так как не содержат в себе психопатологических признаков, солидаризовавшись с мнением западных специалистов, не видящих вообще психических заболеваний в генезе многих случаев гендерной дисфории. А в РФ, по достоверным данным Г. Е. Введенского и С. Н. Матевосяна — у 32 % диагностировались расстройства шизофренического спектра. Все же оговорившись, что иногда бывают случаи коморбидности с “настоящей шизофренией” (т.е. бредовой) Владимир Давыдович заявил, что желание изменить пол имеет психологические, психосоциальные предпосылки и являются правом “свободной личности”. Параллельно выяснилось, что главное в расстройствах шизофренического спектра, т.е. личностно-негативная симптоматика не имеет существенного значения, а понятие “эндогенного” в психиатрии безнадежно устарело (?!). Основными оппонентами в дальнейшем оказались В. Д. Менделевич и О. А. Бухановская, как сопредседатели подсекции, на высоте их спора даже появились межличностные выпады. Это произошло из-за того, что В. Д. Менделевич заявил, что уже в трех случаях отверг неправильные диагнозы шизофрении у трансгендеров, желающих изменить пол, которые были выставлены в Ростове-на-Дону, в ЛРНЦ “Феникс” и соответственно дезавуировал решение о нежелательности смены пола. В очень эмоциональной форме

О. А. Бухановская парировала тем, что заниматься такой сложной проблемой желательно тем, кто специализировался много лет по этой проблеме, как в научном, так и практическом плане. Действительно, за 40 лет работы кафедры психиатрии Ростовского мединститута, а затем крупнейшего частного центра “Феникс”, созданного А. О. Бухановским было обследовано почти 1,5 тысячи человек, была выпущена первая в РФ монография А. О. Бухановского “Транссексуализм и сходные состояния”. Созданный А. О. Бухановским четкий алгоритм обследования и диагностики (в том числе и уникальных опросников и шкал) доказал свою эффективность. Кстати, минимальная длительность всего обследования как была, так и есть — не менее трех недель ежедневного очного общения с пациентом. Принятие решения — только консилиумом в количестве не менее четырех специалистов (личный врач, руководитель центра, научный консультант, ведущий клинический психолог). Огромное значение придавалось и придается не только психическому статусу, но и динамике возникновения половой дисфории и объективизации всех сведений, которые представляются для принятия решения. Фактически столкнулись две концепции оказания помощи — патерналистская (с элементами ортодоксальности) и либерально-партиерская (с элементами анти-психиатрии). С точки зрения О. А. Бухановской врач (психиатр) должен нести ответственность за дальнейшую судьбу человека, обратившегося с просьбой об изменении пола. В доказательство были приведены очень высокие цифры нарастающей декомпенсации у многих людей, сменивших пол, вплоть до достоверного увеличения числа суицидов. Ему надо помогать на всех этапах медицинского и правового перехода в случаях транссексуализма, как врожденной аномалии без психических (психопатологических) нарушений; не “попытываться” такому переходу при психических заболеваниях, предлагая помочь или, хотя бы, не давать “психиатрического разрешения”. В. Д. Менделевич (вслед за Д. Д. Исаевым) считает, что дело психиатра — исключить только явные психотическое уровня расстройства, а при их отсутствии — минимизировать вмешательство психиатров в жизнь и судьбу людей с половой дисфорией. Г. Е. Введенский в заключительном слове попытался найти частично компромиссное решение, поддержав предложение А. Я. Перехова об экспертном судебном принятии решения в спорных случаях обнаружения психической патологии. Фактически речь тогда пойдет о процессуальной дееспособности таких людей.

В заключение: мы все живем в трудные времена, во все более несовременной стране (термин В. Иноземцева), прекрасно при этом помним, что жить в обществе и быть полностью независимым от него невозможно, Съезд это учел, фактически предложив “практику малых дел” без попыток реформирования психиатрического сообщества.

А. Я. Перехов, делегат от регионального отделения РОП, вице-президент НПА России, доцент кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии РостГМУ

Психиатрия Макдональдса

В С.-Петербурге состоялся XVII съезд психиатров России¹. За шесть лет после предыдущего съезда психиатров в Казани (см. “МГ” № 1 от 13.01.2016) в отечественной психиатрии произошли существенные изменения. На протяжении четырех дней около тысячи очных и более 2,5 тыс. онлайн участников из 39 стран и 50 областей России обсуждали тревоги и надежды самой гуманитарной из медицинских специальностей под девизом “Интердисциплинарный подход к коморбидности психических расстройств на пути к интегративному лечению”.

Шизофрения, как и было сказано

Масштабные психиатрические форумы всегда вызывают повышенный интерес общественности. Нынешний не был исключением. В кулуарах съезда распространялось обращение группы “Наука за правду” “Заштите научный суверенитет и демографическую безопасность России”, которое, если верить автором, поддержали более 50 тыс. человек. Как следует из его текста, “25 мая 2019 г. государства-члены ВОЗ, в том числе и представители России, согласились принять одиннадцатый пересмотр Международной классификации болезней (МКБ-11), который должен вступить в действие 1 января 2022 г.”. Авторы опасаются, что “принятие рекомендуемых ВОЗ представлений о “психической норме” и “нормах сексуального поведения”, сформулированных в МКБ-11 (...) может способствовать сокращению репродуктивного потенциала России, поскольку данная классификация нормализует гомосексуализм и транссексуализм как варианты здорового поведения человека”. “Каждый, поддержавший это обращение, может встать между вредоносным диктатом политической корректности Запада и будущим России, защитив детей и грядущие поколения от преднамеренной депопуляции”, — пишут анонимные авторы петиции. Впрочем, с критикой МКБ-11 солидарны, правда, по другим основаниям, многие психиатры, включая президента Независимой психиатрической ассоциации России (НПА) Юрия Савенко, названного агентом ЦРУ в вывешенной на сайте РОП статье.

Всем делегатам съезда выдавалась толстая книга (432 с.) в красной обложке — русский перевод шестой главы “Психические и поведенческие расстройства и нарушения нейропсихического развития”

МКБ-11, изданный на мелованной бумаге под редакцией председателя правления Московского отделения РОП, главного психиатра Москвы проф. Георгия Костюка. Этот текст стал предметом горячего обсуждения. В своем пленарном докладе генеральный секретарь Всемирной психиатрической ассоциации (ВПА) проф. Петр Морозов говорил об угрозе психологизации психиатрии, кризисе МКБ и цитировал немецкого коллегу, назвавшего подход ВОЗ к классификации “психиатрией Макдональдса”.

Общей психопатологии и классификации психических расстройств была посвящена специальная сессия, где выступил член-корр. РАН Борис Цыганков (МГМСУ им. А. И. Евдокимова). “Классификация создана для фельдшеров и врачей общей практики”, — сказал он о МКБ-11. За ней видны уши страховых компаний: “Врачей ориентируют не на ремиссию, а на то, чтобы больной не был опасен для окружающих”. Советская психиатрия, воврав в себя традиции немецкой и французской психиатрии, была ориентирована на результат (т.е. ремиссию), который зависит от нозологии. В МКБ, наоборот, доминирует дименсиональный подход. Но ведь одни и те же синдромы имеют разную прогностическую значимость. Учить психопатологию долго и тяжело, в отличие от запоминания простых алгоритмов. Как писал Карл Ясперс, “в первую очередь психиатрам надо научиться думать”, а мышление американского врача, считает Цыганков, примитивно. Уже в МКБ-10 вместо “болезней” фигурируют “расстройства”. “Что такое “шизотипическое расстройство”??”, — недоумевает Цыганков. Размыты понятия “невроз” и “психопатия”. Чем отличается “посттравматическое стрессорное расстройство” (ПТСР) и затяжное реактивное состояние? В чем отличие “обсессивно-компульсивного расстройства” (ОКР) от “патологического накопительства”? В МКБ-11 эти тенденции лишь усилились: “От врача не требуют клинической диагностики”.

Особой остротой отличалась полемика по вопросам сексопатологии. Как отметил д.м.н. Михаил Ягубов (НИИЦ психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского, Москва), в МКБ-11 транссексуализм исключен из класса “психические расстройства”, “фригидность” заменена “недостаточностью генитальных реакций”, удалена рубрика “повышенное половое влечение” и т.д.

Нельзя не упомянуть эмоциональное выступление к.м.н. Ольги Бухановской (Ростов-на-Дону) о трансгендерности. “Это не медицинский, а социальный термин”, — утверждает она. Если раньше были единичные случаи смены пола, то теперь требований операции для изменения половой принадлежности стало намного больше. Бухановская продолжает дело своего отца — проф. Александра Олимпиевича Буха-

¹ Текст печатается с исправлением автором ошибок газетного издания, в котором, в частности, XVII съезд психиатров России именовался съездом РОП. Хотя само Российское общество психиатров не претендует на это, НПА России на этом съезде впервые полностью игнорировалась, что в ходе съезда было скорректировано.

новского (1944 – 2013), известного своими работами по транссексуализму. “Мы те слоны, которые будут идти дальше. А [авторы] МКБ-11 — это те шавки, на которых слон не обращает внимания!!!”, — заявила она с трибуны съезда, показав слайд с изображением храма Артемиды (как известно, сожженного Геростратом). “Вы лично какие труды создали? Так почему вы все рушите?” — обратилась Бухановская к нынешним геростратам. “Она здоровая?” — спросила, выходя из зала, одна из слушательниц. Впрочем, психиатрам присуща особенность ставить друг другу диагнозы. “У него размытое мышление”, — сказал один из них о своем коллеге, часто задававшем вопросы. На одной из сессий моя соседка увлеченно читала “Записки сумасшедшего” Н. В. Гоголя, почти не обращая внимания на докладчиков. Очевидно, это классическое произведение для психиатра интереснее скучных докладов.

На съезде в очередной раз говорилось о необходимости национальной психиатрической классификации. Но почему же она до сих пор не создана? Потому что, как точно заметил в дискуссии проф. Владимир Менделевич (Казань), “наша специальность построена на консенсусе. Нужно убедить весь мир в отечественной классификации”. Пока, к сожалению, к консенсусу прийти не удается. Например, что считать шизофренией? Почему по мировой статистике распространенность этого заболевания составляет 1 %, а в Москве — 2,2 %? Чтобы человек имел право бесплатно получать дорогостоящие препараты и пособие по инвалидности. Не этим ли объясняются чудеса отечественной медицинской статистики? Как прозвучало в докладе главного психиатра МЗ члена-корр. РАН Зураба Кикелидзе, за прошедшую пятилетку общая психическая заболеваемость в стране снизилась на 8,1 %, число первично заболевших — на 20 %, а количество инвалидов по психическим болезням не изменилось, и превышает миллион человек. Треть из них — шизофреники.

Патриарх отечественной психиатрии акад. РАН Анатолий Смулевич (1 МГМУ им. И. М. Сеченова) и его коллеги выдвинули новую теорию шизофрении, основанную на иммунологическом подходе. Воспаление рассматривается как ключевой звено широкого спектра заболеваний, в том числе психических и нейродегенеративных. Увеличение маркеров воспаления коррелирует с психопатологической симптоматикой. Активация микроглии приводит к синтезу цитотоксических метаболитов, что, в свою очередь, вызывает дисбаланс нейротрансмиттерных систем.

Дуракам закон не писан

Правовые вопросы психиатрии обсуждались на круглом столе под председательством проф. Георгия Костюка. Он резко критиковал принятый в 1992 г. “Закон о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”, который, по его мнению,

устарел, не регулирует наркологическую и психотерапевтическую помощь и психологическую деятельность, недостаточно защищает права психиатров в случае принудительной госпитализации больных, внутренне противоречив (статьи 15-я и 23-я противоречат друг другу) и противоречит другим законам. Декларированная в законе служба защиты прав психически больных не создана.

С этой критикой солидарен выступивший на круглом столе заместитель министра здравоохранения РФ к.м.н. Олег Салагай, отметивший, что понятие психиатрической помощи не исчерпывается назначением лечения, но включает в себя освидетельствование и судебно-медицинскую экспертизу. Присутствовавший в зале врач скорой помощи спросил, можно ли принудительно госпитализировать больного с инфарктом или инсультом (поскольку оставление его дома является по сути пассивной эвтаназией)? Почему нельзя принудительно помещать в стационар наркоманов и алкоголиков? Разрешено ли отбирать у госпитализированных больных мобильные телефоны и контролировать передачи им вещей и продуктов? Ни на один из этих вопросов старый закон не дает ответа. В настоящий момент разрабатывается проект нового закона об охране психического здоровья, защищающего права всех (а не только психически больных) граждан в этой сфере. С этой целью при Общественной палате создана рабочая группа, возглавляемая проф. Г. Костюком. Проект нуждается в широком общественном обсуждении, поскольку он является социально-резонансным. В противном случае, как опасается председатель Российского психологического общества и главный психолог МЗ РФ проф. Юрий Зинченко (МГУ), “поднимутвой правозащитные организации”. Профессор Костюк при разработке закона призвал шире использовать зарубежный опыт. Например, согласно принятому в Великобритании “Mental Health Act”, те, кто скрывает информацию о душевнобольном родственнике, подлежат шестимесечному тюремному заключению.

Ковид головного мозга

Доля умерших от COVID-19 медработников к числу всех умерших от этой инфекции в России — самая высокая в мире (1,3 % или 1350 человек, т.е. вдвое больше, чем в США). Влияние пандемии COVID-19 на психическое здоровье рассматривалось на специальной сессии. Проф. Сергей Мосолов (НМИЦ психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского, Москва) рассказал о психических нарушениях у медперсонала, работающего с больными COVID-19. Для оценки уровня стресса и тревоги при работе с новой коронавирусной инфекцией была переведена на русский язык и валидизирована корейская шкала SAVE-9. Выяснилось, что у 70 % медработников были симптомы эмоционального выгорания, а у 2,5 % возникли сущ-

цидальные мысли. Наиболее уязвимыми были молодые женщины и средний медперсонал, а наиболее защищенными — работающие в столицах (Москве и С.-Петербурге) мужчины. Выгорание характеризуется эмоциональным и энергетическим истощением, дегуманизацией (чувством отстраненности и цинизмом на работе) и снижением профессиональной эффективности. В результате развиваются депрессия и реактивные психозы. В качестве первоочередных профилактических мер рекомендованы скорейшая вакцинация медработников и выявление лиц из группы риска с помощью валидных шкал-опросников.

Проф. Марина Артемьева (РУДН, Москва) проанализировала данные о психических расстройствах при COVID-19. У выживших наблюдается астения и эйфория, расстройства пищевого поведения (анорексия, булимия, компульсивное переедание, синдром ночной еды). Описаны постковидные психозы. Удивляют безграмотные рекомендации МЗ использовать для диагностики психозов шкалу комы Глазго.

Главный психиатр С.-Петербурга, член-корр. РАН Александр Софонов отметил, что психически больные люди наиболее уязвимы для инфекционных заболеваний. В городе имеется 5 тыс. психиатрических коек и еще 6 тыс. коек — в психоневрологических интернатах (ПНИ). В марте 2020 г. психиатрические стационары были закрыты для посещения, отменены продуктовые передачи. В апреле — перестроена работа психоневрологических диспансеров (ПНД), большинство больных стали получать помощь на дому, началось дистанционное консультирование специалистов в перепрофилированных многопрофильных стационарах, куда поступали душевнобольные. В апреле и мае 2020 г. ряд отделений психиатрических больниц С.-Петербурга был перепрофилирован под лечение больных с COVID-19. Разработана маршрутизация больных с психическими расстройствами и COVID-19.

Хождение по тестам

В государственной системе здравоохранения ощущается постоянная нехватка психиатров. Более 40 % ставок вакантны. Почему студенты не хотят идти в психиатрию? Ольга Задорожная (С.-Петербург) представила исследование психики 290 студентов-медиков первых и шестых курсов в Петербурге и Омске. В половине случаев выявлялась тревога и депрессия. Клинически выраженная депрессия достоверно чаще отмечалась у первокурсников обоих медицинских университетов. Распространенность тревожных расстройств за время учебы снижалась. Уровень тревоги и депрессии оказался связан представлениями студентов о своем будущем. После окончания университета студенты мечтали уйти в декрет, выспаться, путешествовать, и выражали разочарование в выбранной специальности (“Медицина — это не про

меня”, “Мои мечты разбились о реальность. Врач давно уже не имеет того статуса, что было раньше”). По мнению докладчика, преподаватели должны искать новые подходы для формирования ценностных ориентаций студентов. Студентам нужен куратор, способный их понять и мягко мотивировать.

Проф. Андрей Шмилович (РНИМУ им. Н. И. Пирогова, Москва) отметил, что из 900 студентов, поступающих на лечебный факультет в его вузе, получают врачебные дипломы только 400. Большинство отсеивается на первых курсах. Современный российский студент — это “человек, прошедший через психотравмирующие жернова ЕГЭ, с ускорением развития когнитивных функций и задержкой развития аффективной сферы и коммуникативных навыков, вступающий в крайне сложные отношения с преподавателями”. Его психическое здоровье характеризуется высоким уровнем невротизации, злоупотреблением психостимуляторами, широким распространением аддиктивного, суициального и аутодеструктивного поведения. Наблюдаются феномен “тестовой интоксикации”, приводящий к когнитивному параличу на старших курсах (блестящие знания учебников и тестов и беспомощность у постели больного).

Для экстренного исправления сложившейся ситуации предлагается: включение в обязательную программу первого курса лекций и семинаров психопрофилактической направленности, организация анонимной и бесплатной студенческой психотерапевтической поликлиники, психологические тренинги по повышению стрессоустойчивости в период сессий, Балинтовские группы для преподавателей, телефон доверия для студентов, устранение определяющей роли тестов в итоговой экзаменационной оценке, снижение числа экзаменационных вопросов, требующих механического запоминания рутинной информации, развитие медицинской логики и клинического мышления, развитие студенческой науки.

На студенческий кружок кафедры психиатрииходит 50 – 70 студентов, но психиатрами затем почти никто из них не становится. Как отмечено в проекте Резолюции съезда, “сокращение первичной сети противоречит здравому смыслу и во многом обусловлено кадровым дефицитом”. Число врачей-психиатров уменьшилось с 2012 по 2020 г. на 9,5 %, врачей-психотерапевтов — на 24,2 %, коечный фонд психиатрической службы сократился на 16,4 %, число мест в лечебно-трудовых мастерских (ЛТМ) — на 57,1 %, а количество работающих в них пациентов — на 75,4 %. Число психоневрологических диспансеров (ПНД) уменьшилось на 28 %, а медицинских организаций, имеющих психотерапевтические кабинеты — на 28,6 %.

**Болеслав Лихтерман, д.м.н.,
научный консультант отдела науки и
медицинского образования Медицинской газеты**

Региональный конгресс WPA

15 – 18 мая 2021 г., Санкт-Петербург

Большим успехом для отечественной психиатрии был проходивший онлайн параллельно со съездом психиатров России очень представительный региональный конгресс WPA. Помимо представителей 10-й зоны — Беларуси, Киргизии и России — в нем участвовали представители 21 страны со всех континентов: 8 европейских стран (Австрия, Германия, Великобритания, Франция, Швейцария, Швеция, Греция, Португалия), 8 азиатских (Япония, Гонг Конг и Тайвань, Индия и Пакистан, Израиль, Турция и Катар), 3 американских (Канада, США и Перу), а также Нигерия и Австралия. В церемонии открытия участвовали Афзал Джавед, Николай Незнанов, Данута Вассерман, Олег Скугаревский, Эдмонт Пай, Анна Васильева, а в закрытии первые три и Петр Морозов. Было проведено 23 заседания по разным темам, большинство которых шли параллельно.

Программа была составлена таким образом, что на первых заседаниях, посвященных проблеме психического здоровья, эту тему освещали Наталья Треушникова и Наталья Семенова с Георгием Костюком. Особое внимание было удалено проблемам МКБ-11, где выступили Д. Рид, В. Гебель, В. Позняк и дискутантом З. Кекелидзе. Большинство заседаний были посвящены коморбидности, с выступлениями В. Краснова, П. Морозова, А. Смулевича, Н. Незнанова и А. Васильевой, и др., итоги которым подвел Норман Сарториус.

Особняком стояло заседание об этических проблемах эвтаназии, которое заключал Петр Морозов (“Эвтаназия в психиатрии: Quo Vadis?”).

Только в последний момент обращением к президенту ВПА удалось добиться включения в программу доклада о 30-летии НПА России 18 мая в 14.00, помещенного “на Камчатку”. Смысл этого в современных условиях не нуждается в комментариях.

Ю. С. Савенко

Р. С. Спусти три дня по завершению съезда 22 мая я получил письмо на бланке WPA, которое, как и ответ на него от 24 мая, посланный, разумеется, на английском, приводятся ниже.

Уважаемый профессор Савенко!

Благодарим вас за участие в 20-м Региональном конгрессе ВПА по психиатрии — “Интердисциплинарный подход к коморбидности психических расстройств: на пути к интегративному лечению”

Это мероприятие не было бы столь успешным, если бы вы не вложили в него свое время и энергию. Это большая честь для нас, что Вы приняли участие в Конгрессе в качестве докладчика!

Мы верим, что знания, которыми вы поделились, очень помогут в развитии психиатрической помощи. Мы сожалеем лишь о том, что не смогли встретиться с вами лично из-за ограничений пандемии COVID-19.

Мы знаем, как драгоценno Ваше время и благодарны за то, что вы поделились им с нами. Мы с нетерпением ждем вашего участия в будущих мероприятиях.

Еще раз большое Вам спасибо! Мы надеемся увидеть Вас вновь в ближайшее время!

Проф. Афзал Джавед, Президент WPA, председатель регионального конгресса WPA в Санкт-Петербурге

Проф. Николай Незнанов, Президент Российского общества психиатров, сопредседатель регионального конгресса WPA в Санкт-Петербурге

Проф. Петр Морозов, Генеральный секретарь WPA, со-председатель научного комитета регионального конгресса WPA в Санкт-Петербурге

Проф. Анна Васильева, со-председатель научного комитета регионального конгресса WPA в Санкт-Петербурге

Глубокоуважаемый проф. Afzal Javed!

Благодаря Вашему вмешательству и посредничеству Петра Морозова препятствия моему докладу о 30-летии НПА России были устранены. Но — вопреки обыкновению — 3 минуты на приветствие при открытии съезда мне попытались не дать и пришлось осуществить это самостоятельно. Сделать это было важно, чтобы сказать, цитирую: *“Мы рады возможности сказать, что самим фактом моего сегодняшнего выступления здесь положен конец ненормальному отношению к НПА России со стороны некоторых функционеров РОП, по чьему попустительству я был объявлен на сайте РОП агентом ЦРУ. Эта элементарная непорядочность, недопустимая в профессиональном сообществе, преодолевается, благодаря усилиям генерального секретаря ВПА проф. Петра Морозова”*. Видя, как мне пытаются не дать слова, зал встретил и проводил меня дружными аплодисментами.

Отсутствие в Вашем приветствии упоминания НПА России укрепило устроителей в их беспардонности, хотя устранение такого упоминания — нередкая практика.



22 May 2021

Subject: WPA Regional Congress, Saint Petersburg, Russia, 2021

Dear Prof. Savenko,

Thank you for participating in the **20th WPA Regional Congress of Psychiatry - Interdisciplinary understanding of co-morbidity in psychiatry: from science to integrated care**. This event could not have been a success without the investment of your time and energy. It was a great honor for the Congress to have you as one of our speakers!

We believe that the knowledge you have shared will help immensely in the development of mental health care. Our only regret is that we were unable to meet with you in person due to COVID-19 pandemic limitations.

We know that your time is precious and we are grateful you shared some of it with us. We are looking forward to your participation in future events.

Again, thank you so much! We hope to see you again soon!

A handwritten signature in black ink that reads "Afzal Javed".

Prof. Afzal Javed
President WPA
WPA Saint Petersburg Regional congress chair

A handwritten signature in black ink that appears to read "Nikolay Neznanov".

Prof. Nikolay Neznanov
President Russian Society of Psychiatrists
WPA Saint Petersburg Regional congress co-chair

A handwritten signature in black ink that appears to read "Peter Morozov".

Prof. Peter Morozov
WPA general secretary
WPA Saint Petersburg Regional congress
Scientific committee co-chair

A handwritten signature in blue ink that appears to read "Anna Vasileva".

Prof. Anna Vasileva
WPA Saint Petersburg Regional congress
Scientific committee co-chair

Посылаю Вам текст выступления о 30-летии НПА России на региональном симпозиуме ВПА. Брошюра на эту тему названа “Осуществлённая утопия. Первый эксперимент профессиональной самоорганизации в России”. Это выразительный пример естественного подъема и государственного подавления реально независимой от министерства организации.

На протяжении всех 30 лет на вопросы президентов ВПА, чем они могут помочь нам, мы отвечали, что важно соблюдать **открыто выраженный паритет** в отношении РОП и НПА России. За нами симпатии значительного числа коллег.

21.05 я получил по электронной почте письмо, подписанное Вами (во что я, конечно, не верю), проф. Н. Незнановым, П. Морозовым и А. Васильевой, полное изъявлений непомерного уважения. Вместо того, чтобы написать: “Спасибо, что Вы вскрыли этот гнойник: политическим доносам не место на сайте Общества, их необходимо раз и навсегда выкорчевывать”, меня обхаживают, не помышляя о сути дела, что неконструктивно и оскорбительно. Всем известно, кого так успокаивают, и всем понятно, что клеймо агента ЦРУ — это сигнал всем не иметь дела с такой организацией.

О самом существовании НПА России ни на съезде, ни в итоговых материалах вообще не упоминается, если не считать уверений в необходимости соблюдения прав человека, что целиком является прерогативой нашей Ассоциации, которая считает такую деятельность естественной и непременной в отношении психически больных, для которых уважение человеческого достоинства — активный лечебный фактор.

24/05/2021

*Президент НПА России
Ю. С. Савенко*

А 1.06.2021 пришло письмо от вице-президента WPA проф. Дануты Вассерман следующего содержания:

Уважаемый президент НПА России
доктор Савенко!

Мне известно, что в России членами WPA являются две ассоциации. Аналогичная ситуация существует во Франции, где имеется несколько ассоциаций, в Бразилии, Аргентине, Мексике, Испании и т.д.

В соответствии с нашим уставом и правилами процедуры, все ассоциации имеют равную поддержку со стороны WPA.

Я благодарю Вас за информацию и надеюсь, что подобных проблем в будущем удастся избежать. Я также хотела обратить Ваше внимание, что на церемонии закрытия Конгресса президент WPA профессор Афзал Джавед упомянул обе российские ассоциации.

С наилучшими пожеланиями,

Данута Вассерман

М.Д., Ph. D. Профессор психиатрии и суицидологии

Руководитель и основатель Национального центра исследований самоубийств и профилактики психических заболеваний (NASP)

Каролинский институт, Стокгольм, Швеция

Директор Центра сотрудничества ВОЗ по исследованиям, разработке методов и обучению в области профилактики самоубийств

Вице-президент Всемирной психиатрической ассоциации (WPA)

Итак, полное замалчивание на съезде психиатров России самого существования НПА России, в сочетании с проведением 15 мая съезда РОП, создало впечатление, фактически у всех участников съезда, что весь съезд — это съезд РОП. Таким образом, организаторы этой акции добились своей цели. Но это пиррова победа: руководство WPA узнало об этом неблаговидном, мягко говоря, поступке РОП и приняло к сведению дискриминацию своего члена. Неужели, это трудно было предвидеть?

Президент НПА России Ю. С. Савенко

ICD-11 как этап смены парадигм в классификации психических расстройств¹

В. Н. Краснов²

Каждые 20 – 30 лет меняются классификации психических расстройств. Этот факт требует анализа с учетом изменений эпидемиологической ситуации и изменений организационной структуры психиатрической помощи, развития ее технических и кадровых ресурсов. Представленный в статье предварительный анализ этих изменений на примере ICD-11 дает основания считать, что они почти не связаны с совершенствованием диагностического процесса. Напротив, каждая новая классификация характеризуется все большей формализацией и упрощением критерии отдельных клинических форм. Неизбежные потери точности психопатологической оценки болезненного состояния компенсируются расширяющими возможностями оказания помощи значительно большему числу больных.

Ключевые слова: классификация психических расстройств, ICD-11, смена парадигм.

Каждая эпоха привносит в медицину, в том числе в психиатрию, существенные изменения. В психиатрии за последние десятилетия произошли следующие важные изменения:

1. Масштабные эпидемиологические исследования свидетельствуют о последовательном увеличении как заболеваемости, так и общей распространенности психических расстройств, а также проблем психического здоровья, нередко чреватых собственно психическими расстройствами. Среди расстройств выявляется преимущественно непсихотические расстройства: депрессивные, тревожные, расстройства адаптации, связанные со стрессом расстройства, а также патологические зависимости.

2. Важной медицинской проблемой становятся коморбидные состояния — сочетания психических расстройств и соматических либо неврологических заболеваний.

3. Изменения институциональной структуры психиатрической помощи, в частности, расширение амбулаторных форм помощи при сокращении объема стационарной помощи, все более частое включение психиатрических отделений в структуру крупных общесоматических больниц.

4. Развитие полипрофессиональной модели оказания психиатрической помощи с участием клинических психологов, специалистов по терапии занятостью, по социальной работе и др.

5. Передача полномочий по диагностике и осуществлению терапии при непсихотических, неосложненных формах психических расстройств, в частности, умеренно выраженных депрессиях, расстройствах адаптации, доступных терапии на амбулаторном уровне.

не (без опасности суицидальных или агрессивных действий) врачам общей практики. Эти специалисты являются привычной врачебной категорией в медицине большинства стран. Как правило, они имеют основательную подготовку по психиатрии, включая знание психофармакотерапии и основ психотерапии. Они выполняют важную функцию “первого фильтра” для выявления психических расстройств и их дифференциации с направлением всех больных с психотическими расстройствами, а также сложных в диагностическом и терапевтическом отношении больных в психиатрические учреждения.³

Именно эти перемены, а не определенный прогресс и усложнение наших знаний о природе психических расстройств и связях с другими медицинскими проблемами, повлияли на радикальный поворот от приближающихся к научной систематике классификаций ICD-9 [1] и DSM-IV-TR [2] с их таксономической строгостью и последовательностью, применением более или менее однородных критерии категоризации расстройств — к утилитарным и поэтому упрощенным и эклектичным принципам диагностики в последних классификациях DSM-5 [3] и следующего в ее “фарватере” (с некоторыми несущественными изменениями) проекта ICD-11 [4]. ICD-10 [5] в этой смене парадигмы понимания и формирования классификации выполнила этапную подготовительную роль. В ней уже был декларирован атеоретизм классификации как отказ от любой “идеологии”, прежде всего от психоаналитических, психодинамических концепций, а заодно и от нозологической системы в пользу синдромологического разграничения клинических форм психической патологии. Причем в качестве синдромов (в классической психопатологии

¹ V. V. Krasnov. ICD-11 as a Paradigm Shift Phase in the Classification of Mental Disorders — “Consortium Psychiatricum”, v. 2, issue 2, 72 – 75.

² Московский НИИ психиатрии — филиал Национального медицинского центра психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского.

³ К сожалению, в России до сих пор отсутствует государственная программа подготовки врачей общей практики. Поэтому вся деятельность по оказанию помощи стационарным и амбулаторным пациентам с любыми психическими расстройствами законодательно закреплена за психиатрами.

ICD-11 как этап смены парадигм в классификации психических расстройств

— иерархически организованных взаимосвязанных нарушений, а также возможных защитных, “гиперкомпенсаторных” образований) зачастую выделялись симптомокомплексы, т.е. совпадающие во времени комбинации симптомов, которые могут оказаться гетерогенными при прослеживании их в динамике.

Разумеется, в отличие от постоянно совершенствующейся систематики как упорядоченного обобщения научных знаний и новых фактов, классификация — суть документ консенсуса. Он отражает различные экспертные мнения, различные влияния, не только клинические, но и культуральные, правовые, организационные. Последние классификации DSM-5 и проект ICD-11 демонстрируют явные тенденции к упрощению диагностических категорий, а кроме того — включение в число клинических форм отдельных симптомокомплексов и даже симптомов, чаще всего гетерогенных по своей природе. Таковы, например, Hoarding (чрезмерное накопительство ненужных вещей), или Skinpicking (патологическое раздирание кожи). Названные классификации строятся на эксплицитных принципах диагностики, опирающихся на очевидные, явные проявления, преимущественно поведенческие.

Наиболее показательным примером клинически спорного и даже опасного (применительно к выбору терапии) упрощения является устранение типов шизофrenии и сведение их к единственному варианту, независимо от синдромальной структуры, течения и исходов. Впрочем, в проекте ICD-11 ужедается перечисление вариантов течения: эпизодического с актуальной симптоматикой, эпизодического с неполной ремиссией, эпизодического с полной ремиссией, а также указывается на возможность континуального течения. Пожалуй, это единственные ориентиры в отношении выбора терапии и реабилитационных мероприятий. В целом же новая классификация не включает прогностических и терапевтических указаний.

Психиатрическая феноменология в ее классическом европейском смысле (как эмпатическое, проницательное понимание переживаний больного, в соответствии с представлениями K. Jaspers [6]) практически полностью заменяется формальной регистрацией наличествующих симптомов. В этой связи стоит напомнить, что еще в 2007 году одна из лидеров Американской психиатрической ассоциации N. Andreasen опубликовала вызвавшую широкий резонанс статью под названием “DSM и смерть феноменологии в Америке” [7]. Автор предлагала обратиться к богатому опыту европейской психиатрии, полагая ущербным упрощенные тенденции в клинической психиатрии США. Однако последующие годы показали, что ее голос не был услышан. Между тем, именно феноменологический анализ позволяет психиатрам раскрыть не только нюансы болезненных переживаний пациентов, но и найти возможности сопротивления болезни, сохранные личностные качества и ценности, которые помогают сформировать партнерские отно-

шения с пациентом, так называемый терапевтический альянс.

Создается впечатление, что современная классификация адресована прежде всего врачам общей практики, а также клиническим психологам, участвующим в современной полигрессиональной работе с пациентами. На долю психиатра остается более сложная и ответственная функция, связанная с лечением “трудных” больных, не только с психотическими формами, социально опасными тенденциями, но и с явлениями терапевтической резистентности, которая в последние годы становится все более частой терапевтической проблемой.

Некоторые специалисты в стремлении создания в будущем новых классификаций предлагают уже полностью оторванные от клинической практики умозрительные проекты. Так в недавних публикациях обсуждается т.н. иерархическая таксономия психопатологии (HiTOP). Она представляет собой многоуровневую структуру: на верхнем уровне располагается general фактор, объединяющий наибольшее число корреляционно взаимосвязанных симптомов, ниже расположены разнонаправленные конструкты “интернализации” и “экстернализации”, еще ниже — разнородные симптомы [8, 9].

На этом фоне ICD-11 выглядит более основательной. Она вполне приемлема для статистической регистрации присутствующих в классификации нозографических единиц. Однако в реальной практической работе психиатр общеевропейской и русскоязычной психопатологической традиции наверняка будет стремиться к раскрытию всего богатого клинического содержания с опорой не на статистический диагноз (его он отметит на обложке клинической карты), а на индивидуализированный (внутренний) диагноз в каждом конкретном случае.

Нельзя не отметить и некоторые положительные тенденции, намеченные в новой классификации. В частности, они касаются приближения в некоторых разделах к построению функционального диагноза. Особое внимание уделяется возможностям социального функционирования, до заболевания, на разных этапах его течения и в ремиссии. Это представляет собой наиболее сильную сторону новой классификации.

Кроме того, при переводе классификации ICD-11 на национальные языки могут быть использованы дополнительные коды и специальные комментарии, т.н. специфicatorы, которые позволяют приблизить ту или иную категорию расстройств к реальной практике. Это поможет также сделать положения классификации более приемлемыми для образовательной деятельности.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. World Health Organization. International statistical classification of diseases, injuries, and causes of death, 9th revision. Geneva: World Health Organization, 1979.

2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4rd ed. Washington: American Psychiatric Association, 1994.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical of mental disorders, 5th ed. Arlington: American Psychiatric Association, 2013.
4. World Health Organization. ICD-11 guidelines. <https://gcpnetwork/en>.
5. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization, 1992.
6. K. Jaspers. Allgemeine Psychopathologie. Berlin: Verlag von Julius Springer, 1913.
7. N. Andreasen. DSM and the death of phenomenology in America: An example of unintended consequences. Schizophr. Bull. 2007. Vol. 1, № 1: 108 – 112.
8. R. Konov, R. F. Krueger, D. Watson. A paradigm shift in psychiatric classification: the Hierarchical Taxonome of psychopathology (Hi-TOP). World Psychiatry. 2018. Vol. 17, N. 1: 24 – 25.
9. B. Lahey, T. Moore, A. Kaczkurkin, D. Zald. Hierarchical models of psychopathology: empirical support, implications, and remaining issues. World Psychiatry. 2021. Vol. 20. N1: 57 – 63.

Против девальвации понятия “коморбидность”¹

Ю. С. Савенко

Показано расширительное использование понятия “коморбидность” в отношении разноуровневых, различнокачественных и разнокалиберных клинических и патогенетических форм, вплоть до отождествления его с высокой интеркорреляцией элементарных симптомов одного заболевания, что деваливирует само это понятие.

Ключевые слова: коморбидность в соматологии и психиатрии.

Существует множество примеров высокой значимости адекватного выбора именований и укоренившихся терминов, их вульгаризации, многозначности и стирания границ, в частности, между термином и понятием “коморбидность”. Для обширной литературы по этой проблематике характерно фактически отсутствие рецепции наиболее исчерпывающих работ Артура Кронфельда (1940) о синдромологии в психиатрии и V. de Groot et oth. (2003), разработавшего иерархический порядок выставляемого больному диагнозов, независимо от профиля отделения, в котором он лечится, тогда как центрация этого до сих пор искажает статистические данные.

Понятию “коморбидность” наиболее отвечает интердисциплинарный подход в рамках соматологии, тогда как частая либо, наоборот, крайне редкая сочетанность неврологических, соматических и системных заболеваний с психическими расстройствами, — более редкая и более сложная проблематика. В ней следует всегда иметь в виду знаменитую “Критику психосоматики” Вайтбрехта. Однако, многие авторы говорят не только о транснозологической и транссиндромальной коморбидности, но даже кластерной коморбидности, что не может заменить клинико-синдромологический подход.

Наиболее демонстративен пример сочетания депрессии и тревоги, наделение их различным нозологическим значением, либо фактическим отождествлением в рамках единого аффективного расстройства.

¹ Выступление на XVII съезде психиатров России. С той же позиции выступил Н. А. Зорин <https://www.academia.edu/resource/work/37966328>

И депрессия, и тревога, как симптомы и синдромы, — одна из общеизвестных типовых картин аффективных расстройств. Но совсем другое говорить о них как болезнях, исторически сложившихся, когда Вернике выделил “психоз страха” (1894), Фрейд — “невроз страха” (1895) и “истерию страха” (1908), Бонгэффер — один из типов симптоматических психозов (1908), а школа Клейста — Леонгарда — циклические “психозы страха — счастья” (1957) и тревожно-экстатические и тревожно-пророческие бредовые психозы (1957), что соответствует шизоаффективным и шизофреническим психозам. До сих пор рассмотрение этих совершенно разных расстройств на равных под разными именованиями представляет девальвацию разграничения неврозов и психозов, а точнее пограничных и психотических аффективных расстройств, вопреки классическим исследованиям Курта Гольдштейна, девальвацию понятия “психотического уровня дезорганизации психической деятельности” — одного из ключевых понятий общей психопатологии, наряду с таким как “развитие или процесс”, а также игнорирование существования психотического страха (тревоги), который по самой своей природе препятствует бредообразованию.

Нередкое обозначение коморбидностью сопровождающие определенные психотические состояния универсальные неспецифические неврозоподобные расстройства девальвируют этот термин.

Наличие промежуточных форм — негодное основание для снятия этой проблемы: из нее вырос структурный анализ с дифференцированным описанием этих промежуточных форм и выделением ядерных психотических и непсихотических типов по глубине психического расстройства, с одной стороны, и де-

Против девальвации понятия “коморбидность”

пресивных и тревожных по клинико-феноменологическим проявлениям — с другой.

Имеющиеся данные свидетельствуют, что преобладание тревожного синдрома при биполярном аффективном расстройстве говорит о наличии патологически отягощенной почвы (травматической, интоксикационной, органической), но представляет не разнообразные комбинированные и не так наз. смешанные состояния. Рассмотрение этого как коморбидности нескольких заболеваний представляется часто искусственным, так же как “коморбидность масок” и “коморбидность маскированных состояний”.

Но это не означает подтверждения унитарной концепции депрессивных расстройств, так как краевые психотические чисто тревожные (анксиозные) и чисто депрессивные (меланхолические) синдромы имеют разную патогенетическую основу.

Вряд ли продуктивно говорить также о коморбидности алкоголизма и панических атак, алкоголизма и тревожных расстройств, так как они представляют частый радикал (модуль) в динамической структуре алкоголизма, подобно пароксизмам вегето-сосудистой дистонии, которыми они часто и являются. Наконец, важно указывать, о какой стадии хронического алкоголизма идет речь, какова — психотическая или непсихотическая — глубина тревоги и т.д. Современные компьютерные программы позволяют оперировать не би-, а мультиморбидными массивами данных, и находить типовые созвездия болезней, где значима их конфигурация. Но эффективность всех этих новшеств всегда зависит от добросовестно собранных первичных клинических данных.

Понятие “коморбидность” содержит опасность гипостазирования (объективации) собственных диагностических категорий. С другой стороны, большая распространенность и высокая клиническая значимость коморбидности инициировали предложение проф. Б. Н. Пивеня о включении в рубрики МКБ-11 сочетанных форм психических расстройств.

Наконец, есть еще одна важная, но неучитываемая сторона этого вопроса. В серии работ мы аргументировали, что исходя из традиционной онтологической классификации наук, их разделения на науки о неживой и живой природе, душевных (психологических) и духовных (гуманитарных)² явлениях, т.е. так наз. однослойные науки, тогда как психиатрия принадлежит к многослойным наукам и соотносится в здоровой норме не с психологией, как по инерции предполагается, а с антропологией в широком смысле слова и представляет патологическую антропологию. В 1901 г. “Логические исследования” Гуссерля окончательно показали несостоятельность психологизации, пропитавшей все знания, даже логику и саму психологию, что послужило созданию феноменологического метода, как беспредпосыльочного описания, кото-

рое превращает субъективные показания в объективные данные. Введение феноменологического метода в реалистически упрощенной форме в психиатрию Ясперсом стало поворотным рубежом в истории нашего предмета, до сих пор — из-за трагических событий XX века — в полной мере не усвоенного.

Словесное совпадение значительной части категориального аппарата психологии и патопсихологии с психопатологическим, почти тотальная омонимичность ведет к фундаментальной путанице, девальвации многих положений, основанных на корреляции разнокалиберных и разнородных данных, и даже приятию ей причинного значения.

Понятие коморбидности исторически было предложено в отношении соматических заболеваний биологически мыслящими терапевтами, где было вполне адекватным. Перенесение его в психиатрию требует намного более тонко дифференцированного подхода.

Противостоящий качественному феноменологическому индуктивный подход дает общую сетку координат и граничный интервал для основной совокупности, исключая краевые случаи. Но даже если их 3 – 7 %, это очень много, когда речь идет о лечебных решениях, так как краевые случаи всегда сопряжены с наибольшими диагностическими и лечебными рисками.

Индуктивный подход — до сих пор базовый для “протоколов лечения” — это стандартизация лечения больных простота и удобство которого, снимая усилив и ответственность, прогнозируемым образом минимизирует всякую индивидуализацию. Этот подход — “пагубная самонадеянность” узких специалистов, снисходительно до пренебрежимости относящихся к мнениям семейных врачей. Это только кажущийся парадокс, что видно из знаменитых ошибочных заключений академических светил в отношении школьных случаев, как это произошло, например, с гибеллю Кербикова. Узкие специалисты часто слишком доверчивы к методам односloйных наук, тогда как **необходим консенсус с мнением врачей общей практики**, опыт которых, как и опыт психиатров, опирается на целостный клинический подход, который чужд узкой специализации. Конкретизация изложенных представлений с опорой на анализ типовых ошибок открывает широкий горизонт необходимых исследований. Следует всегда помнить о многозначности используемых понятий, их омонимичности и ошибках по типу “ложных друзей переводчика”.

Все это требует более строгого дифференциированного и **ответственного словоупотребления понятия “коморбидность”**. Необходимым делается указание на обозначение этим термином, по крайне мере, одного или всех следующих трех аспектов рассмотрения:

- 1) меры интердисциплинарности (разных систем организма в соматологии или клинико-психопатологических структур в психиатрии);
- 2) соразмерности (психотической или непсихотической глубины) сочетанных расстройств и
- 3) общности патогенетических механизмов.

² Само обозначение “гуманитарные” указывает на их специфически человеческую природу: символические содержания сознания, доступные только зрелому человеку.

КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ

Диссоциативное расстройство идентичности

Разбор¹ ведет А. А. Шмилович², врач-докладчик П. С. Свечникова³

Цели клинического разбора:

Дифференциальная диагностика.

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

Выбор стратегий и тактик психофармакотерапии и биopsихосоциальной реабилитации пациентки.

Определение социально-трудового прогноза.

Пациентка: Любовь Александровна К., 21 год; поступила в ПКБ № 4 5 февраля 2021

Индекс массы тела: 19,0 (дефицит веса)

Анамнез: Родилась в Пермском крае в городе Чайковский. Родители состояли в официальном браке, но отец ушел из семьи, когда пациентке было 2 – 3 года. Мать в предыдущем браке имела дочь, которая большую часть времени проживала у родителей матери. Отец был женат и от первого брака имел дочь, которая в 16 лет закончила жизнь самоубийством. Родители пациентки в обоих браках злоупотребляли алкоголем. Отец периодически перечислял деньги на воспитание дочери, но участия в воспитании не принимал. Мать пациентки работала некоторое время воспитателем в детском саду. Но родители детей стали жаловаться администрации, на то, что воспитатель часто приходит на работу “в похмелье” и агрессивен к детям, и администрация ДДУ потребовала написать заявление на увольнение. После подрабатывала мало-квалифицированным трудом, но на рабочих местах долго не удерживалась.

Объективных данных о периоде беременности матери пациентки нет, со слов самой пациентки мать злоупотребляла алкоголем весь период беременности, в амбулаторной карте значится шифр “перинатальная травма”. В детстве перенесла пневмонию, у нефролога не наблюдалась.

В возрасте 2 лет, находясь на отдыхе с родителями у пруда, осталась без присмотра (родители выпивали) и, зайдя в воду, начала тонуть. Вовремя была замечена.

на отцом и вытащена из воды, за медицинской помощью не обращались. Воспитывалась в тяжелой обстановке, в браке родители часто ссорились и дрались, вместе алкоголизировались. Отец пациентки часто избивал мать, однажды сломал челюсть.

После ухода из семьи отца, мать пациентки стала чаще выпивать спиртные напитки в компании малознакомых людей, часто приводила в дом ночью мужчин, несмотря на то, что проживала в комнате в коммунальной квартире. Пациентка с раннего возраста была свидетелем пьянок и сексуальной жизни матери, которая в состоянии алкогольного опьянения и абстиненции часто избивала пациентку, била в основном по ногам. Из-за появления синяков и ссадин часто сообщала в детский сад о “нездоровые” дочери, скрывая тем самым следы побоев. Пациентка вспоминает, как несколько раз просыпалась среди ночи от того, что мать “пыталась задушить”. С того времени не может носить “одежду с горлом”.

После ухода отца из семьи дочь от первого брака матери забрала бабушка, так как боялась за ее состояние. К пациентке бабушка относилась безразлично, считала, что “дочь в подоле принесла от алкоголика”. Не принимала участия в ее воспитании.

В возрасте 5 лет пациентка пережила сексуальное насилие со стороны пьяного собутыльника матери. Мать при этом находилась в комнате, но была “в отключке”. Сообщила матери о произошедшем, та в резкой форме рекомендовала “забыть и не вспоминать”, но с того времени мужчин в комнату приводила редко, чаще уходила из дома.

В 7 лет пошла в школу, к тому моменту мать пациентки прекратила алкоголизацию, пыталась устроиться на работу, но на непродолжительное время.

В школе училась хорошо, редкие тройки по предметам вызывали агрессию со стороны матери. Могла поставить пациентку перед зеркалом и говорить о том, какая она “глупая и уродливая... лучше бы не рождалась... одно наказание”. Часто подвергалась наказаниям за плохие отметки или непослушание. Синяки и ссадины мать заставляла скрывать длинными рукавами. Запрещала общаться с одноклассницами, так как боялась, что пациентка расскажет о жестоком обращении в семье. Могла подходить к сверстницам, с которыми завязывалась дружба на улице и в категориях

¹ ПКБ № 4 им. П. Б. Ганнушкина, 18.03.2021 г.

² Доктор медицинских наук, заведующий кафедрой психиатрии и медицинской психологии РНИМУ им. Н. И. Пирогова.

³ Врач-психиатр отделения № 2 ПКБ № 4 им. П. Б. Ганнушкина.



личной форме требовать прекратить общение, звонила родителям учениц из класса. Дочери объясняла свое поведение тем, что никому нельзя доверять: “все предадут как твой отец...”. При попытках ослушаться пациентка подвергалась наказанию, за прогулку после школы мать ставила под холодный душ на час.

Постепенно круг сверстников, с которыми поддерживала общение, сузился. В школе стала вести себя отстраненно. В этом возрасте (7 – 8 лет) у пациентки появился воображаемый друг Пинки (Розовая Пантера). Ощущала себя с ним под защитой, “уходила от негатива происходящего в жизни”, “как будто весь ужас становился ненастоящим”.

В 12 лет воображаемый друг постепенно исчез, и стала тяжелее переносить конфликты с матерью, чувствительнее реагировала на ее критику и унижение. В голове часто возникали мысли о собственной никчемности и ненужности, спустя время стала воспринимать негативные мысли о себе как собственное негативное отражение или Демона. Вела внутренние диалоги с “этим олицетворением боли”, в стрессовых ситуациях часто подвергалась его “негативному влиянию”.

В это же время продолжала подвергаться жестокому обращению и насилию со стороны матери. Питалась только в школьной столовой, мать часто наказывала за проступки “голодовками”, могла не кормить, но есть при пациентке и указывать, на то, что та недостойна еды. В 14 лет на фоне низкой массы тела и анемии стали появляться головокружения и обмороки. Однажды потеряла сознание в школе, была отправлена в больницу. Мать со скандалом забрала дочь



из больницы, дома избила и сказала, “чтобы не смела так больше позорить”. С того времени стала беспокоить постоянная тревога, усиливающаяся при головокружении. Плохо спала ночами. Из школы старалась возвращаться позже, гуляла в одиночестве до вечера, читала художественную литературу, особенно любила русскую классику. По натуре была впечатлительной, так однажды увлеклась творчеством Есенина и начала ощущать, что и ее преследует “Черный человек”, казалось, что он так близко, “что почти она”.

Постепенно негативные мысли стали появляться чаще, чувство вины “за собственное рождение” усиливалось. Стала наносить самоповреждения на предплечья и бедра, которые давали короткое облегчение, периодически возникало желание закончить жизнь самоубийством, но боялась решиться на этот шаг. Чтобы скрывать шрамы от самопорезов, носила одежду с длинными рукавами.

Окончила 9 классов общеобразовательной школы, поступила в техникум. На первом курсе состояние стало ухудшаться, не могла переносить одиночество и чувство тоски внутри. Наносила самоповреждения. Состояние было замечено педагогами и психологом в техникуме. На беседе с психологом сообщила о том, что происходит дома и в каких условиях проживает. Поступила в Центр помощи детям по личному заявле-

нию, а семью поставили на учет, как находящихся в социально опасном положении. Первое время в детском доме чувствовала себя лучше, но затем мать стала преследовать пациентку в колледже, врывалась в учебные классы, могла избить при однокурсниках. Подала в суд на пациентку за неуплату коммунальных услуг (пациентке на тот момент было 17 лет). Органы опеки приняли решение не лишать мать родительских прав, объяснив это скорым наступлением совершеннолетия пациентки (через полгода). Психолог, работающий в центре помощи детям, некорректно отзывалась о правдоподобности данных, сообщаемых пациенткой, и намерениях покончить жизнь самоубийством.

За несколько дней до совершеннолетия органы опеки нашли отца и тетю пациентки, которые забрали пациентку к себе домой. С отцом при этом отношения не складывались, он не проявлял инициативы к общению, алкоголизировался, а через непродолжительное время съехал и больше не контактировал с дочерью. С тетей отношения складывались лучше, хотя доверительных не сложилось. Педагоги и психолог техникума пытались связаться с матерью пациентки, но она на родительские собрания не приходила, на телефонные звонки не отвечала. При этом продолжала подавать иски в суды, требуя выписки пациентки из квартиры или оплаты коммунальных платежей. Приезжала к техникуму, угрожала судами. После одного визита матери в техникум пациентка закрылась в общественном туалете и нанесла себе несколько самопорезов с суицидальной целью. После этого была направлена к психиатру.

Однажды однокурсница по техникуму сообщила, что якобы пациентка написала ей с другого аккаунта в социальной сети, представившись Любой. Пациентка нашла этот аккаунт с именем “Ана Бабочкина”, при этом смогла зайти, не зная пароля. Увидела, что страница наполнена фотографиями и пабликами о похудении и РПП 30 кг и тд. Не смогла вспомнить, чтобы регистрировалась под этим именем, но на тот момент не придала значения этой ситуации.

Некоторое время посещала врача амбулаторно, затем госпитализировалась в отделение неврозов в ноябре 2017 года (18 лет). При поступлении отмечался безрадостный подавленный фон настроения, снижение памяти и внимания по эмоциональному типу. Жаловалась на головные боли в теменно- затылочной области и ранние пробуждения с последующей невозможностью заснуть. Нанесение самоповреждений объясняла желанием почувствовать боль, чтобы “не чувствовать мертвый”. В отделении обращала на себя внимание театральность и гротескность проявления эмоций, резкими сменами интонаций от приглушенности и мрачности, до ярких эмоциональных восклицаний с жестикуляциями. Врачу-психиатру рассказывала, как после увлечения поэзией Есенина стала чувствовать, что его “черный человек” рядом

с ней и преследует ее. Продолжался этот период непродолжительное время. Получала терапию пароксетином, феназепамом, флуоксетином, кветиапином, мексидолом. После улучшения состояния выписана в декабре 2017 года на терапии: флуоксетин 40 мг/сут, кветиапин 25 мг/сут.

08.02.2017

По результату ЭПИ выявляется состояние легкой депрессии ситуативного или невротического генеза; выраженная акцентуация черт характера шизоидно-эпилептоидного типа. Актуальное состояние характеризуется стрессом в связи с блокировкой спонтанного поведения, невозможностью реализовать потребность в беззаботном общении, неуверенностью, тревожной настороженностью, болезненным переживанием, неудовлетворенным тщеславием, потребностью нравиться окружающим, отказом от компромиссов, упорством в ирреальных препинаниях.

После выписки вновь оказалась в психотравмирующей ситуации, вызывалась в суд по искам матери. Тот период вспоминает с трудом, отмечает пробелы в памяти, но долгое время списывала их на прием лекарств. Просыпаясь, иногда обнаруживала пустые пачки от таблеток, но не могла вспомнить, когда их принимала. При этом стала худеть, практически ничего не ела, постоянно чувствовала тошноту и не испытывала голода. На фоне приема лекарств и ощущения заторможенности вновь усилилось чувство вины, и появились мысли о нежелании жить. Все чаще появлялось ощущение, что не в состоянии контролировать свою жизнь. Проснувшись однажды, не смела встать с кровати от головокружения, вызвала скорую помощь. В комнате, где находилась пациентка, при этом были обнаружены пустые блистеры от антидепрессантов.

Была госпитализирована летом 2018 года (19 лет) в стационар психиатрической больницы. Проходила лечение в течение месяца, получала терапию амитриптилином. Была выписана на короткий период, сдала экзамены и вновь легла в стационар в силу отсутствия положительной динамики. Находилась на лечении с августа по сентябрь 2018 года.

2018 год

Заключение ЭПИ: диагностируется аномальный патопсихологический симптомокомплекс (личность характеризуется психопатическими особенностями сенситивно-шизоидного круга; патопсихологический уровень личностного реагирования по депрессивному типу. Имеет очень высокие уровни невротизации и психопатизации).

Занималась с психотерапевтом проработкой детских травм. “В процессе психотерапии в поток сознания были возвращены психотравмирующие события и эмоции, которые были диссоциированы из общего потока сознания. “Сверх ад” 13 лет формировал субличности”.

Занимаясь с психотерапевтом выявила у себя наличие альтернативных личностей, существующих на

протяжении последних нескольких лет, выяснилось, что личность отвечающая за депрессию и агрессию, называлась Демон, личность, отвечающая за агрессию, направленную на себя и анорексию, — Ана. Ана — личность, страдающая анорексией, именно она в период между госпитализациями принимала большое количество флюоксетина, так как он снижал чувство голода, и прибегала к очистительному поведению. В стационаре демонстрировала различное поведение, периодически отмечались эпизоды амнезии, не помнила нескольких часов или даже дней.

Выписавшись из клиники, принимала лечение, продолжила заниматься амбулаторно психотерапией, чувствовала себя благополучно. Окончила техникум, стала строить планы на будущее, хотела переехать в город покрупнее. В 2019 году переехала в Новосибирск, стала встречаться с молодым человеком и жить с ним. Спустя короткое время отношения не заладились, при этом поняла, что оплачивает самостоятельно квартиру, покупает продукты, а молодой человек тратит деньги на себя. Решила расстаться с молодым человеком, хотя переживала разрыв тяжело. В этот период поступила в технический университет, стала увлекаться фотографией, даже принимала заказы на съемку. Приезжала несколько раз в Москву на съемки к блоггерам, решила, что может переехать в Москву жить. В течение года чувствовала себя удовлетворительно, “нашла общий язык” с альтер-личностями.

В 2020 году переехала в Москву, нашла работу в магазине фототоваров. Подрабатывала в социальной сети Инстаграмм, могла снимать квартиру и самостоятельно ее оплачивать. Стала встречаться с молодым человеком. В конце 2020 года вновь стала поступать информация из родного города о том, что в отношении пациентки возбуждено уголовное дело по задолженности оплаты коммунальных платежей. Пытаясь разобраться в ситуации через тетю, которая в грубой форме отказалась пациентке. Спустя время приставами были сняты деньги с банковских карт пациентки и заблокированы счета. Оказалась в сложной ситуации, не могла оплатить жилье и пропитание.

Ситуация сопровождалась тем, что в течение года регулярно не занималась с психотерапевтом, и состояние постепенно стало ухудшаться. На судебные тяжбы реагировала остро, часто в память “врезались” воспоминания из детства, ощущала, что их “отправляет Демон”, который не знал, куда деть агрессию изнутри. Вновь стала искать помощи, обратилась к нескольким психологам, один из них посоветовал в сложившейся финансовой ситуации обратиться за бесплатной помощью в диспансер.

Самостоятельно обратилась на прием в ПНД № 5, была осмотрена психиатром, сообщала, что в последнее время (примерно месяц) настроение резко снизилось, нарушился сон, ощущала “никчемность своего существования”, отказывалась от приема пищи, т.к считала себя “недостойной принимать пищу”, постоянно

янико появлялись суицидальные мысли. Была направлена в ПКБ № 4. Доставлена туда нарядом СМП в недобровольном порядке, ст. 29 “А”, “В”.

Психический статус при поступлении:

Контакту доступна. Ориентирована всесторонне правильно. В беседу вступает без видимой охоты, фон настроение снижен. Предъявляет жалобы на апатию, сниженное настроение, овладение мыслями и телом пациентки “другими личностями, живущими в ней”, мысли о нежелании жить. Фон настроения снижен. Не отрицает суицидальные мысли, но говорит, что “я им активно сопротивлялась, да и другие личности боролись за меня”. Грубых нарушений памяти не выявлено. Критики нет, просит “дать лекарства и отпустить домой”, отказывается от госпитализации и лечения.

Лечилась в недобровольном порядке.

Первое время в отделении вела себя замкнуто, во время разговоров с врачом отвечала однозначно, не шла на контакт, демонстрируя незаинтересованность в лечении. Высказывала убеждение в том, что врачи не верят в ее настоящую болезнь и лечат не от того. Получала терапию. Сертрапин 100 мг в сутки и Кветиапин 100 мг.

Побочных эффектов не отмечала. Настроение постепенно стало лучше, со слов суицидальные мысли беспокоили меньше. Активно стала включаться в психотерапевтическую работу в индивидуальном и групповом формате. Высказывала установки на продолжение лечения и желание лечиться в амбулаторной сети, но делала это достаточно формально, со скептицизмом относилась к тому, что в стационаре получает только лечение от депрессивного расстройства. При этом в отделении стала вести себя увереннее, общалась с пациентками своего возраста, отстаивала права некоторых пациентов, кого считала “молчаливыми”. Была эмоциональна, мимика отмечалась живостью, в поведении порой отмечалась гротескность.

1 марта во время обхода была нехарактерно тиха, на вопросы отвечала коротко. В кабинет врача зашла по приглашению. Сидела в сгорблленной позе, не поддерживала зрительный контакт, теребила подол халата. На большинство вопросов отвечала “не знаю”, “я не понимаю”. Говорила о себе в третьем лице: “Это у Любы лучше узнать, я не в курсе...”. На вопрос о том, кто отвечает сейчас, сообщает: “Меня зовут Мэри”. Рассказывает, что проснулась перед завтраком с сильной головной болью, не понимая, где находится. Последнее, что может вспомнить, “автокатастрофу”, “больницу”. Не на все вопросы может ответить. Сообщает, что чувствует себя опустошенной, “никем”. Выражение лица при этом печальное. “Я лучше разговариваю рисунками”. Принесла врачу тетрадь с рисунками, изображающими суицидальное поведение. Некоторые листы исписаны одной фразой “я хочу вскрыть себе вены”. Записи сделаны разным почерком.

Рисунки выполнены с оборотной стороны тетради, с лицевой записаны конспекты. На вопрос, кто де-



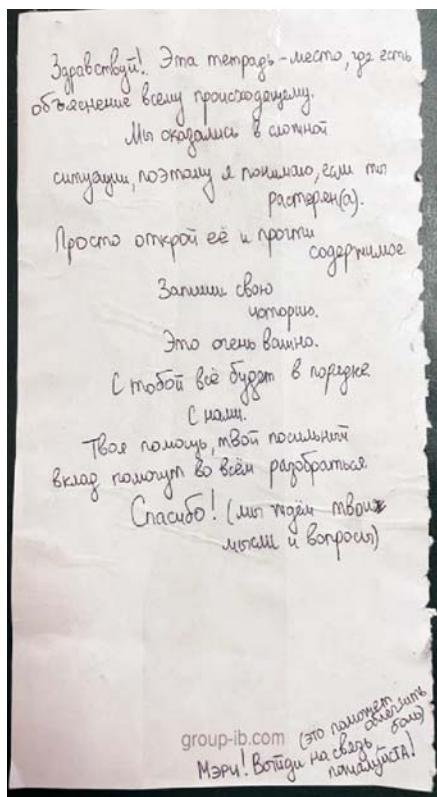
лял конспект с занятий по психообразованию, говорит: “не знаю, я только рисую..., наверное, это другие”. При этом отрицает наличие обманов восприятия в настоящий момент. Мышление без структурных нарушений, несколько замедленно.

В тетради также находилась записка от лица некой Аны, с обращением к Любе. В письме подробно описаны особенности взаимодействия “альтер-личностей” и их описание. Присутствуют имена Люба, Ана, Лоли, Психо, Алла, Демон. “Лолли — это детская часть сознания... ты, я и Демон имеют доступ в архив памяти...”

Побочных эффектов не отмечала. Настроение постепенно стало лучше, со слов суицидальные мысли

беспокоили меньше. Активно стала включаться в психотерапевтическую работу в индивидуальном и групповом формате. Высказывала установки на продолжение лечения и желание лечиться в амбулаторной сети, но делала это достаточно формально, со скепсисом относилась к тому, что в стационаре получает только лечение от депрессивного расстройства. При этом в отделении стала вести себя увереннее, общалась с пациентками своего возраста, отстаивала права некоторых пациентов, кого считала “молчаливыми”. Была эмоциональна, мимика отмечалась живостью, в поведении порой отмечалась гротескность.

2 марта пришла на беседу к врачу охотно, держась спокойно и уверено, задавала вопросы о выпис-





ке. Не помнила содержания беседы, состоявшейся на-
кануне. При демонстрации тетради с рисунками
замешкалась на несколько секунд, но объяснила это
тем, что “иногда в ней появляются рисунки, кто-то их
делает... я рисовать не умею”. Негативно отреагиро-
вала на перенос выписки.

Спустя несколько часов во время беседы с врачом много улыбается, говорит о себе в третьем лице либо в мужском роде. Не держит дистанции, переходит с врачом на “ты”, иронизирует и даже переходит на сарказм. На прямой вопрос отвечает “Меня зовут Геннадий … хотя Люба называет меня “Психо”, я ведь психотерапевт”. Бравирует тем, что многое знает о психотерапии, работает в КБТ методике. “Вы расстроили Любу, отменив выписку, вот ей и понадобился я”. Говорит о том, что помогает Ане и Любе справляться с прошлым и настоящим, давая поддержку и заботу.

После дважды беседовала с врачом от лица “Пси-
ко”. Со слов соседок по палате, периодически Люба
становится злобной и замкнутой, огрызается и пере-
стает контактировать. По совету соседки по палате
стала вести дневник состояний.

Гинекологический анамнез: Менструальный цикл с 12 лет, нерегулярный, зависит от веса, в периоды выраженной дистрофии менструаций не было. Акушерский анамнез: медикаментозный аборт-0, роды-0.

Экспертный анамнез: в настоящее время работает в фотосалоне. На учете в ЦЗН не состоит. Нуждается в выдаче листа нетрудоспособности.

Эпидемиологический анамнез: в контакте с инфекционными больными за последний месяц не была, за пределы Московской области не выезжала.

Аллергологический анамнез: не отягощен.

08.02.2021 Терапевт

E63.9 Недостаточность питания неуточненная

R00.0 Тахикардия неуточненная

Лечение: Aspargami in tab. По 1 т. 3 р/д., № 15 при тахикардии

Исследования: ЭКГ, через 10 дней

09.02.2021 Гинеколо

DS: Без видимой патологии

08.02.2021 Невролог

Диагнозы:

Z00.0 Общий медицинский осмотр

08.02.2021 Общий анализ крови, клинический анализ крови, общий анализ мочи, клинический анализ мочи, флюорография органов грудной клетки, ЭКГ.

18.02.2021. Патопсихологическое исследование.

Пациентка продуктивному речевому контакту доступна, всесторонне ориентирована верно. На поставленные вопросы отвечает в плане заданного, довольно подробно излагает факты своей биографии. Причинами госпитализации указывает утяжеление депрессивных проявлений, сниженное настроение на фоне неблагоприятных жизненных обстоятельств (арест счетов пациентки по заявлению матери о неуплате квартплаты за свою долю в квартире). Пациентка рассказывает о травматичных воспоминаниях из детства, отсутствии теплых отношений в семье, унижениях, физических наказаниях со стороны матери, рав-

нодушии к ее переживаниям со стороны сестры, холодном и унизительном отношении к ней близких родственников (бабушки, тети). Пациентка в детстве стыдилась выражать любые свои эмоции и делиться с кем-либо своими переживаниями, по ее словам часто наказывалась за это матерью. В детстве постоянно испытывала чувство одиночества, с ее слов мать запрещала общаться с другими детьми, жестоко наказывала за попытки завести дружеские отношения. В 13 лет впервые стала наносить себе самопорезы, чтобы облегчить внутренние переживания, а также с целью наказать себя, так как считала себя недостойной любви, "страшилищем". В 15 лет появились мысли о суициде, считала себя недостойной жить дальше. Мать часто критиковала ее внешность, обзываала, желала ей смерти. Пациентка с детского возраста имела в воображении друга — персонажа мультфильма "розовая пантера", с которым ей было комфортно и безопасно. Примерно в 14 лет пациентка стала отмечать у себя симптомы диссоциации, когда чувствовала, что от ее лица действует другая личность, которая позволяла ей вести себя асертивно, а иногда и грубо по отношению к окружающим, обещала защищать ее, пациентка мысленно могла вести с ней диалог, позже появилось чувство, что сама она спит, когда другие личности проявляют себя. В настоящий момент пациентка описывает 6 субличностей, одна из которых появилась только однократно в больнице и больше не проявляла себя.

Личности несут разные эмоциональные и поведенческие функции, пациентка дала им имена (либо, по ее мнению, они сами себя называют). Так, есть субличность Демон — асертивная и защищающая пациентку субличность, которая одновременно с этим может быть и критикующим режимом; Ана- девушка, анорексичка, которая также амбивалентна, с одной стороны, "заставляет" пациентку быть красивой, носить женственную одежду, с другой стороны, запрещает пациентке есть и поправляться, играет роль в ее суициальности, напоминая о прошлых событиях ("у тебя раньше не было еды, и сейчас она тебе не нужна"); субличность Психод — которую пациентка обозначает как "моя душа", пациентка считает ее психотерапевтической личностью, с которой она может поделиться своими переживаниями, попросить помощи, пациентка видит эту субстанцию мужчиной. Девушка Алла, которая живет в лабиринте, выполняет функцию испуга, чаще появляется в снах, поднимает тревогу, когда пациентке плохо, боится Ану и Демона. Девочка Лоли 12 лет, капризная и любит сладкое, хочет иметь родителей, часто бывает слабой, просит заботиться о ней, иногда может капризничать, пациентка называет ее "сладенькой девочкой". Пациентка знакома со многими источниками, посвященными расстройствам личности, а также книгами психотерапевтической тематики, довольно свободно оперирует психиатрическими терминами и кодами МКБ 10. Имеет четкие оценки людей, с которыми общается, деля их на профессионалов и непрофессионалов.

Беседует охотно. Довольно подробно и последовательно излагает обстоятельства и историю своей жизни и болезни, иногда останавливаясь, приглядываясь к собеседнику и спрашивая — "шиза какая-то, да?". В ходе беседы эмоциональный фон ровный, мимика несколько сглаженная.

В ситуации обследования спокойно приступает к выполнению заданий, инструкции воспринимает с первого раза, удерживает их в процессе выполнения заданий. Темп деятельности ближе к среднему, устойчивый. Пациентка не отмечает у себя признаков утомляемости, объективных признаков истощаемости также не выявлено.

По объективному материалу обследования получены следующие результаты.

Произвольное внимание по итогам выполнения функциональной пробы. Таблицы Шульте без нарушений, работоспособность высокая 22с, 23с, 17с, 25с, 25с. Счетная деятельность протекает в быстром темпе без ошибок.

Непосредственная произвольная память с сохранностью объема запоминания, объем следового воспроизведения высокий (Кривая запоминания 7, 8, 9, 10, 10 ... 10). Логически опосредованные процессы продуктивны, как при воспроизведении короткого сюжетного рассказа, так и при самостоятельном построении ассоциативных связей для запоминания понятий. Ассоциативные образы адекватны заданным понятиям, довольно отстраненные и лишены личностной окраски, образы имеют с одной стороны довольно примитивный детский контекст, с другой стороны имеют бытовую привязанность без отлетов от конкретного смысла понятий.. Установление причинно-следственных связей не нарушено. При построении предметных категорий в методике "Классификация предметов" пациентка довольно быстро понимает верную тактику решений, четко создает предметные категории с опорой на адекватно-обобщенный критерий. Критическое отношение к своим ошибкам и коррекционный потенциал сохранны.

Данные прицельной личностной диагностики выявляют достаточно ровный личностный профиль, что может указывать на нежелание пациентки к самораскрытию, избегание прямого контакта с травматическими переживаниями. Отмечается высокий уровень подавления эмоций, трудности контакта со своими эмоциональными переживаниями. Высокие шкалы психопатизации и истероидности указывают на стремление к фантазийности, уход в выдуманный мир, возможно к придумыванию и преувеличению жизненных историй и фактов, агрессии симптоматики. На момент осмотра суицидального риска с помощью методики "Пиктографический квадрат" не выявлено. В целом ассоциативная продукция указывает на актуальность простых жизненных потребностей и мотивов. Отличительной чертой пациентки является стремление казаться больше, значительнее, чем есть на самом деле, обратить на себя внимание, во что бы

Диссоциативное расстройство идентичности

Триггер	Возраст появления и причина	Реальный возраст личности	Основная эмоция	Душевное состояние, мировоззрение, особенность поведения	Цель появления	Роль + способ связи
Люба 2.0 (база)						
Спокойное состояние	0 лет	21 год	Безразличие, апатия, отсутствие эмоций	Все равно на окружение, их планы и действия. Главная забота – о себе. Подавление эмоций	Обычное состояние системы.	Host (хозяин)
Люба -ребенок						
Не появляется (чаще как желание пить молоко)	Существование личности до основной травмы 2-3 года	Младенец	Отсутствие эмоций	Тихо спит в своем «безопасном месте». Успокаивается, если выпьет молока	Создана моим первым психотерапевтом в процессах трансовых состояний. Мне нужен ребенок (я), который не прошел через то дерьмо, через которое пропала я	Host (ядро)
Алла						
Ситуация страха, паники, испуга. Цель – убежать от опасности. Чаще при столкновении с «нелучшими личностями»	13 лет (ближе к 14)	неизвестно	Страх, испуг, паника	Желание бежать, найти помощи	Побег от опасности	Trauma holder(осколок) Часто видела в трансовых состояниях, пока Демон не «заглушил» мысли собой
Демон						
Одиночество	14 лет, когда одиночество стало осознаваемым	Вечность, много лет, древнее существо	Грусть, уныние, апатия	Таинственность, угрюмость, избегание социальных контактов, молчаливость, изолированность, гнев на саму себя. Грубит людям, все видят в черных тонах, носит черную одежду. Заплетает волосы, любит строгий стиль. Вечно наказывает за то, что я его не слушаю и не впадаю в транс, в котором он превращает мой мир в кошмар.(показывает картины разрушения). Грубит, хамит, заставляет других ненавидеть меня и считать плохой.	Либо владеть телом и жить так как он считает, что защищает меня от боли. Либо шумит у меня в голове, чтобы я сдалась и согласилась отдать контроль над телом ему, ибо он понимает, что я главное и без моего согласия он «не может» захватить власть. В 14-15 я согласилась, после отказываю, и он вгоняет меня в депрессивное состояние.	Prosecutor (подстрекатель, провокатор) Общение в ко-сознании путем монологов или выкидыванием картинок-образов в голову. Голос шепот, может менять его. Чаще тихий шепот. Когда не может спорить со мной, то буквально наводит «шум в голове»(скрип, ходят, плач, звук когтей и прочие мерзкие звуки)
Ана						
Потеря контроля над ситуацией	14 лет (но «развивалась» и «росла» с 15 лет, является отколовой частью Демона)	17 лет	Отвращение, темнота, недовольство собой, перфекционизм, внутренняя неуверенность в себе, немного тщеславия и холодность	Раньше страдала (2018г) анорексией. «Наказывала» себя «уродку» путем лишения пищи. «Забывалась» путем глотания кучи таблеток, намеренно «травила себя», либо чтобы умереть, либо чтобы уснуть и не есть. В 2019 году вроде исчезла. В 2021 вернулась уже в роли «защитника». Характер: высокомерна, заносчива, привередлива, никого не любит. Считает, что знает все лучше всех. Только диадемы на голове не хватает. Любит делать себя (тело) красивой, часами стоит у зеркала, видит каждый «изъян». Не любит общаться с людьми не по делу. Только Психо «держит» ее в руках.	Установить контроль (чаще чрезмерный) над ситуацией	Prosecutor ↔ Protector (бегает из роли провокатора в защитника), хочет защитить, но делает это травматично. Когда Ана была Prosecutot, то у нас были монологи. Когда Ана была проработана и ненадолго синтегрирована со мной, стала Protector и вышла вновь, то связь была утеряна. Общается с Психо на «одной волне»

Каролина						
		В 2018 было 27 лет		Присхала из Финляндии. Родилась в Финляндии		? trauma holder (осколок) связи нет
Психо (Виктор Владимирович)						
Появление, когда нужно что-то объяснить или принять ситуацию, разрешить какой-то вопрос	Жил в моем внутреннем мире с 15 лет, пока я не пришла к нему и не начала «пытать» о Демоне. Потом он работал с Аной в ко-сознании. Помог ей (и мне) преодолеть РПП. В 21 год вышел наружу», т.е в мое тело	57 лет	Юмор, радость, забота, харизма, интерес, эмпатия	Веселый, общительный, понимающий. Много знает. Интересный, любит рассказывать, слушать, приятный собеседник.	Разрешение непонятной ситуации. Возвращение системы в фазу «комфорта».	Primary protector (главный защитник) Не имею с ним связи, либо «шумы» в голове не дает его слышать. Но он слышит меня, но не может ответить. Имеет с Аной прямую связь в обе стороны Психо↔ Ана Психо↔ Люба
Лоли						
		12 лет				Littles (маленький ребенок) Ана говорит, что Лоли ее осколок. Связи нет
Мэри						
Головная боль? Либо другая боль?	21 год. Появилась (обнаружена) в дурке	27 лет (состояние травмы 5-летнего ребенка)	Боль, разбитость, осколочность, амнезия, транс, тревога	Имеет ПТСР, страдает от воспоминаний травмы, которую получила в 5 лет вместе с Аной, Демоном и Никто, после чего впала в кому на 22 года. Сейчас в «больнице» и пытается «вспоминать» через рисунки	Чувствовать боль (?) Принять боль (?)	trauma holder (хранитель травмы). Связи нет. Вероятно «слышит» Демона, т.к. в ее рисунках написано, что и мне показывает Демон. (клыки и челюсти)
Никто (Mr. Nobody Nowhereman)						
Уязвимость, ощущение своей незначительности, нарушение моих личных границ	? лет	? лет (возможно и как мне 21 год)	«праведный гнев», пустота, неуверенность в себе, незначительность, грусть, чувство справедливости, мнительность, злость обида.	Хранит мои воспоминания, думает, что он(-а) – это и есть я, но не слышит Демона, как я. Нервная, дерганная, бегает глазами по окружению и избегает прямого контакта с людьми. Чрезмерно жестикулирует, нервничает, повышает голос, привлекает к своей особе (телу) внимание, чтобы доказать другим свою значимость. («Никто» хочет быть «личностью», а не «пустотой»).	«Двойник» базы для снятия груза чувств и эмоций.	Protector (хранитель). Связи нет. Не слышит Демона. Сложно понять, где грани между мной и Никто.

то ни стало, жажда восхищения, как компенсаторный механизм чувства собственной неполноценности.

Лечение

Quetiapini 0.1 in tab. По 1 т. 1 р/д.(per os; 0 – 0-0.1; № 30

Sertralini 0.1 in tab. — По 1 т. 1 р/д. (per os; утро; № 30).

ПСИХОЛОГ:

— Здравствуйте, коллеги. Основной моей задачей было в первую очередь посмотреть, есть ли какие-то когнитивные нарушения, поскольку пациентка была очень непонятной. И с когнитивной точки зрения это

очень сохранившаяся пациентка. То есть, показатели ее были просто феноменально хорошие: внимание, память, мышление. Она схватывает все, что я ей предлагаю, и очень хорошо и быстро все выполняет. Я, конечно, понимаю, что она много раз обследовалась, но когда мышление нарушено, собрать его очень сложно, сколько ты ни учи пациента. Я не увидела у нее ни органических, ни характерных эндогенных каких-то нарушений с точки зрения когнитивной сферы. В плане личностной патологии это очень интересный пациент, который очень неплохо понимает и воспринимает свой мозг. И основное его состояние, которое она

Записи о ходе лечения

Состояние до начала болезни	Симптомы	Дата болезни (приступа)	Ход лечения (даты, госпитализации, длительность, диагноз)	Улучшения, препараты, побочки
Обычный ребенок, читает книги, живет в воображаемом мире, не осознает, что с ним плохо обращаются	Головные боли в течение 2х недель (+видение Аллы)	2013 год, май		Парацетамол (боль не снимает)
Угнетенное состояние от осознания как все х....во. Бег в мир литературы.	Усиление бессонницы, чувство растерянности, отчаяние. Появление Демона, его выход «наружу»	2013-2014 гг		Не лечилось
Мысль только об учебе, концентрация на оценках в школе	Головокружение ,сон по 4-6 часов, страх панические атаки, обмороки, трепор, спад энергии, чувство никчемности, трудно принимать решения, мысли о самоубийстве	Сентябрь 2014-май 2015	Анемия (ЖДА), октябрь 2014 лежала в обычном отделении, 1 поход к психологу в стационаре.	Препараты железа +витамины В12 в больнице. После мать запретила обращаться к неврологу или к психологу
Учеба, которая не приносила интереса. Растерянность. Принуждение себя что-то делать. Бредовое мышление из-за Демона, приступы амнезии, наплывы воспоминаний и иррациональных мыслей	Плач без причины, сон по 4 часа, частые бессонницы, отсутствие пищи, питание 1 раз в 1-2 недели, потеря интереса, отчаяние, никчемность, безнадежность, беспомощность, самопорезы, мысли о суициде, немота	Май 2015 – февраль 2017 Анемия Анорексия		Не лечилось
Учеба через силу, жизнь в детдоме. Безнадежность, беспомощность	Тошнота, появление Аны, начало РПП, утрата энергии, самопорезы, мысли о самоубийстве, проблемы со сном, чувство вины	Февраль 2017 – июнь 2017 Анемия Клиническая депрессия	Обращение к психиатру-сущидологу Мостовихиной Веронике Юрьевне (невролог поставил неврозоподобный синдром)	Фенибут – не помогло Тералиджен –не помогло
Переезд к тете, учеба через силу, жизнь через силу	Нарушение сна и аппетита, не хватало энергии, отсутствие интереса, проблемы с концентрацией, мысли о суициде, спутанное самоощущение, чувство вины.	Июнь 2017-октябрь 2017 Анемия, клиническая депрессия	Посещение В.Ю.	Фенозепам – не помогло Атаракс – не помогло Азафен – был сон, но сохранялись мысли о суициде

описывает, относительно эмоционального фона настроения — это безразличие. Когда у нее проявляются какие-то эмоции, они для нее сразу же не воспринимаются, и, соответственно, делегируются каким-то кажущимся субличностям, которые способны эти эмоции проявить. У нее нарушен контакт вообще с любыми эмоциональными переживаниями, кто-то другой за нее должен это делать. Есть у нее какие-то субличности, есть какой-то план, по которому эти субличности взаимодействуют друг с другом. Одна может взаимодействовать с одной, другая с другой. Интересно описание субличностей, особенно, если она получает внимание к этому. Не все ее принимали

и понимали с этой проблемой, а тут ее понимают и принимают. И, соответственно, эта проблема может достаточно сильно в каких-то местах симулироваться, очень сильно раздуваться, потому что везде шкалы повышенные. Для нее это, конечно, такой достаточно простой, примитивный механизм получения внимания. Хоть как-то она должна его получать, потому что никогда не получала, но хотелось. Это основное, что я могу сказать.

Врач-докладчик: Я еще немножко добавлю, я с ней начала заниматься психотерапией, она очень подкована в психотерапевтических вещах. Такое ощущение, что она очень много читала, и знала какую-то ли-

Отсутствие энергии, тяжело и невыносимо что-либо делать	Нет энергии, плохой сон, отказ от пищи, желание умереть, ничего не интересно, самоповреждения, закрытость, необщительность, спутанное самоощущение, чувство вины, отсутствие концентрации, внутренний конфликт и разлад между мной, Аной и Демоном. Выходы «наружу» Аны, Демона, Аллы, Каролины	Октябрь 2017-декабрь 2017 Январь 2018 – апрель 2018 F.32.3 сначала апорексия как симптом F.44.88 – потом + анемия с угрозой развития лейкемии + под вопросом комплексное ПТСР	Госпитализация в дурку. Пермская психиатрическая больница №6. Психотерапевт Фиалкин Виктор Владимирович Психиатр Татьяна Аркадьевна Фомина Заперли Демона	Флуоксетин – появление энергии Кветиапин, сонапакс – не помогли Уколы амитриптилина + капельницы, уколы с витаминами
Появление Аны на постоянной основе (Демон был заперт)	Чрезмерное и бесконтрольное хранение таблеток, иногда порезы, отказ от еды, желание «забыться», мысли о суициде, отравления таблетками, холодность, отчужденность, ненависть к себе.	Апрель 2018 Август 2018 Анемия чаще обращения с депрессией, чем с F.44	Посещение психиатров ради рецептов	
Жизнь как в тумане	То же. Передоз привел к госпитализации	Сентябрь 2018 F.44.28 Анемия	Госпитализация в дурку. Работа с Т.А. и В.В. Отучивание есть таблетки без контроля. Успокоение Аны	Уколы амитриптилина, уколы чего-то еще
Ведение обычной жизни обычного человека. Учеба, работа, саморазвитие. Успокоение Аны, снятие груза вины. Переезд в г. Новосибирск	Ремиссия. Но: редкие самопорезы, отвращение к лекарствам, могла их не кушать	Октябрь 2018 Апрель 2020 Анемия F.44.28	Посещение психиатра Тарутиной Т.А. до июня 2019	Флуоксетин – утром, амитриптилин – вечером (пила редко в случае бесс...бства в голове)
Обычная жизнь обычного человека, которая была не по душе и сжирала энергию	Нарушения сна и аппетита, желание себя порезать, спад энергии	Апрель 2020 F.32.2 Анемия с угрозой развития лейкемии	Одноразовое посещение психиатра ради рецепта	Сорбифер – железо Клофанил - утром(было за*бись) Амитриптилин – пропила неделю, потом бросила, ненавижу этот АД
Переезд В Москву и знакомство с Сергеем Скворцовским	Полная амнезия, не знаю какая личность управляла, возможно Люба	Лето 2020 Анемия	Никого не посещала, видимо все было ОК	Возможно пила клофанил + сорбифер -железо
Обычная жизнь обычного человека, работа фотографом, ведение блога, держу людей на соц-дистанции	Иногда приступы с воспоминаниями, шепот Демона, признаки депрессии	Осень 2020-январь 2021 Анемия	Никого не посещала, тк справлялась сама	Сорбифер – железо, Ничего не пила, практиковала КПТ и практику осознанности
X**та с судами, арестами счетов и проч, построенные моей типа мамой, обрыв контактов	Появление Психо (который записал к врачу), пробуждение Аны, наплыв волны воспоминаний и боли, п**деж Демона	Конец января 2021 ПТСР комплексное, депрессия тяжелой степени Диссоциация – под вопросом	Посещение частного психотерапевта Миссарова М.Э. Уклон на лечение депрессии	Тразодон -1 табл на ночь Золоф - 2 табл утро Тошнота, головокружение, бред
Живу в дурке, Сережа поддерживает. Общаюсь с людьми, принимаю лечение, хочу вылечиться	Сначала не верили в F.44, потом поверили. Обнаружение личностей Мэри и Никто. Я сама апатична, безразлична, но мыслей о суициде нет.	5 февраля 2021 – выписка – F.32.58(большое депрессивное расстройство тяжелой степени с психотическим бредом) F.44 под вопросом ПТСР под вопросом	Обращение в ПНД 17 к гос врачу и госпитализация в ПКБ 4 им. Ганнушкина Психиатр Соколова Полина Сергеевна	На ночь 100 мг кветиапина 100 мг сертрапина Сон есть Спокойное ровное состояние

тературу по поводу психотерапии. Я ей начинаю рассказывать, и она через день мне рассказывает значительно больше, чем я ей до этого говорила. И она очень четко все конспектирует и даже больше, чем я этого прошу, когда выполняет домашнее задание. Например, мы пришли к тому, что просто говорим о том, что эмоции проявлять можно, что у них есть роль, функция, что она сама может переживать эмоции, не делегируя это никому. И вот ее деятельность ушла в эту фантазию. Она пытается разговаривать со своими субличностями, исходя из того, что я ей сказала. То есть, это все для нее очень значимая и интересная деятельность.

Ведущий: Видимо ее молодой человек не только хороший психолог, но и хороший педагог.

Врач-докладчик: Я думаю, что дело не только в нем. Она очень много читает, правда, она читала с детства, и читает сейчас. И тут не достаточно просто услышать, это надо прочитать и понять.

Ведущий: А можете какие-то примеры ассоциативной продукции привести? Примеры того, как она проводит ассоциации, по методикам, каким?

Врач-докладчик: Они очень простые все, очень примитивные стандартные ассоциации. Например, на “вкус” нарисует тарелку с едой и вилку. Веселый праздник — это шарики, тортики. Развитие — это график. Дружба — это люди. Соответственно, счастье — это когда много людей, и люди улыбаются. Если посмотреть методики и не поговорить с ней, она кажется очень примитивной личностью. А ее внутренняя структура личности устроена гораздо сложнее, чем то, что она показывает и делает здесь.

Интересно, что она периодически отмечает черты демонстративности, но при этом очень долго никому из специалистов не давала свой инстаграм. Она говорила: “Я не очень хочу, чтоб туда кто-то смотрел, у меня он не очень хороший”. Но наши ординаторы, доблестные детективы, нашли. Интернет хранит все, и они наши недавно вышедший видеоролик (3 марта 2021 года) с ее интервью. Это центр “Насилию — нет”, достаточно известная некоммерческая организация. Там она рассказывала свою печальную историю, и там еще была жертва Скопинского маньяка. В общем, она среди них затесалась, и мы нашли ссылку на ее инстаграм. Сама пациентка в этом интервью говорит, что она не очень довольна. Она его не видела, была в этот момент в стационаре. Она забыла. Снимали интервью полгода назад, авторы видеоролика нашли ее через инстаграм. Она ведет свой инстаграм на тему собственного прошлого, детства, тему насилия. Она называет себя активисткой, среди людей, которые подвергались насилию. Если они не понимают, что они в детстве этому подвергались, она рассказывает, как это бывает. Она не очень довольна, потому что была в тот момент под таблетками какими-то, волновалась очень сильно и была малоэмоциональна. Но там на видеоролике она не кажется какой-то гипо-

мимической или неэмоциональной. Она, конечно, там не плачет, но там ни одна из жертв насилия сильно не рыдает. И она ведет свой инстаграм, у нее достаточное число подписчиков, она рассказывает с разных сторон и про свой опыт. Она каким-то психопросвещением занимается, про депрессию рассказывает, как это бывает, какие-то элементы транзактного анализа появляются. Но появляется это еще до того момента, когда она встретилась с этим клиническим психологом, у нее блог с 19-го года, и она уже тогда начала говорить про психологию и расстройства. Посоветовал ей вести этот блог ее психотерапевт, который когда-то с ней занимался, как площадку для разделения боли. А вот спустя какое-то время мы проанализировали ее рукописный вариант таблицы. И она здесь расписала этапы формирования своих личностей, альтер-личностей, возраст появления, возраст этой личности, ее триггер. Основную эмоцию и задачу, которая несет эта личность, ну и способ связи тоже отражает. Мы уже три недели об этом разговариваем, новых субличностей каких-то не появляется. Последняя — это та Мери, с которой мы впервые сконтактировали здесь в стационаре. Она сообщает, что она появлялась всего два раза в жизни, и вот второй раз здесь. Здесь Ана — это как потеря контроля над ситуацией. Она устанавливает контроль, любит все контролировать, в том числе собственное тело, питание. И она где-то использует достаточно непринятую терминологию. Протектор, защитник — это типология альтер-личности, которая приводится в классификации. То есть она знает, о чем говорит. Хотя на мой прямой вопрос о том, что она читала из профессиональной литературы на эту тему, она мне привела только две художественные книги американские, людей с расстройством множественной личности, какую-то научную литературу, с ее слов, она не читала. Она достаточно структурирована ко всему любит подходить, и она здесь делает записи о ходе лечения с самого начала и до настоящего момента. Она помнит даже имена психотерапевтов трехгодичной давности, двухгодичной давности. Хотя здесь у нее с собой записей никаких не было, доступа к ним нет.

Ведущий: Давайте, коллеги, вопросы, к доктору и к психологу.

— Я так понимаю, первый задокументированный случай появления Мэри, был в предпоследний день выписки — Да.

— А до этого она подружилась со всеми ее коллегами по палате, и социализировалась в больнице достаточно хорошо. Я правильно понимаю? — Да. На тот момент, она уже общалась со сверстниками. — А до этого, мы знаем только с ее слов, что появлялись альтер-личности? — Есть запись в эпикризе из больницы в Пермском крае, там звучит диагноз: Диссоциативное расстройство идентичности. Там есть еще блок текста, в котором описываются различные ситуации, о которых она забыла. В той ситуации,

что была с этим Блэгом, с Аной, которая потом писала сообщения, а она их не видела. И психотерапевт пишет в выписном эпикризе, что были эпизоды амнезии, и какой-то утраты информации в беседах.

— А Вы наблюдали смену личности при Вас? — Да, 1 марта это было. Мы сидели в ординаторской, еще были врачи, и она себя вела заметно иначе. Потому что до этого она могла себя спокойно вести в ординаторской, что-то нам сообщать, а тут она не могла связать двух слов, смотрела в пол, то есть, были какие-то изменения, изменение мимики. Возможно, это была хорошая игра. — И почерк менялся, да, нет? — Сейчас я покажу, там во всех рисунках, которые она делала, есть какое-то отрывистое начертание, а есть такие круглые буквы. — Разный почерк? — Визуально конечно, на взгляд разный. Но мы тут немножко увлеклись темой и отправили это специалистам, которые занимаются исследованием почерков. Но они подтверждают, что записи были сделаны одним и тем же человеком. Но у них нет опыта работы с такими пациентами, тут нужны данные подтвержденные, выводы из этого сделать трудно. — Прямо следственный комитет. — Их пригласили к сотрудничеству, если у нас будут такие же случаи, они готовы эту тему изучать.

— По поводу информации про детские годы, что онатонула в два года, и родители выпивали. Это она все сама помнит, или это со слов родителей? — Историю про то, как онатонула, она не помнит, это ее отец рассказывал в двух-трех беседах. Есть, конечно, моменты, когда почти вся информация с ее слов. С темей связаться не удалось, темя с ней не контактирует уже какое-то время. Получилось пообщаться только с молодым человеком, с которым она в последнее время общается. Он максимально погружен в ситуацию, и у него сомнений в том, что это так было, нет. И по выписному эпикризу из пермских больниц, первый раз, когда она туда попала, она выписана с диагнозом “депрессивный эпизод”. Но там уже описывались все эти факты насилия, и было даже заключение психолога из техникума, в котором были зафиксированы синяки, следы побоев. — Скажите, пожалуйста, чем закончилась история с матерью, судами и заблокированной картой. — Она писала какие-то заявления в банк, чтобы ей разблокировали карты. Деньги с нее, все-таки, сняли, порядка десяти тысяч. Но она не смогла заняться судами, она в инстаграме публиковала сторис: помогите найти юриста, который мог бы помочь в этой ситуации. Но пока это все еще. Она эти сторис выкладывала примерно пять недель назад, как раз перед походом в диспансер.

— Она была госпитализирована недобровольно в этот раз? — Да. — Предыдущие госпитализации были добровольными? — Одна из них вначале была недобровольная, когда она таблетки выпила. — Я не совсем понял, как это все технически произошло,

ведь она сама пришла в диспансер по совету психолога, который сказал ей прийти за бесплатной психиатрической помощью. — Психотерапевтической. — Она пришла в диспансер, записалась на прием, и из диспансера была госпитализирована? — Да, врач психиатр вызвал. Она записалась не к психотерапевту, а к психиатру. Я не знаю, может быть там такой порядок, или ее так записали. И произошло все достаточно банально. Там написано в направлении: “слышит голоса в голове, демонов, режет руки и отказывается от еды”. — Но “скорая” же не появляется в одну секунду. То есть, какое-то время они сидели и ждали “скорую”? Как это все было? — Обычно это так и происходит. Каким-то образом, отвлекают, вызывают, это неоднократная ситуация. Но она не рвалась, ее не фиксировала, не связывали никогда. — А НГ обосновали по “а” или по “в”? — По “в”. В приемном покое пишут по “в”. У нас она категорически отрицает все суицидальные тенденции. — Она у вас уже больше месяца, да? — Она поступила 5 февраля, сейчас получается полтора месяца. — То есть проводили вторую ВК, да? — Да, это как раз должно было быть пятого, а первого числа состояние ухудшилось, и мы, конечно, все пересмотрели еще раз. Потому что мы увидели “я хочу вскрыть вены”. И естественно этим и аргументировали. — И пятого марта ВК тоже по “В” было? — Да. Но здесь есть такие особенности. У нас суд принимает пункт “А” в ситуации, когда есть конкретные действия. — А у Вас суд дистанционный? — Нет — По скайпу? — Нет, наши пациенты ездят в Преображенский суд.

Ведущий: Давайте пригласим пациентку. Я думаю, что вопросы есть, но они скорее должны быть адресованы нашей пациентке.

БЕСЕДА С БОЛЬНОЙ

Прошу, проходите. Давайте знакомиться, как Вас сегодня звать? — Меня зовут Люба. — Очень хорошо, меня зовут Андрей Аркадьевич, присутствующие здесь все специалисты в нашей области: врачи психиатры и клинические психологи. Кроме этого с нами еще и врачи психиатры из диспансеров, которые смотрят нас дистанционно, Вы не возражаете? — Нет. — Это наш такой ежемесячный большой консилиум, который мы проводим с пациентами этой больницы. — Понятно. — Вы здесь находитесь уже второй месяц. — Да. — Как скажете, что с Вашим состоянием? Есть динамика какая-то? Или все так же, или как-то волнообразно? Как Вы себя сейчас чувствуете? — Ну, есть динамика: настроение повыше, тревоги меньше стало. — Лучше настроение, меньше тревоги, еще? — Ну, сон спокойный. — Сон есть? — Да. — Потому что его не было, да? Я так понимаю, до больницы были проблемы. — Да. — Может, еще какие-то есть положительные моменты? — Ну, это и есть положительные моменты. — Ну, помимо это-

го? — *Ну, я чувствую себя целостной личностью.* — Вы чувствуете себя целостной личностью? — Да. — Целостной? — Да. — Что Вы вкладываете в это? Что значит целостная личность? — *Ну, взрослая, принимающая решения.* — Так, очень хорошо. — Со своими эмоциями. — Еще раз, значит, целостная личность это что? — *Я взрослая, принимаю свои решения и эмоции сама.* — Самостоятельно? — Да — То есть никто за Вас Ваши решения не принимает? — Только именно я. — Только Вы. И Вы представлены одним лицом. — Да. — А как было? — *Когда?* — Допустим перед больницей. — *Ну, я чувствовала, что иногда решение принимается не мной, а, скорее, так, на автопилоте каком-то.* — Вы, конечно, догадываетесь, что сейчас моим коллегам и мне была изложена подробная история Вашей жизни, всех Ваших перипетий и болезней, которые происходили в прошлом. И как я понял из этого, проблема как раз вмешательства какого-то внутреннего, да? Второго я, а может быть не второго, а третьего, четвертого и так далее. Эта проблема уже имеет большую историю. — *Ну да.* — Вот сейчас Вам сколько лет? — 21. — Двадцать один год. Вы можете вспомнить, когда впервые почувствовали в себе вторую, третью, четвертую личность? — *С тринадцати.* — То есть, это было 8 лет назад. — Да. — Как это началось? — *Ну, я не могла засыпать, и впадала в такие более трансовые состояния. Наверное, у меня просто сильное воображение, и поэтому мои внутренние монологи превратились в диалоги.* — То есть это Ваше воображение? — Да, думаю что да. — Ваше воображение. Это Вы думаете сейчас? — *Ну, думаю об этом я с психологом, и мы пришли к выводам, что это все часть моих эмоций, и эта энергия.* — После работы с Вашиим психологом Вы поняли, что это Ваши эмоции? — *Мои эмоции. Да, просто это особенность моей психики и моего мозга, в том, чтобы превратить их во что-то большее.* — Понятно, какая цель превращения во что-то большее? — *Ну, защита.* — Защита от чего или от кого? — *От внутренних эмоций, либо от того, что я не могу пережить.* — То есть это просто Ваш выбор, Вы так защищались. — *Ну, так решил мой мозг, что именно такая защита будет для него правильная.* — Вы так говорите, как будто есть Вы, и есть Ваш мозг. И вот Вы так констатировали, что так решил Ваш мозг. — *Ну, это же моя первая система такая, она у всех разная.* — Ваш мозг Вам принадлежит? — Да. — Ну, в этом Вы сейчас убеждены, было ли это в прошлом что-то такое, что говорило об обратном. — Было. — Расскажите. — *Ну, иногда я переключалась в других личностей, и эти моменты для меня были, как бы, забыты. Я знаю что-то со слов других людей, и как бы такая небольшая амнезия была, и в эти периоды я называлась другими именами, и имела другие истории.* — Да, я понял. Куда же это все пропало, кстати, и почему? — *Ну, это не пропало, просто я начала терапию, и я не взаимодействовала большую часть времени*

сама, как я есть. — Значит, это пропало из-за терапии. Уточните, из-за лекарств или из-за психотерапии. — *Из-за психотерапии.* — То есть это пропало, благодаря психотерапии. — *Это не пропало, просто стало меньше.* — То есть это остается у Вас. — Да. — У Вас остается множественная личность? — Да. — И она вся внутри? — Да. — Все Ваши субличности продолжают существовать. — Да, у меня же еще есть внутренний мир, где они живут, пока не выходят. — Понятно, они живут своей жизнью, или все-таки они как-то контролируются Вашим участием? — *Ну, наоборот они пытаются контролировать мое участие в этой жизни.* — То есть, Вы периодически чувствуете их контроль над собой. — Да, точнее, они выходят и ведут мое поведение так, как они считают нужным для меня, и что меня защитят от всяких опасностей. — Я понял, значит в разных жизненных ситуациях, Вам помогают вести себя правильно разные личности. — Да. — Я так понял Вас? — Да. — Каждая из них имеет для Вас всегда какую-то рекомендацию. — Почти все. — Приведите какой-нибудь пример? — *Какой именно?* — Допустим, Вы общаетесь со своим молодым человеком, между Вами случился какой-то конфликт, или что-то в этом роде, так бывает же? — Да. — И вот, в данный момент для того чтобы выйти из конфликта, Вы получаете какой-то совет, от кого-то изнутри. — *Нет, я решаю эти конфликты сама, потому что это не масштабные конфликты, а просто некоторое недопонимание, которое решается путем переговоров.* — Аналогично вот этой истории, я же еще сейчас просто из головы выдумал, можете рассказать из своей жизни, когда та или иная личность Вам очень помогла своим советом. — *У меня никто прямо несоветовал, они просто выходят, и делают так, как они считают нужным.* — А Вы это чувствуете, когда они выходят? — *Нет, я этого не чувствую.* — Вы не чувствуете это физически. — *Ну да.* — Может на каком-то ментальном уровне, на уровне мыслей Вы это чувствуете? — *Нет.* — Когда они выходят на поверхность из подполья своего, Вы вдруг слышите мысли, или голос той или иной личности. — *Раньше был контакт с двумя личностями, потом остался контакт с одной личностью.* — Так вот, как Вы этот контакт чувствуете, или слышите, или видите? — *Нет, это внутренний голос.* — Голос? — Да. — Вы его слышите? — Да. — Так же четко как мой? — *Нет, внутри головы.* — В голове? — Да. — И это периодически либо один, либо два голоса? — *Сейчас это, в основном, один.* — Один голос? — Да. — Один из того множества? — Да. — Остальные молчат? — *Они не могут со мной связаться.* — Почему? — Я не знаю почему. — А почему Вы думаете, что они хотят связаться, и не могут? — *Потому что они оставляют мне записки, напоминания о себе, и так далее.* — А врачи говорят, что это Ваши записки, что это Вы их написали, а Вы об этом не помните. Получается, что

Вашими руками пишутся записки от лица тех самых личностей, которые не могут говорить? — Да. — А одна из них все же может говорить. — Да. — Это чья? Чей голос? — Мужской, но чаще это просто шепот. — Как его зовут? — Демон. — Ага. Значит, слышите Вы именно голос демона. — Да. — Демон это, я правильно понимаю, что речь идет собственно о демоне, или это ник? — Ну, он сам. — Живого человека. — Нет, он сам себя так называл, и он в основном собирает в себе мою депрессию, поэтому чаще одолевает меня, и чаще только он говорит. — Ну, это и есть демон, я правильно понимаю. — Вы что имеете в виду? — Я имею в виду демона, как образ религиозно-мистического содержания. — Ну, да, это скорее зловещий дух. — Еще раз. — Это скорее как дух, но не желает мне зла. — Зловещий Вы сказали? — Да. — Зловещий дух, но Вам зла не желает? — Нет. — Почему? — Ну, он в основном огорчен этой жизнью и считает, что если меня оградить вообще от всего на свете и изолировать, то тогда я буду в безопасности. — Понятно. Ладно, я бы хотел немножко сейчас уйти от всех этих Ваших переживаний в сторону Вашей социальной, скажем так, жизни. Вы достаточно активно, насколько я понимаю, участвуете в различных проектах, в том числе проект, связанный с борьбой с насилием или помощи жертвам насилия. — Да. — Это очень хорошее начинание, я искренне Вам в этом готов поддержку какую-то предложить. Но у меня вот какой вопрос, можете ли Вы сказать, что в этой работе, довольно сложной и непростой в моральном и психологическом плане, то же принимает участие кто-то из Ваших субличностей? — Нет, это полностью моя инициатива, чтобы закрыть свой внутренний гештальт. — Что это значит, закрыть свой внутренний гештальт? — Ну, если я сама не смогла себя защитить от чего-то, то я могу оказывать помощь, хотя бы информационную, для тех, кто находится в подобной ситуации. — Вам случалось реальную помощь оказать конкретным людям, подросткам, может быть, или еще, которые оказались в похожей ситуации. — У Александры Митрошиной есть своя сеть помощи жертвам насилия “Ты — не она”. И чаще всего, если ко мне кто-то обращается с вопросом “что мне делать?”, я им предлагаю, телефон доверия, куда обращаться, социальные службы, социальные сети, и людей, которые реально могут с этим помочь. — Очень хорошо. Знаете Вы такую службу? Есть московская, не помню, как называется, психологическая служба оказания помощи населению в Москве. — Ну, не все московские люди обращаются ко мне. — Я понимаю. Ну, ладно. Расскажите мне, как Вы оказались в больнице. Вот, не совсем понятная мне ситуация. Вы пришли сами в диспансер, — Да. — Шли за помощью, да, к врачу? — Да. — И вдруг “скорая” и, по сути, недобровольная госпитализация. — Да. — Что произошло? — Ну, я думаю, что просто врач решил, что мне нужна прямо какая-то

помощь, или не захотел просто заниматься этим, и решил вызвать скорую. — А как это было? Вот, прямо буквально, опишите, как это было, конкретно. — Я пришла на прием, и рассказала свою историю. — Так. — Мне дали. — А что именно из своей истории Вы рассказывали? — Ну, я пыталась рассказать свой анамнез, что у меня уже была госпитализация, что внутри меня живут несколько личностей, вот. Он подумал, что там все, шизофрения и вызывал скорую. — Это при Вас он вызывал “скорую”-то? — Нет, он вышел в коридор и сделал это как крыса. — То есть, он Вам не сказал, о том, что он вызывает. — Нет, он не сказал. — Он сказал, подожди меня в кабинете, я сейчас приду. Так? — Он ушел и оставил свою ассистентку, а потом просто зашел с тремя санитарами. — А, вот как. — И у меня уже не было выбора. — Понятно. Ну, Вы были на врачебной комиссии, которая потом была организована по недобровольной госпитализации. Мало того, Вы же принимали участие в суде, где разбирался вопрос о правомерности этой госпитализации, верно? — Верно. — Вы пытались, каким-то образом врачам и судье показать, что Вы здоровый человек, и что Вас здесь держат неправильно. — Я признала что я больной человек, но что я не желаю оказать медицинскую помощь именно в этом учреждении. — Получать? — Получать. — А, то есть Вы были готовы получать помощь где-то в другом месте? — Да, в частном порядке. — А где? — Участных психотерапевтов. — Нет, ну я понял, не стационарно? — Нет. — Вы говорили, что Вы больны. — Да, я признала, что у меня есть какие-то расстройства, но я знаю, как их лечить и знаю, как для меня лучше. — Тогда мой вопрос, один из последних уже. Вы человек начитанный, видно, и очень хорошо разбирающийся в психологии и психиатрии, по крайней мере, Вы пользуетесь терминологией профессиональной, может быть это и неплохо. У меня вопрос поэто-му такой, что именно, Вы считаете из своих проблем болезнями? И если Вы выделите эти проблемы, которые считаете болезненными, скажите, пожалуйста, что именно, какой именно диагноз Вы сами себе ставите. — Ну, у меня есть диссоциативное расстройство личности, которое мне поставили, у меня есть посттравматическое расстройство и депрессия на фоне всего этого. — То есть вот эти три диагноза. Депрессия, ПТСР и диссоциативное. — Да. — Это болезни? — Да. — Можно сказать три болезни. — Можно сказать что ПТСР и депрессия это болезни, они снимаются медикаментозно. — ПТСР и депрессия болезнь, а диссоциативное? — Это расстройство, требующее когнитивно-поведенческой терапии. — Все правильно. Голос, который Вы слышите в голове, это к какому из этих трех. — Депрессия. — Понятно, хорошо, ну вот, может быть, сейчас немножко изменилось Ваше отношение к больнице и к сотрудникам. Все-таки, смотрите, как много Вам выделяется внимания. Честно говоря, это не часто так бывает, с госу-

дарственным учреждением тем более. И врачи, и психологи, и психотерапия здесь, Вами занимаются ординаторы, и вот этот консилиум, может быть, плюс Вы говорите, что стало лучше. И можно ли все-таки отнестись к этому с некоторой благодарностью, и, в общем, изменить немножко свое отношение. Или нет, или Вы продолжаете считать, что Вам помочь здесь не нужна. — *Ну, во-первых, первый месяц моей госпитализации на меня просто забили. И когда вышел заведующий отделения из отпуска, я ему напожаловалась что на меня забили. И какие-то осмотры, которые, где в конце мне психотерапевт говорил, у тебя нет проблем, все хорошо, мне нужно заниматься. Тогда зачем меня здесь держат, если даже некоторые не верят в серьезность моего заболевания. И тогда на меня стали обращать внимание, и заметили эту диссоциацию, и поняли что это реальная проблема, и тогда началось это внимание уделяться.* — Так вот мой вопрос, собственно в силе. С той поры, как началось это внимание, может быть, Вы же сами сказали, что у Вас положительная динамика, есть плюсы... — Да, за это я благодарна. — Спасибо.

Несколько вопросов мои коллеги зададут, если Вы не против. — *Нет.*

— Скажите, пожалуйста, а вот Вы говорили, что у Вас есть внутренний мир и Ваши субличности, если можно так обозначить, они взаимодействуют. А вот когда интерес переключается на другую субличность, Вы можете себя ощущать в этом внутреннем мире? Как он выглядит этот внутренний мир? Вы можете описать? — Для каждого выглядит по-разному. — Как по-разному? То есть, это как отдельные города? — *Нет. Это разные измерения и пространства, где каждая личность живет и взаимодействует.* — А у Вас есть свое место Ваше? — *Нет.* — Вопрос очень близок к первому. Так как тема весьма интересная и встречается не особо часто. А что чувствуете и видите Вы? Вот именно та личность, с которой я сейчас разговариваю. В то время, когда выходит, соответственно, субличность. Что Вы видите перед глазами, что чувствуете всеми чувствами. — Я ничего нечувствую. — То есть они полностью отключаются? Или не изменяются? — Я отключаюсь и впадаю в своего рода сон. И каждая личность ощущает себя по-другому, по-своему, со своим мировоззрением, установками, убеждениями. — И так каждый раз происходит? — Не каждый раз. У меня же их не на каждый день. — Я понимаю. Я спрашиваю именно про чувства, ощущения и что Вы видите. Я спросил, каждый ли раз Вы полностью отключаетесь? — Да. Каждый раз я полностью отключаюсь. — Такой вопрос. Я понимаю, что личности часто помогают. А совершили ли личности какие-то поступки, которые субъективно делают Вам хуже и вредили Вам. — Да. У меня есть личность, которая в прошлом болела анорексией, и этим причиняла вред моему здоровью. — Такая эта личность? — Да. — Я так поняла, что демон это тоже

одна из субличностей. Правильно? — Да. — Тогда, если Вы слышите его голос, почему Вы относите его не к категории субличностей, а к категории депрессии? — *Потому что мне проще его так ассоциировать, именно с депрессией, потому что он как бы ее и олицетворяет. Просто мое воображение такое, что придумало ей целый образ.* — Но он когда-нибудь выходил на поверхность, проявлял какие-то действия? — Да. Он выходил на поверхность. — Вы сказали, что у Вас в 15 лет начали появляться эти личности все. А до той поры у Вас был друг Пинки, Вы рассказывали. Это был воображаемый просто друг или тоже что-то большее? — *Скорее это был воображаемый друг.* — То есть, потом он просто исчез, и больше Вы особо о нем не вспоминали и больше никак не касался Вас? — Я думаю, это нормально для детского воображения и то, что он исчез, это вполне естественно. — А вот к каким личностям, которые у Вас есть, Вы писали, как Вы относитесь? То есть, для Вас это что? Плохо, хорошо? — Раньше я была настроена к ним негативно, потому, что у меня была чаще всего личность, которая болела анорексией, которая отказалась от еды, принимала кучу таблеток, изводила меня. Она депрессивная личность, наносила мне самопорезы. И в принципе все эти ошибки мышления депрессивные боролись за свое существование, приносили дискомфорт. Но в процессе психотерапии я поняла, что это особенность моей психики, и они не желают мне зла, просто они не знают, как меня защитить, оттого что они сами в какой-то степени травмированные. — Вы сказали, что когда они занимают главную позицию, Вы в бессознательном состоянии находитесь. А сейчас Вы помните те периоды благодаря психотерапии, те периоды, когда они были на первом месте, или все-таки для Вас это остается загадкой? — Я всегда была не одна. И были люди, которые мне это рассказывали. — Я имею в виду, именно для Вас открылись какие-то эпизоды с памятью, которых Вы не помнили раньше? — Да. — А насколько длительные эти периоды бывают? Максимальный период деятельности, когда не Вы, а кто-то другой? — Они могут быть либо несколько часов, либо несколько переключений за день, но это очень редко, либо раньше они на протяжении нескольких месяцев могли быть. — То есть, Вы на протяжении нескольких месяцев не участвовали в Вашей жизни, это был кто-то другой? — Да. — Если я правильно понял, Вы сказали, что некоторые из Ваших субличностей могут взаимодействовать друг с другом. Можете описать, как именно они общаются, как это происходит, если они находятся в разных измерениях этого внутреннего мира, то есть, у каждого свой внутренний мир. Как они пересекаются? — Есть личности, которые находятся вблизи, и, естественно, у них налажена связь, которую они мне сообщили в записках. — Простите, я просто немного в растерянности, когда я Вас спросил по поводу Ваших чувств и Вашего видения того, что происходит во вре-

мя перемен личностей, Вы ответили, что полностью отключаетесь. Но послушав ответы, я понял, что Вы все же помните, что происходит. — Для меня важно это помнить, вспоминать и прорабатывать. Во времена, когда терапия, погружение в транс и восстановление воспоминаний, либо расспрос у моих друзей, знакомых, которые были со мной в какой-то период жизни. — То есть, Вы не помните, но потом это восстанавливаете? — Да. — Смотрите. Вот демон олицетворяет депрессию. А Вы сами когда-то испытывали депрессию? Без него? — Нет. Я сама испытывала скорее апатию и безразличие. Ко мне приходит он и нагоняет это все депрессивное состояние. — Он ухудшает, получается, состояние? — Да. — Скажите, пожалуйста, я правильно понял, что те субличности, которые есть ближе, они друг о друге знают, а те, которые находятся дальше, первый вопрос — сколько их, и знают ли друг о друге и о других личностях? — Примерно депрессивная личность, она появилась самая первая. Она знает только об одной личности, потому что у них был конфликт за контроль над телом, а обо всех остальных, он не может знать, потому что он заперт в сознании, я стараюсь его не выпускать.

— Порезы Вы делали себе все-таки сами? Помните, как Вы их делали? В Вашей истории прозвучало, что Вы чувствовали какое-то облегчение, чтобы хоть как-то чувствовать, что Вы живы, Вы их наносили. А в ответах на вопрос прозвучало, что порезы осуществляла личность “демон”. — Осуществлялось под его влиянием. Я помню, как я наносила порезы именно из-за того, что он мне говорил и нагнетал мое состояние. И порезы мне никогда не приносили облегчения. — То есть, совершали Вы, потому что он нагнетал, шел, потом что-то сообщал, но не руководил Вашим телом полностью? — Нет. — Второй вопрос. А Вы умеете как-то погружаться в какие-то состояния транса или самогипноза, чтобы вспоминать? Без терапевта. — Да. Я это умею. Ну, со своего детства. Собственно, одну из личностей я увидела в 13 лет через свой, так сказать, внутренний мир. Но сейчас я как бы стараюсь себя отвлекать, чтобы не впадать в эти состояния. — Можете подробнее рассказать, как Вы в них впадаете, как это происходит? Мне очень интересно, технически. — В основном, я включаю музыку, которая мне нравится. Я люблю психodelическую, чаще всего, и закрываю глаза, и нахожусь в таком состоянии, когда я вижу какие-то образы, символы. Потом вырастают какие-то ассоциации. Это как бы я вижу сон, но при этом я понимаю, что не сплю, например, я могу шевелить своим телом. Но я не могу, так сказать, открыть свои глаза и вернуться в реальность. — А много времени понадобилось, чтобы научиться этому? Или это как-то сразу? Или постепенно? Сначала какие-то цвета начали появляться, образы? — Не знаю. У меня это как-то происходит с детства, это особенность моей психики.

— Я так понял, есть ближние личности, есть какие-то дальние личности, и общаются они между собой посредством записок, написанных Вашей рукой, правильно? — В основном личности работают в паре, имеют натальную связь, а оставляют записи они мне. — Вам оставляют, что они существуют, чтобы Вы знали? — Да. — Вопрос. Другие личности могут познакомиться как-то между собой? Может, когда они познакомятся, они поймут, что они вместе? Ваше состояние изменится, как Вы считаете? — Пока что они не вышли на связь именно путем записок и оставления напоминаний о себе. — А Вы пытались как-то? — Да. — Каким образом? — Я оставляю письма для них, записи для них, когда я понимаю, что кому-то нужна помощь, я говорю, что, если ты расскажешь об этом, то мы тебе поможем разобраться. У меня есть личность, которая рисует такие рисунки, говорящие о том, что она чувствует боль и чувствует себя разбитой.

— Как дополнение к предыдущему. Скажите, Вы пытались как-то, именно Вы, поговорить со своими личностями и о чем-то с ними договориться. Может быть, что-то с ними обсудить. — Чаще всего я говорю именно с депрессивной личностью, но наши разговоры не получаются конструктивными. — Это путем вот таких записок? — Нет, это путем натальной связи. — А с остальными? — В основном я им что-то пишу, они мне пишут в ответ. — А Вы не задавали им вопрос, почему они с Вами такое длительное время? — Да. — Задавали? — Да. Я задавала. — И что же они Вам рассказывали? — Одна из личностей, которая была с анорексией, ответила, что ей не хватает контроля в этой жизни, и она его направила именно на контроль над телом. — То есть, личность контролировала Ваше тело. А почему Вы этого не можете сделать? — Я тогда еще не была такой, какой сейчас. Естественно, я даже тогда не была у психотерапевта, чтобы контролировать процесс осознанности и возвращения себя в реальность. — Получается, Вы не могли им противостоять и отказать. — Нет. — Скажите, пожалуйста, в дальнейшем, психотерапия, лечение, чего Вы хотите достичь, какая у Вас цель? Чтобы с личностями как-то можно было взаимодействовать, что Вы хотите получить от лечения? — Я хочу, во-первых, найти всех, узнать их цели, их историю, и путем психотерапии сделать их осознанными. Помочь им понять, что они являются защитным механизмом моей психики, и что некоторая их защита иррациональна. И что их лучшая помощь будет, если они сделают этот шаг для меня. — А как Вы считаете, они осознают, что они есть, то, что они часть Вас? Или они считают себя независимыми единицами? — Есть, кто осознает, есть те, у кого есть своя история, и они не понимают, что происходит в принципе. — У Вас одинаковое доверие к ним, или есть разница? — Есть разница. — Если они скажут Вам что-то значимое для Вашей судьбы, Вы сумеете поступить

по-своему. — У меня есть рациональная личность, являющаяся моей рациональной частью, и больше доверия у меня к нему. И естественно я буду больше прислушиваться к нему, чем ко всем остальным, которые чаще всего выдают ошибки мышления.

— Скажите, пожалуйста, у Вас есть близкие друзья, которым Вы полностью можете доверять? — Да, у меня есть друзья. Есть друзья, которые знают об этом заболевании, и которые даже общаются с некоторыми моими другими состояниями. — То есть, Вы полностью можете обсудить с ними любые Ваши переживания, можете довериться? — Да. — Много таких друзей? — Три близких человека. Прямо самых-самых близких. — Вы бы хотели, чтобы все эти личности ушли навсегда, и остались Вы одна? — Я не могу их отправить в какое-нибудь забытье, потому что я понимаю, что это все я. Это мои эмоции и моя энергия, которая требует выхода. Поэтому я их принимаю, как часть себя. — В продолжение этого вопроса, а если бы была волшебная таблетка, которую Вы сейчас, например, приняли и остались только Вы, без всяких субличностей. Согласились бы? Остались бы только Вы рациональная. — Интересный вопрос, я даже не рассматривала. Надо подумать, прежде чем ответить. Потому что в какой-то степени, если принять такую таблетку, это отказ от себя самой, а я принимаю себя такой, какая я есть. — Скажите, когда Вы разговариваете с демоном, он Вам отвечает? — В основном, это когда ему становится скучно в своей темнице, где он собственно находится. И, чаще всего, мы с ним в спорах, потому что у действительно у него иррациональные мысли. Он, все равно, не соглашается и в конце он просто начинает шипеть или скрипеть. — А когда Вы разговариваете с другими личностями, они Вам отвечают? — К сожалению, демон наводит такой шум в голове, что я слышу только его. — Всегда? — Да, когда-то я слышала Аню, когда она у меня проявлялась. В периоде восемнадцатого года, потом эта связь тоже разрушилась. — Скажите, пожалуйста, а сейчас есть тот голос? Демона, пока мы с Вами общаемся, или кого-то другого? — Демон немножко шипит, и он говорит: иди отсюда, они над тобой смеются. — Вы сейчас сказали, что все эти личности это часть Вас. То есть, все-таки сначала Вы, а только потом Ваши отголоски или все-таки Вы расцениваете это как второстепенные части? То есть, все-таки сначала Вы, и только потом они. Может быть, как-то к Вам прислушиваются, это так? Или я неправильно понимаю? — По сути, я являюсь хозяином и нутром, возвглавляю систему, а остальные личности я воспринимаю как осколки, которым можно помочь. Взрастить их из степени осколков в защитника.

— Был вопрос по поводу таблетки, то есть, если бы Вам дали волшебную таблетку, и также Вы ответили на вопрос, как Вы сами классифицируете Ваше состояние, то есть, депрессии, ПТСР. Основное, что

Вас беспокоило, это диссоциативное расстройство. Получается, волшебная таблетка вылечила бы Ваше диссоциативное расстройство, правильно? — Я же сама знаю и понимаю, что такой таблетки нет. — То есть, она излечила бы Вас? — Если бы она изменила структуру моего мозга или вообще изменила мои мозги на какие-то другие, обычные стандартные, тогда можно было бы поэкспериментировать. — Хорошо, спасибо. Я все ждал вопрос от аудитории. Тогда задам его сам, но это будет точно уже последний вопрос, видно, что Вы уже утомились. Вы контактируете сейчас с мамой как-то или нет? — Нет. — Давно? — С 2017-го. — А она пытается как-то выйти на связь с Вами? — Нет. — Вот эти судебные дела, которые она пыталась на Вас, иски? — Я ее не интересую. Сейчас, чтобы достать меня, либо она просто хочет, чтобы я чувствовала еще какую-то свою вину — основная версия. Или чтобы часть моей жилплощади принадлежала ей. Ее и волнует это. А моя судьба, мои чувства, мои увлечения ее не интересуют. И если бы она осознавала, что она сделала, то нашла бы этот способ связи. Сейчас это достаточно просто — найти человека и как-то поговорить. — Я понял. Есть ли у Вас какой-то вопрос ко мне или аудитории, может быть? — Кто-нибудь хочет поработать с человеком, у которого есть диссоциативное расстройство личности и попробовать, попрактиковать когнитивно-поведенческую терапию? — Я предлагаю так, когда Вы уйдете, желающий это сделать сообщит Вашему лечащему врачу, хорошо? — Хорошо. — А он уже скажет Вам. Она, вернее. Спасибо. Договорились? — Хорошо. — Спасибо большое. Удачи Вам. — Спасибо, до свидания.

Врач-докладчик: Я постаралась распределить диагнозы, с которыми будем дифференцировать, в хронологическом порядке. В принципе, имелись данные, что в детстве пациентка была достаточно аутичной, она старалась оставаться наедине, была склонна к каким-то фантазиям, к своеобразному мышлению, к воображаемым друзьям, уходу во внутренний мир. Мы могли предполагать один из диагнозов — это шизоидное расстройство личности. Здесь из критериев отмечается такая эмоциональная холодность, но с другой стороны, она сейчас была достаточно живая, хотя демонстрировала совершенно разные эмоции. Вначале она была тревожная, напряженная, потом откровенно высокомерная и порой даже немного злая. Последний ее вопрос к аудитории был просто прекрасен. Наверное, последний ее вопрос в зал исключает возможность наличия шизоидного расстройства личности. Хотя следующий намного больше подходил бы. Это истерическое расстройство личности, пациентка, которая склонна к самодраматизации, к театральности, к гротескности. Возможно, это сейчас уже трудно делать постфактум. Некая такая внушаемость после работы с психотерапевтом в одну из госпитализаций, в которой неожиданно оказались эти личности.

Были найдены в процессе то ли гипноза, то ли какой-то работы, она сейчас называет их схема-терапией почему-то, хотя описывает какие-то гипнотические вещи. Естественно, это постоянное стремление быть в центре внимания. Здесь способ хоть и вычурный, наличие у себя некоего редкого, никем практически не изученного, особенно в российской среде, расстройства тут налицо. Последняя фраза как раз об этом и говорит. Возьмите, кто готов со мной, с такой вот поработать. Кстати, здесь я не выделила, я обычно выделяю цветами какие-то особенности пациентов. Неадекватное и отвратительное поведение. В отделении она несколько раз демонстрировала заигрывание и флирт с заведующим отделением. И он это подмечал, в первую очередь. Он говорил, что заходит, уточняет состояние пациентов, а она, в отличие от всех остальных, начинает заигрывать и спрашивать у него: а как у Вас? А как Вы себя чувствуете? И вот такое поведение тоже ей было характерно. Тоже один из диагнозов, с шизотипическим расстройством. С одной стороны — вычурностью, с неадекватным несдержаным аффектом, с навязчивыми размышлениями о собственных каких-то мыслях и с эпизодическими, галлюцинационными, или бредоподобными идеями. В принципе, все это можно рассматривать как бредовое фантазирование. Где-то скорее, на грани фантазии. Если вспоминать ее анамнез, судьбу нельзя не говорить о посттравматическом стрессовом расстройстве. Конечно, временной критерий исключает его как сам диагноз, но, в любом случае, это детство и сексуальное насилие, и в принципе какое-то физическое насилие со стороны родителей. Эмоциональная холдность всех родителей, безразличие отца. Следующий, кто ее опекал, все равно не давал того, что необходимо было на тот момент ребенку. И она длительное время до семнадцати лет находилась в этой ситуации. Это был даже не один фактор, как при посттравматическом стрессовом расстройстве, это было на протяжении длительного времени. Здесь, кстати, у нее в одной из госпитализаций был поставлен диагноз нервная анорексия, во второй, по-моему, госпитализации. Я, все-таки, не нахожу у нее критерии нервной анорексии, потому что цели когда-то похудеть у нее не было. Это было как вопрос наказания, и в принципе, в рубриках расстройств приема пищи есть диагнозы как “рвота, связанная с другими психологическими расстройствами”. Как раз, по крайней мере, в МКБ отмечено, что это применяется, как второй диагноз при диссоциативных расстройствах каких-то, или психогенная утрата аппетита, тоже здесь другие расстройства приемов пищи, потому что это все равно в синдроме-комплексе у нее есть, по крайней мере, отмечалось и объективное снижение массы тела в предыдущей госпитализации. И она тоже сама об этом говорит. В ее анамнезе, в любом случае, отмечались и депрессивные эпизоды и аутоаггрессивное поведение и попытки суицида. Хоть она и заявляла, что это делала не она, в тот момент, когда ее госпитализировали

после принятия большого количества антидепрессантов. Можно было бы, конечно, говорить, в принципе, о диф-диагностике с шизоаффективным расстройством, потому что все симптомы, о которых она говорит — голос демона, можно интерпретировать как псевдогаллюцинации. Всю эту концепцию, как бредовую структуру. Есть все-таки особенности. У меня, по крайней мере, складывается впечатление, что у нее это поддается некоему контролю с ее стороны. Когда мы говорим о психопродукции у шизофреника, или у пациента с шизоаффективным расстройством, там это чужеродность мыслей, чужеродность голоса, это какие-то идеи о том, как он туда проникает, каким образом? Здесь она интерпретирует все с каким-то элементом контроля, как это происходит, то есть, называет, кто конкретно может связываться, кто не может связываться. По каким вопросам. Говорит определенные вещи. То есть, он не говорит все подряд, он комментирует не все, этот голос. Ну, и в принципе, если мы говорим даже о рубрике F20, у нее в настоящий момент негативной симптоматики не отмечается, каких-то явлений асоциальных нет. Эмоционально она хоть и своеобразна, но сохранна, на мой взгляд. Еще как диф-диагноз, я включила пограничное расстройство личности. Как раз были эпизоды. В предыдущей госпитализации описано аутоаггрессивное поведение, селфхарм, как попытка справиться с собственными эмоциями. Хотя она сейчас отрицает, возможно, там не совсем верно интерпретировали ее слова. Но как для пациента с расстройством личности здесь слишком много всего. Всю симптоматику не впихнуть в F60, хотя, в принципе, и расстройство идентичности тут отмечается, заметная и стойкая неустойчивость образа чувства Я. Рецидивирующее суицидальное поведение и постоянное испытывание чувства опустошенности, но слишком это неполнонлено, это просто отдельные симптомы. Ну и самое главное, диф-диагноз расстройство множественной личности — это критерий из МКБ 10. Это существование двух или более различных личностей внутри одного индивида, когда присутствует в отдельно взятый момент только одна. Каждая личность имеет собственную память, и симптомы не обусловлены органическими нарушениями, либо употреблением психоактивных веществ.

Ведущий: У Вас семь диагнозов.

Врач-докладчик: Я отмечала больше. Да, здесь мы из клинического руководства по диагностике и терапии расстройств множественной личности представим практически все ее альтер-личности, которые дублируют то, что она говорит. Но то, что происходит сегодня, все равно вызывает какие-то вопросы. Каждый раз у меня внутри есть к ней вопросы, в какой она реальности. Не придумывает ли она? Не фантазирует ли? Хотя с точки зрения диссоциативного расстройства, какие-то истерические черты — вот это фантазирование тоже характерно. Причем там даже описывается, что в раннем детском возрасте возникновение воображаемого друга тоже характерно для

развития такого типа диссоциации. Этот травматический, сексуальный опыт насилия тоже в копилку такого типа диссоциации. Что касается галлюцинаций — в принципе, в той литературе, которую я нашла, отмечаются даже какие-то галлюцинаторные расстройства, но они отличаются от шизофренических структурированными диалогами, касательно, допустим, эмоций, которые выбрала та или иная личность. Допустим, она говорит, депрессия. Это не как комментирующий галлюциноз, как у шизофреника, там немного другой характер будет. Но я, все-таки, наверное, из этих всех семи, дифференциацию больше проводила с истерическим расстройством личности, либо с диссоциативным расстройством идентичности. Возможно, это какая-то фаза формирования. Пока затрудняюсь, очень сложная тема.

Ведущий: А как это сочетается с той терапией, которую мы сейчас услышали? И с недобровольной госпитализацией. Кстати, какой диагноз стоит? — У нее другой депрессивный эпизод стоит. На самом деле, то, что она описывала по поводу того, что на нее “забили” на тридцать дней, связано с тем, что мы все тридцать дней говорили, что у нее депрессия, потому что она поступала с мыслями о нежелании жить. Здесь она была такая подавленная, и “забили”, потому что не верили в то, что она хотела показать, это тоже что-то говорит о ее состоянии. — У меня последний вопрос. Я правильно понял, что перед больницей у нее был какой-то психотерапевт, к которому она регулярно ходила, посещала? — У нее было несколько психотерапевтов, она описывает их сменяющихся, и она от них уходит, когда они не верят в то, что у нее есть диссоциативное расстройство — Она находит другого психотерапевта? — Да. Понятно. И это такой психотерапевтический процесс, достаточно продолжительный — У нее с 2019 по 2020 год был перерыв, она чувствовала себя хорошо, она не требовала, не нуждалась в этом, а потом она описывает эту травмирующую ситуацию с судами, и она начинает ходить по психотерапевтам, но они видят ПТСР, лечат ПТСР.

Ведущий: Так, понятно, понятно. Хорошо, спасибо большое. Давайте начнем обсуждение. Кто хотел бы высказать свою диагностическую точку зрения, и соответственно какие-то дать рекомендации по терапии, ну либо в дополнение к сказанному, в пользу к расстройству личности той или иной категории, либо может быть, свою гипотезу диагностическую, и тогда с обоснованием. Я вижу, здесь преобладают молодые врачи, ординаторы, поэтому это будет очень хороший образовательный опыт для Вас. И может быть есть еще кто-то из Он-лайн слушателей, кто тоже высказывает желание выступить, сказать свое слово. Смелее, коллеги. Столько вопросов, поэтому я никогда не поверю что у Вас у всех единое мнение. Давайте, вот из тех, кто больше всего задавал вопросов, наверняка, у Вас сложилось свое какое-то впечатление, представление.

— *А можно еще к лечащему врачу обратиться с отдельным вопросом?* — Ну конечно! — *А вот у нее мышление, темп речи такой всегда, она так всегда медленно говорит?* — Нет, она отвечает всегда очень коротко. А вот в отделении у нее был такой высокомерный тон, и здесь, когда Вы задавали ей вопрос, она максимально свысока разговаривала. Она вчера так не разговаривала, она отправляла докторов поскорее домой, потому, что задерживаются на работе, она такая улыбчивая ходила, но она не всегда такая. Но здесь была высокомерная. — *Она чего-то желала в отделении, сильно требовала?* Ну, допустим, хочу карандаши, прямо принесите мне карандаши. — Ну конечно, но она получала, карандаши у нее есть. Ну, у нее были особенности, она допустим писала жалобы на санитаров, которые грубо обращаются и могут иногда ответить как-то не так. Но она писала записку не от себя. Не ей нагрубили, а какой-то другой девочке, и она правозащитницу в себе включила, и написала. Других каких-то требований не было. — *Можно было считать, что она преувеличивает в этой записке?* — Ну, да, она преувеличивала. Если честно, это частая история в таких записках.

Врач-докладчик: Ели мы говорим о диссоциативном расстройстве личности, то, это расстройство личности, и оно, если я не ошибаюсь, только и возникает у истерических личностей. Ну, личностей с истерическим радикалом.

Ведущий: Да, если мы говорим про МКБ-10, то это диссоциативное расстройство идентичности, а не личности. Идентичности, относится к рублике Ф40, 44 или 48. А если мы говорим о расстройствах личности, то это рубрика Ф60. Соотносится это с личностью или нет, спаянность с личностью есть или нет, это вопрос. И это вопрос всегда дискуссионный, понимаете. Есть авторы, которые действительно считают, что все диссоциативные расстройства, как таковые, будучи невротическими или психогенными, возможны только у истериков, ну или у личностей даже мозаичных, но с таким акцентированным истерическим радикалом. А есть полярная точка зрения, говорящая о том, что это не специфические расстройства, что диссоциативные нарушения могут наблюдаться у всех, у любого человека, оказавшегося в сложной, тяжелой, критической часто, а часто еще судебной или следственной ситуации. Ситуации, связанной с какими-то судебно-следственными вопросами, оттуда и появляются все эти диссоциативная амнезия, диссоциативное расстройство идентичности, и прочее, прочее прочее. Но это может быть и у шизоидов, и у параноика, и у эпилептоида, у кого-то еще.

Врач-докладчик: Я читала как раз ту точку зрения, где говорится, что диссоциативное расстройство возникает в первую очередь там, где личность связана с истерическим радикалом, и это, с одной стороны, с целью привлечения внимания, а с другой стороны, чтобы помочь личности принимать решения в опре-

деленный момент времени. То есть, когда личность сама слишком слаба, чтобы принять какое-то решение, появляются альтер-личности, у которых есть определенные черты характера, которые помогут выжить именно в этот трудный момент времени. И я думаю, что психотерапия направлена именно на ее истерический радикал, который привел бы ее в состояние компенсации, и помог бы не убрать эти личности, а склеить их в одну. Чтобы не было такой потребности делать несколько личностей, которые принимали бы решение.

Ведущий: Понятно, спасибо. Какие-то мнения диагностические?

Врач-докладчик: Просто, немножко не вяжется, вроде все хорошо, ее выписывают, как она и хотела, подлечили, и тут именно в тот день, когда выписывать должны, появляется личность. Ничего же не произошло такого, чтобы она вдруг появилась. Она, когда 30 дней пережила, была такая замкнутая, и терапия такая была, потому что мы депрессивный синдром лечили. И перед выпиской я ей давала рекомендации, как дальше продолжать терапию. И она снова, только, наверное, во второй раз за всю госпитализацию стала говорить о своей диссоциации. До этого она молчала, не говорила об этом, не просила полечить ее расстройство. И на нашей с ней беседе я ей дала понять, что готова в это поверить. И на следующий день, появляется вот эта новая личность.

Ведущий: Понятно. Есть ли у Вас какая-то диагностика другая, из всего того меню, которое было представлено, богатое, семь или восемь наименований. То же самое оставляем? — Я думаю, это вообще не важно, если хочется диссоциативное расстройство, почему бы его не дать, мы же должны людям помочь. — Я не могу сказать, что это неважно, причем не могу сказать, что это неважно не только с клинической, но и с юридической точки зрения. Наша пациентка находится в больнице по решению суда, и она находится недобровольно, поэтому это важно, это серьезный вопрос.

Участник разбора: Все равно, понятно, что тут точно нельзя сказать, или истерическое или все-таки диссоциативное. Но видно, что она сама заинтересована именно в диссоциативном расстройстве, очень красочно его описывает, и я не мог найти каких-то когнитивных нарушений при общении или еще что-то. Но инфантилизм все равно есть какой-то в ее общении, и это за истерическое расстройство личности.

Участник разбора: Да, я долго думала, высказывать свое мнение или нет, потому что я призываю в некотором смятении после общения с пациенткой, потому что чувствуется ее холодность. Порезы на уровне бедер. Но, при этом какой-то разорванности мышления, негативизма, то есть того, что мы видим при F 20 нет, несмотря на холодность. Может эта холодность вызвана травмирующей ситуацией жизненной, тем что онаросла в очень неблагополучной об-

становке. Неудивительно, что нет доверия к миру, и эта холодность — просто формат психологической защиты от боли потенциальной, которая начнет, может быть, вспыхивать. Мне кажется, это возможно, и это все-таки про расстройство личности, возможно, есть какой-то остов истерический, демонстративный. Но, мне кажется, стоит рассмотреть F 61, смешанное расстройство личности. Потому что мы видим черты и какой-то стойкости в отстаивании прав других, хоть и не своих, что-то параноидное. И такой закрытости с малым количеством друзей на очень доверительных отношениях, это что-то шизоидное. И при этом такую демонстративность в последних ее словах, про “поработайте со мной”. То есть, F 44 мне очень бы хотелось, но оно такое фантастичное, оно что-то такое про Билли Миллигана, то есть абсолютно нереальное и невиданное нами никогда, что мы не можем с абсолютной убежденностью говорить об этом. Но ощущение от F 61 у меня какое-то есть, хоть у меня и нет опыта, но вот эндогению я лично чувствую, хоть и не имею опыта соответственно.

Участник разбора: Я не соглашусь, мне кажется, что здесь психопатоподобное что-то. Все-таки и родители своеобразные, понятно, что у нас нет объективных данных про ее заболевание, но впечатление про голоса, про бред воздействия, плюс терапия нейролептики. — *Стоп стоп, голоса, бред воздействия, и? - Ну, про голоса, голос демона. — И шизотипическое расстройство?- Голоса. Должно быть наличие каких-то обманных восприятий. — Но тогда может быть больше, чем шизотипическое, потому что голоса, бред воздействия, это первый ранг, и это F 20. — Психопатоподобное поведение.*

Ведущий: Подождите, тут очень важный момент. Потому что если мы обосновываем шизотипическое расстройство психопатоподобное, то мы должны допускать тогда квазипсихотические эпизоды, но не более. И если мы обосновываем это, говоря о том, что у нее есть симптомы первого ранга, то есть галлюцинации, бред воздействия, то это больше, чем шизотипия, это тогда F 20, или 25, но это скорее дань моде.

Участник разбора: Но, как расценивать голоса, про которые она говорит, и то, что он влияет? — Это самый главный вопрос сегодняшнего дня. Хорошо, Ваша версия понятна, и я ее ждал, странно, что ее не было до сих пор. Эта версия должна оставаться. — Мы можем считать, что это голоса, возникающие на высоте аффекта возникающие? — Они ведь постоянные, вот в чем дело, она постоянно их слышит, то есть это же не на высоте какого-то приступа — Может только тогда, когда депрессия, депрессивный настрой? — Нет, она часто слышала.

Участник разбора: Про голос. Я заметила в ней какую-то театральность и гиперболизированность этих личностей. Мне кажется ей это очень удобно. Эти личности появляются в каких-то таких стрессовых ситуациях, где от нее что-то требуется. Вот здесь появляются эти личности. Мне кажется, ей это удоб-

но, ей это как-то актуально, она получает то, что она хочет. Внимание окружающих, заботу со стороны врачей, ей очень этого не хватало. В этом случае, эти голоса и личности — удобные инструменты и хорошее прикрытие, возможно, каких-то своих потребностей.

Ведущий: Ясно. То есть Вы тоже за эту версию. Да, дуализм мнений получается. Я предлагаю, все-таки подводить черту, тем более что, конечно, в случаях, когда мы сталкиваемся с такими клиническими ситуациями, никогда не бывает полной внутренней удовлетворенности в том, что я разобрался в этой ситуации, я все понял, это пациент такой-то и такой-то, и лечить его надо так-то и так-то. Все равно здесь будут оставаться сомнения, и, наверное, так и должно быть в нашей клинической практике. У нас не может быть однозначных стопроцентных диагнозов, как такиховых. Давайте мы поэтому — это я психотерапию всем провожу — снижаем планку наших возможностей и достижений до реальных.

На что я хотел обратить внимание? Вы уж извините, но я начну с того, что я хотел бы обратить внимание на высокую активность зала в отношении вопросов, связанных с интерпретацией нашей пациенткой этих самых субличностей. Большинство вопросов были направлены именно туда. Возникало у меня ощущение, что многим из присутствующих, в том числе в какой-то момент и мне, гораздо интереснее было разузнать про этих личностей не с клинической, не с медицинской точки зрения, а возможно с точки зрения предполагаемого переноса. Красивая история, все смотрели фильм Сплит, очень много интересной литературы, художественной литературы посвящено этому, в этом есть много мистического и красивого, эффектного, поэтому в какой-то момент хотелось даже порассуждать и сассоциировать это со своим внутренним процессом, со своим внутренним диалогом, возможно. И, второе на что я обратил внимание, это на то, как пациентка активно использует именно психотерапевтическую терминологию. И какими фразами, прямо такими клишированными фразами из такой несколько вульгарной психотерапии. Вы уж извините меня за такую терминологию, но это мои чувства и ощущения. Думаю, что эти клишированные фразы взяты у нее в большей степени из литературы, из каких-то других источников, может быть от этого своего друга, который психолог и с которым она находится, я так понимаю, в близких отношениях. Может быть от каких-то психотерапевтов, которые занимались трансовыми методами, гештальтом, трансактным анализом, схема-терапией, когнитивно-бихевиоральной терапией (КБТ). В основном КБТ, и так далее. И это, конечно, серьезным образом мешает увидеть настоящую ее проблему, ее симптомы. Все это маска, которая покрывает густым слоем истинную проблему, психиатрическую проблему этой пациентки. Вот на это я обратил внимание.

Дальше я обратил внимание, конечно же, на то, как она зашла, ее поза сгорбленная, весь осунувшийся

внешний вид. Такой монотонный габитус, без какой-то оживленности, очень короткие фразы, скуча на эмоции вначале, достаточно мало резонанса аффективного. Я предположил, что это все-таки рядовое поведение, как бывает у пациентов с недоступностью, когда они оказываются в среде внимательных, слышащих людей. Или, может быть, это депрессия, с выраженным когнитивным снижением, с тихим голосом, такой брадифренией. Но, дальше я увидел, как она ожила, и, действительно, Вы правы, у нее в течение беседы менялось настроение, менялись ее эмоции, она ожила. Она становилась даже высокомерной, абсолютно с Вами согласен. И под конец, она совершенно точно ожила. Но самый важный вопрос, который я ждал от аудитории, я так и не дождался. Как будто бы, сегодня все боялись этот вопрос задать ей, предполагая, что это серьезным образом ухудшит ее состояние. Как будто по наитию, по умолчанию, все решили, что это действительно главный вопрос ее жизни. Вопрос отношений с мамой. В конце я задал этот вопрос, и именно ответ на этот вопрос, сделал ее самой словоохотливой. То есть помните, как она на него отвечала, пошел развернутый многословный достаточно эмоциональный, эмоционально насыщенный ответ, в отличие от всех остальных ответов, многих остальных ответов, касающихся этих субличностей. И здесь я понял, что, наверное, именно здесь и лежит ключевое переживание пациентки. Очень важный момент. У каждого пациента должно быть ключевое переживание. Из всей массы есть точка самая болевая, самая важная, и самая значительная, и эта точка оказалась — отношения с мамой. Так и хотелось дальше продолжить эту беседу. Тем более, там вдруг внезапно всплыли и другие обстоятельства, связанные с квартирой. Она же об этом сказала, что мать хочет мою половину квартиры. И я так понимаю, что мать не просто этого хочет, но и активно этого добивается, в том числе через различного рода судебные тяжбы, которая она устраивает ей на расстоянии. То есть, мы можем сказать, о том, что наша пациентка на сегодняшний момент, продолжает находиться в эпицентре очень тяжелых травмирующих отношений с матерью. Это очень важно. Потому что если уж мы говорим о диссоциативных нарушениях и предлагаем такой диагноз, то мы должны обязательно связать это с какой-то психогенезом, в противном случае, мы специфицируем этим термином. Должна быть доказательность в психогенных диагнозах, в том числе, диагнозе истерического расстройства, диссоциативного. Я согласен абсолютно с мнением психолога, который ее смотрел. Достаточно подробное экспериментально-психологическое исследование было проведено, которое показало, что у нее нет каких-то даже неявных расстройств мышления, процессуальных, прежде всего. И это не только пиктограммы, это и другие методы, которые Вы использовали и в беседе. Большая часть ответов была лишена витиеватости, вот этого своеобразия, какой-то вычурности или параллельно-

сти в высказываниях, какого-то сумбура, какой-то путанности. Ответы скорее были ближе к органическому типу, достаточно примитивные, конкретные и очень лаконичные, но они всегда были по существу, и лично я в беседе ничего не увидел. И других симптомов, которые можно было бы предполагать, если бы речь шла о шизофреническом процессе, уж неважно каком — вялотекущем, или серьезном параноидном. Я тоже не могу, по крайней мере, в достаточной степени набрать этой дефицитарности сейчас, в том числе и в эмоционально-волевой сфере. Ее образ процессуальной больной, может быть обусловлен, например, тем, что она находится длительное время в отделении, в окружении процессуальных больных. Она видит больных, у которых не только аффективная патология, или нет? — *В настоящий момент нет.* — Очень хорошо. Возможно, у нее был такой опыт общения с этими пациентками в прошлой госпитализации. Уже четвертая сейчас госпитализация, три предыдущие были тоже в острое отделение, там одни. — *Там отделение неврозов, оно как-то так называется. Я не знаю как в Перми, Пермском крае, городе Чайковске.* — Я предполагаю, что речь идет все-таки о некоем образе психически больной, в этом халате, в этих чудесных советских ботинках “прощай молодость” и все остальное, которое на ней. Она, явно, конечно, отдает процессуальностью. Вот этим всем, и своей походкой и так далее, но, этого явно недостаточно для диагностики шизофрении. Нам нужна динамика процесса, нам нужна какая-то прогредиентность, какие-то симптомы, которые с момента манифестиации до настоящего времени могли бы прогрессировать и определять поведение больно. Психотические или не-психотические нарушения с нарастающим социальным снижением, и всего остального. Но когда Вы показали ее инстаграм, который был создан недавно, и он создан не ее помощниками, а ею, с яркими фотографиями, с такими баннерами красивыми красочными, и так далее, с ее активностью, я понял что, наверное, будет некорректно оценивать ее настоящий статус, как статус человека со сниженным социальным функционированием. Может быть, даже наоборот, ее социальное функционирование растет. И растет и расширяется только в своеобразной нише, в нише так называемых жертв насилия, и, не так называемых, а настоящих жертв насилия, в том числе. И, конечно, в этом смысле, диагноз шизофрения и похожие расстройства у меня пока рассыпается о факте отсутствия важных облигатных диагностических признаков этого заболевания. Можно было бы, конечно, предполагать и органическую патологию, в частности пароксизмальное состояние, амнезия есть вот этих периодов, какие-то периоды диссоциативного, не диссоциативного, но возможно сумеречного расстройства сознания, которое она как бы вызывает сама, благодаря этим своим трансовым упражнениям. Но, на самом деле это вполне может быть и спонтанно, автономным явлением по типу какого-то краткосрочно-

го да, аффективно суженного сумеречного состояния, у больной с пароксизмальными нарушениями. Но она обследована. Она обследована очень хорошо и много-кратно. И органическое повреждение головного мозга исключается, хотя мы знаем о том, что она родилась неблагополучно, семимесячная она была, плюс как будто были интоксикации у матери во время беременности. Возможны и органические факторы, и посттравматические да, она была избиенной много-кратно, и мы не исключаем того, что там органика какая-то есть. Но она точно не определяет ее симптоматику сегодняшнюю, если она есть, то она идет фоном, потому что у нас нет психоорганического синдрома, прежде всего. Это главный и самый обязательный признак любого органического заболевания. И, конечно же, вот этот книжный формат ее расстройств, которые она проявляет, вот эти диссоциативные нарушения, которые очень красивы, даже сделали скриншоты из книг, где это все описано. Демоны, личности помогающие, личности отступающие, и прочее прочее. Все-таки создается представление о том, что в настоящий момент в психическом статусе, мы видим именно то, что кодируется в МКБ-10 как диссоциативное расстройство идентичности. Так я квалифицировать могу на сегодня ее статус, другой квалификации статуса у меня на сегодня нет. Говоря простым нашим российским языком, языком российской до МКБ-10 терминологии, мы имеем дело с вариантом истерического психоза, который был описан в формате бредоподобного фантазирования. Но сегодня этой рубрики нет, и сегодня один из вариантов этого бредоподобного фантазирования, рассматривается как диссоциативное расстройство идентичности. Здесь, возможно, и вложена какая-то психоаналитическая концепция, которая таким образом определяет этот диагноз. Но, гораздо интереснее другое. Как все к этому пришло, и каков генез произошедшего, как я вижу ситуацию. Я не знаю, насколько объективен анамнез, который мы получили с ее слов, но предполагаю, что все-таки значительная часть изложенного соответствует действительности. Я имею в виду тяжелое насилие, причем не только физическое и сексуальное, но еще и моральное насилие, которому она подвергалась до школьного возраста. С двух лет то, что она помнит, все эти события до 7–8 лет, послужили достаточным основанием для того, чтобы к тринадцати годам развилась уже опять же по МКБ-10 ПТСР — посттравматическое стрессовое расстройство, которое предполагает тяжелый психотический регистр депрессии, и психогенного галлюциназа. Речь идет о дьяволе, да? — *Демоне.* — Демоне, который говорит в голове. И депрессия, которая была тогда, в тринадцатилетнем возрасте. Посттравматическое стрессовое расстройство со всеми атрибутами своими, с флембеком, со многими другими обманами восприятия, с какими-то состояниями измененного сознания, нарушениями сна и суициальными намерениями. Там примешались и другие расстройства, в том числе дис-

морфии, возможно были расстройства пищевого поведения, об этом мы тоже не знаем. Человек оказывается в какой-то момент в поле зрения психотерапевтов, начинает работать с ними и начинает получать помощь. Ей становится легче. До восемнадцати лет социальные службы никак не реагируют на происходящее, хотя это явно неблагополучная семья. Когда, наконец, в семнадцатилетнем возрасте все-таки доходит дело до этих социальных служб, они вдруг говорят, что “еще годик потерпи”, что мы сейчас будем все это замешивать с лишением родительских прав там и так далее, и все будет в порядке. В конечном итоге оказывается, что у нее все-таки формируется **диссоциативное расстройство идентичности** в процессе психотерапевтической работы. То есть, на место депрессии приходит истерия, это очень важный момент. Мы имеем дело с феноменом, который когда-то у нас назывался постреактивное развитие личности. Мы можем это назвать невротическим развитием личности или постреактивным развитием личности. Но если сравнивать депрессивный регистр и истерический регистр, то они находятся на разных уровнях переживания. Депрессивный регистр гораздо выше, гораздо интеллектуальнее и гораздо тяжелее. Истерический регистр гораздо ниже, протопатичнее, если можно так сказать, ближе к инстинктивным расстройствам. И он гораздо легче. Так устроена психика, что в случае продолжительного действия психической травмы и продолжительного персестирования психогенной депрессии, рано или поздно на смену депрессии приходят истерические черты, истерические расстройства, эти истерические расстройства создают условия для повышенного внимания окружающих, и в данном случае, конечно, психотерапевтов, которые помогают. Дальше, на мой взгляд, начиная примерно с 18 лет до настоящего времени, сейчас ей 21, наша пациентка влюбилась в психотерапию. Ей стало хорошо от психотерапии, так же, как наркоману хорошо от кокаина. Если мы говорим о страсти ее, страсти к психотерапии, я предполагаю что эта страсть носит аддиктивный характер. Я думаю, что эта психотерапевтическая аддикция, влечение, постоянное желание, причем как и положено при любой аддикции, не только химической но и не химической, с ростом толерантности, то есть с ростом потребности к этому. А как удовлетворить все увеличивающуюся и увеличивающуюся потребность? С алкоголизмом все проще, наливай больше и все, а здесь нужно давать все больше и больше повода для работы психотерапевтов. И вот появляются вокруг нее профессионалы, в том числе ее молодой человек, который естественно ее образовывает и дает ей все больше и больше материала для того, чтобы вести себя соответственно abstinentному пациенту, пациенту, нуждающемуся в психотерапии. В конечном итоге наша пациентка получает то, чему мы являемся свидетелями. Психотерапевтическую интоксикацию. Вот такой термин, мне кажется, уместен, психотерапевтическая интокси-

ция. Что мы делаем, что мы правильно делаем в отделении в течение первого месяца, когда мы получаем пациента с интоксикацией? Мы производим дезинтоксикацию. Развивается синдром отмены, естественно на время синдрома отмены появляется ломка, и мы это переносим на язык не химической, а в данном случае психотерапевтической аддикции, и получаем в конечном итоге усиление той самой диссоциации, которая показывает потребность в психотерапии. И она, наконец, получает эту психотерапию в отделении. Ей становится легче, она успокаивается, у нее улучшается сон, у нее нормализуется настроение, она выходит из этого состояния. И многократно во время беседы она говорит о том, что ей не верят. Самая главная проблема, что ей не верят, она приходит за помощью, а ей не верят, ее посыпают, ей не занимаются, или если и занимаются, то неправильно. Вон врач — крыса в диспансере, взял и вызвал скорую, зачем-то шизофрению мне ставит, мне-то нужно другое. Мне нужно не в стационаре, мне нужно в другом учреждении, требование-то ее было такое в суде. Я больна, но мне нужно не здесь лечиться, а в другом месте. Самым последним, с моей точки зрения, очень важным аргументом в пользу как раз ее аддикции к психотерапии, явился ее последний спич к аудитории. Она же не просто предложила, она сказала, есть ли кто-нибудь здесь, кто хочет со мной заняться таким важным интересным процессом, как когнитивно-бихевиоральная терапия со мной. Я думаю, что учитывая это, я готов разделить мнение докладчика и поставить нашей пациентке, диагноз, по МКБ-10 мы, конечно же, будем ставить этот диагноз: диссоциативное расстройство идентичности. Да, с этим диагнозом конечно нет никаких оснований для недобровольной госпитализации, с моей точки зрения, и для назначения каких-то серьезных антипсихотических препаратов. Мало того, я думаю, что может быть, в данной ситуации и формирование только не психиатрического, а психотерапевтического госпитализма. Поэтому я думаю, что скорая ее выписка пойдет ей в конечном итоге на пользу с точки зрения дезинтоксикации. И я думаю, что по старым нашим диагностическим терминам, она вполне может укладываться в диагноз постреактивного развития личности, с формированием, прежде всего, истерического радикала. Но на базе, уж не знаю какого, но возможно, шизоидного радикала, предполагаю, что в детстве она страдала психогенным детским аутизмом, такой есть вариант. Дальнейшее развитие ее личности вначале носило траекторию ближе к шизоидному, а потом в пубертате она нараскрыла себе истерический радикал, компенсаторный с этими нарушениями. Я думаю, что эту пациентку вообще правильнее вывести из категории больных, нуждающихся именно в медицинской помощи, и с моей точки зрения может быть существенным образом скратить и психотерапевтическую коррекцию ее множественного расстройства. Поскольку каждый раз, получая свою очередную дозу этого психотерапевти-

ческого наркотика, мы повышаем ее толерантность, мы повышаем ее аддикцию, мы усложняем задачу следующих поколений психотерапевтов, которые будут ее снимать с этой иглы. Уж, извините меня за такое, может быть слишком большое количество наркологической терминологии, но я предполагаю, что это один из вариантов расстройства личности, который характерен для пациентов, в том числе и с ПТСР. Мы знаем как много они алкоголизируются, как они часто оказываются зависимыми от психоактивных веществ, и как у них часто бывают в том числе нехимические аддикции. Это мое мнение, оно, безусловно, частное, и, конечно же, я после сегодняшнего разбора точно спать не буду, потому что сомнений у меня в голове великое множество, в том числе и относительно диагностики шизофрении и относительно параноидности этой пациентки и так далее. И самый простой и безответственный вариант был бы сказать: "Ну, время покажет", — но нет, мы должны именно сейчас все-таки взять на себя ответственность для диагностики, в том числе и отдавая себе отчет, что мы вполне все можем ошибаться, в том числе и я, и каждый из присутствующих.

— *А вот, как в этой ситуации ограничить психотерапию этой пациентки? Ну, государство не будет предоставлять ей эти возможности, она их найдет.*

— Конечно, найдет, и Вы знаете ответ на этот вопрос. Прекрасно кто-то спросил, и она тоже оценила

этот вопрос относительно ее желания избавиться от всех этих субличностей. Это был вопрос про таблетку. Спросите у любого наркомана, хочет ли он избавиться от кокаина, например. Он скажет "от зависимости хочу, а от кокаина нет". Примерно то же самое здесь, она двойственно ответила: да, мне конечно надо, чтобы была цельность и рациональность, но ведь тогда это буду не я. Поэтому я думаю, что мы в данной ситуации не должны себя считать, чем-то таким сверхвеликим, способным изменить жизнь человека. Тем более человека, который с этой диагностической точки зрения в принципе практически здоров. Думаю, что нужно ограничить свои усилия в этом отношении. Тем более, не исключено, что в ее расстройствах сейчас и в ее поведении, высказываниях, возможно, — я не хочу здесь следственные действия проводить — но возможно имеются установочные какие-то вещи, связанные с предполагаемыми дальнейшими судами с мамой за эту жилплощадь и все остальное. Всякие платежи коммунальные, еще что-то. Потом в инстаграмме можно попросить помочи материальной, став известной жертвой насилия на 10 тысяч подписчиков. Поэтому я думаю, что мы должны быть очень осторожными в данном случае и стараться все-таки уйти на второстепенные позиции. Мы, я имею в виду врачи, медики.

Спасибо большое, благодарю за участие, прекрасный разбор, и надеюсь, будем дальше их проводить.

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

ПСИХИАТРИЯ И ПРАВО

“Госпитализировать, лечение проводить до выздоровления”

(О законности судебных решений по делам о недобровольной госпитализации)

Ю. Н. Аргунова

Рассматривается вопрос о законности выводов суда, содержащихся в резолютивной части решений о недобровольной госпитализации в психиатрический стационар. Делается вывод о неправомерности указания в этой части судебного решения целей, сроков госпитализации, условий завершения лечения и выписки из стационара, диагноза ответчика. На примерах из судебной практики демонстрируются ошибки судов при определении начала течения срока госпитализации.

Ключевые слова: недобровольная госпитализация в психиатрический стационар; решение суда

Суд, рассмотрев по существу дело по административному исковому заявлению о госпитализации гражданина в психиатрический стационар в недобровольном порядке, руководствуясь положениями ст. 180, ч. 1 и 2 ст. 279 КАС РФ, принимает решение:

- об удовлетворении административного искового заявления, если установит наличие оснований для госпитализации лица в недобровольном порядке или
- об отказе в удовлетворении административного искового заявления при необоснованности требований.

В ст. 279 КАС РФ закреплены также три важных правила:

- ✓ мотивированное решение суда должно быть *изготовлено в день принятия решения* (ч. 4),
- ✓ копии решения суда вручаются под расписку лицам, участвующим в деле, и их представителям или направляются им незамедлительно после изготовления решения способами, позволяющими обеспечить скорейшую доставку (ч. 5).
- ✓ решение суда подлежит немедленному исполнению (ч. 6).

Последнее правило было введено в Кодекс в 2018 г. Оно имеет огромное значение для тех пациентов, которые получают возможность немедленно покинуть стационар, когда суд отказывает в удовлетворении заявления больницы. Отсутствие данной нормы¹ приводило к затягиванию выписки пациента

и при определенных условиях могло быть квалифицировано как незаконное задержание (ограничение свободы) гражданина. Руководители отдельных психиатрических клиник, несогласные с решением суда, фактически признавшего произведенную ими госпитализацию необоснованной, в надежде на пересмотр дела, считали правомерным удержание пациента в стационаре до 10 дней со дня вынесения решения, т.е. до момента вступления решения суда в законную силу. Юристам, осуществлявшим защиту прав пациентов, приходилось следить за тем, чтобы пациенты в этом случае могли незамедлительно покинуть стационар.

В случае отказа лечебного учреждения от заявленных требований, например, в связи с выпиской пациента на день рассмотрения дела или по причине получения от пациента согласия на госпитализацию суд вправе принять отказ и прекратить производство по делу (ч. 1 ст. 46, п. 3 ч. 1 ст. 194 КАС РФ).² Прекращение производства по делу не препятствует повторному обращению медорганизации в суд с исковым заявлением о госпитализации гражданина в недобровольном порядке, если он вновь откажется от соответствующего обследования и (или) лечения.

Если же административный ответчик (пациент) непосредственно в судебном заседании заявит о сво-

¹ Свои предложения по дополнению ГПК РФ и Закона о психиатрической помощи правилом о немедленном исполнении решения суда по делам о недобровольной госпитализации в психиатрический стационар были представлены нами еще в 2013 г. — См. Аргунова Ю. Н. “Обратить к немедленному исполнению...” (О сроках исполнения решения суда об отказе в недобровольной госпитализации) // Независимый психиатрический журнал. 2013. № 2.

² Противоположной практики придерживается Пермский облсуд. По его мнению, отказ психиатрической больницы от заявленных требований по причине получения согласия пациента на госпитализацию не должен влечь прекращение производства по делу. Суд должен вынести решение об отказе в удовлетворении заявления. (См. Справка Пермского облсуда от 14 октября 2004 г. по практике применения судами Закона РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании”). Такая позиция не основана на законе.

ем согласии на госпитализацию (и при этом медорганизация сразу же не заявит отказ от своих требований), то суд не может прекратить производство по делу. В данном случае вопрос подлежит разрешению по существу с вынесением *решения об отказе в удовлетворении заявления*, поскольку отсутствует сам факт отказа либо уклонения лица от лечения в стационаре, который является значимым при рассмотрении вопроса о госпитализации в недобровольном порядке.³ Однако такое согласие не может учитываться, если оно даётся пациентом в состоянии, когда его отношение к факту госпитализации установить не представляется возможным или когда пациента легко склонить к такому согласию.

Согласно ч. 2 ст. 35 Закона о психиатрической помощи решение судьи об удовлетворении заявления больницы является основанием:

- а) для уже произведённой госпитализации лица и
- б) для его дальнейшего содержания в психиатрическом стационаре в течение времени сохранения оснований, предусмотренных ст. 29 Закона о психиатрической помощи, но не более чем на 6 месяцев, т.к. для более длительного срока пребывания лица в стационаре в недобровольном порядке потребуется новое судебное решение.

В этом отношении не лишней является запись в судебном решении о том, что оно является основанием для госпитализации и дальнейшего содержания ответчика в недобровольном порядке с указанием медорганизации, чье исковое заявление было судом удовлетворено.⁴ Нужно понимать, что своим решением суд позволяет удерживать ответчика только кон-

кретной психиатрической больнице.⁵ Если по каким-либо причинам понадобится перевод пациента в другую психиатрическую клинику, то при сохранении оснований, предусмотренных ст. 29 Закона о психиатрической помощи, другая клиника должна будет от своего имени обращаться в суд с заявлением о недобровольной госпитализации переведенного к ним пациента.

Суд в своем решении не вправе оговаривать условия окончания пребывания ответчика в стационаре, в т.ч. связанные с объемом предстоящего лечения, например, указывать, что “решение является основанием для содержания гражданки в психиатрической больнице в стационарных условиях в течение установленного законом срока, необходимого для прохождения полного курса лечения”.⁶

Не основанным на законе можно считать решение, в резолютивной части которого суд *помимо удовлетворения заявления истца о госпитализации лица в недобровольном порядке решает его*:

- “госпитализировать”,⁷
- “госпитализировать без согласия”,⁸
- “принудительно госпитализировать”,⁹
- “принудительно госпитализировать без согласия”,¹⁰
- “осуществить госпитализацию”,¹¹
- “подвергнуть госпитализации”,¹²
- “разрешить госпитализацию в стационарных условиях”,¹³
- “назначить принудительную госпитализацию в недобровольном порядке”,¹⁴

³ Данное утверждение вытекает также из 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”.

⁴ См. решение Пятигорского горсуда Ставропольского края от 9 сентября 2019 г. по делу № 2А-3338/2019.

⁵ Не соответствует положениям КАС РФ решение Сухобузимского районного суда Красноярского края от 27 июля 2020 г. по делу № 2А-450/2020. В резолютивной части решения отсутствует формулировка об удовлетворении заявления истца. Суд решил: “Тимофеева Антона Сергеевича госпитализировать в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, для обследования и лечения”. В какую именно больницу следует госпитализировать Тимофеева суд не указал.

⁶ См. решение Пятигорского горсуда Ставропольского края от 23 августа 2019 г. по делу № 2А-3128/2019.

⁷ См. решения Уссурийского районного суда Приморского края от 16 мая 2014 г. по делу № 2-4124/2014, Ленинского районного суда г. Кемерово от 9 января 2017 г. по делу № 2А-208/2017, Индустриального районного суда г. Хабаровска от 8 мая 2020 г. по делу № 2А-2675/2020, Ленинского районного суда г. Владивостока от 10 января 2020 г. по делу № 2А-959/2020.

⁸ См. решения Советского районного суда г. Махачкалы от 13 сентября 2019 г. по делу № 2А-5368/2019 и от 17 января 2020 г. по делу № 2А-832/2020.

⁹ См. решение Чапаевского горсуда Самарской области от 8 июля 2019 г. по делу № 2А-999/2019. В решении также сказано, что суд считает, что Бабаев П. И. “подлежит принудительно поместить для стационарного лечения в Чапаевский психоневрологический диспансер”.

¹⁰ См. решение Советского районного суда г. Махачкалы от 6 февраля 2018 г. по делу № 2А-441/2018.

¹¹ См. решение Орехово-Зуевского горсуда Московской области от 17 декабря 2019 г. по делу № 2А-4745/2019.

¹² См. решения Новоуренгойского горсуда ЯНАО от 8 мая 2015 г. по делу № 2-2011/2015 и Промышленного районного суда г. Смоленска от 28 апреля 2015 г. по делу № 2-2023/2015.

¹³ См. решения Сергиево-Посадского горсуда Московской области от 21 января 2020 г. по делу № 2А-1039/2020 и от 23 января 2020 г. по делу № 2А-1124/2020.

¹⁴ См. решение Буйнакского горсуда Республики Дагестан от 9 сентября 2019 г. по делу № 2А-751/2019.

“признать необходимыми госпитализацию и дальнейшее пребывание”,¹⁵

“разместить в ПБ”,¹⁶

“поместить в психиатрический стационар больницы”¹⁷.

Формулировка “поместить” может иметь место при помещении лица, не содержащегося под стражей, в психиатрический стационар для производства СПЭ, но никак не по основаниям, предусмотренным ст. 29 Закона о психиатрической помощи.

Неправомерно указание в резолютивной части решения *вида психиатрического стационара*¹⁸. Это необходимо лишь по делам о применении принудительных мер медицинского характера (ст. 99 УК РФ).

Избыточно определять *цель госпитализации*: “госпитализировать для обследования и лечения”.¹⁹

Недопустимо приводить в резолютивной части *подробный диагноз* ответчика.²⁰ В этом случае имеет место нарушение законности со стороны суда, влекущее разглашение врачебной тайны. В силу положений ч. 10 ст. 11 КАС РФ решения судов по административным делам объявляются публично (за исключением случаев, если такие решения затрагивают права и законные интересы несовершеннолетних). Даже если судебное разбирательство осуществлялось в закрытом судебном заседании, суд объявляет резолютивную часть решения публично.

В решении суда не может указываться *срок стационаризации*. В силу ч. 1 ст. 36 Закона о психиатрической помощи продолжительность пребывания лица в психиатрическом стационаре без его согласия опре-

деляется не календарным промежутком времени, а временем, в течение которого сохраняются основания, по которым проводилась госпитализация. Если психическое состояние у пациента улучшается и отпадают основания для недобровольной госпитализации, то дальнейшее его пребывание в больнице возможно лишь с его согласия.

Некорректными в этом плане и неграмотными являются такие формулировки судебных решений, как:

“госпитализировать на период лечения”²¹,

“госпитализировать на установленный законом срок”²²,

“госпитализировать на срок 6 месяцев”²³,

“госпитализировать на срок до 6 месяцев”²⁴,

“госпитализировать, лечение проводить до выздоровления”²⁵,

“госпитализировать на стационарное лечение... и содержать *его* до устраниния условий, при которых *она* была госпитализирована в больницу”²⁶.

Указание в решении суда о 6-месячном сроке госпитализации может повлечь серьезные нарушения прав граждан. Некоторые медорганизации отказывают пациентам в рассмотрении вопроса об их дальнейшем пребывании в стационаре в недобровольном порядке, ссылаясь на то, что суд фактически определил срок пребывания пациента в стационаре, и поэтому рассмотрение вопроса о сохранении оснований, предусмотренных ст. 29 Закона о психиатрической помощи, и о выписке пациента не требуется. На самом деле пациент по заключению врачей при улучшении состояния может быть выписан из больницы в любое

¹⁵ См. решения Тракторозаводского районного суда г. Волгограда от 13 декабря 2019 г. по делам № 2А-3454/2019 и № 2А-3470/2019, а также от 15 мая 2020 г. по делу № 2А-1310/2020.

¹⁶ См. решения Видновского горсуда Московской области от 26 июля 2019 г. по делу № 2А-3456/2019 и от 12 ноября 2019 г. по делу № 2А-5167/2019.

¹⁷ См. решение Нижегородского районного суда г. Нижнего Новгорода от 2011 г. по делу № 2-6589/11.

¹⁸ Так, Сысертский районный суд Свердловской области (дело № 6-4/2003) удовлетворил заявление ПБ, определив С. в психиатрический стационар общего типа.

¹⁹ См. решения Кировского районного суда г. Астрахани от 27 мая 2019 г. по делу № 2А-1872/2019 и Советского районного суда г. Владикавказа от 20 сентября 2019 г. по делу № 2А-3950/2019.

²⁰ Так, Нижегородский районный суд г. Нижнего Новгорода в 2011 г. по делу № 2-6589/11 принял решение “поместить в психиатрический стационар больницы № ... по адресу... в недобровольном порядке Ф, страдающего органическим заболеванием головного мозга ложного генеза (токсического, сосудистого, атрофического) с деменцией”. Сохранена лексика суда.

²¹ См. решения Калужского районного суда Калужской области от 27 ноября 2019 г. по делам № 2А-1-9714/2019 и № 2А-1-9682/2019. Суд решил госпитализировать Х. и К. “в ГБУЗ Калужской области “Калужская областная психиатрическая больница”, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях в недобровольном порядке на время лечения”.

²² См. решения Чеховского горсуда Московской области от 24 июля 2015 г. по делу № 2-4071/2015 и от 14 августа 2015 г. по делу № 2-4336/2015.

²³ См. Справка по результатам обобщения судебной практики по административным делам о госпитализации гражданина в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, в недобровольном порядке и по делам о госпитализации гражданина в медицинскую противотуберкулезную организацию в недобровольном порядке. Подготовлена Курским облсудом 6 сентября 2017 г.

²⁴ См. решение Заводского районного суда г. Саратова от 27 декабря 2019 г. по делу № 2А-3930/2019.

²⁵ См. решения Туапсинского горсуда Краснодарского края от 15 июля 2019 г. по делу № 2А-780/2019 и от 29 июля 2019 г. по делу № 2А-828/2019.

²⁶ См. решение Железноводского горсуда Ставропольского края от 27 января 2020 г. по делу № 2А-210/2020.

время и даже через несколько дней после вынесения судом решения об удовлетворении заявления больницы. Установление в решении срока госпитализации, по мнению психиатров, препятствует выписке пациента при выздоровлении до окончания срока, установленного судом.

Дополнительное указание в резолютивной части решения о “проведении лечения до выздоровления” — это, с одной стороны, вторжение суда в вопросы оказания врачебной помощи, а, с другой стороны, фактически пожизненное лишение свободы для значительной части лиц с психическими расстройствами. Судьям надлежит знать, что ряд психических заболеваний носит хронический характер с непрерывным типом течения, и вопрос о полном выздоровлении пациентов с такими расстройствами врачами не ставится. Врачи могут добиться лишь улучшения их состояния — ремиссии. Например, в решениях Туапсинского горсуда Краснодарского края²⁷ в заключениях врачебной комиссии было прямо указано, что у одного пациента диагностирована “шизофрения параноидная, непрерывное течение; аффективно-параноидный синдром”, у другого — “органическое шизофреноидное расстройство в связи со смешанными заболеваниями (последствия ЧМТ, сосудистого генеза); параноидный синдром”. То есть суд своим судебным актом “разрешает” медорганизации пожизненно недобровольно содержать и лечить лицо в стационаре, а само лицо “приговаривает” к пожизненному лишению свободы. Как известно, Конвенция о защите прав человека и основных свобод от 4 ноября 1950 г. законное помещение в психиатрический стационар “душевнобольных” квалифицирует как *заключение под стражу* (п. “е” ч. 1 ст. 5), что подтверждается многочисленными постановлениями Европейского Суда по правам человека. Пациент психиатрического стационара, как и осуждённый к лишению свободы, не имеет выбора и обязан выполнять все поручения представителей власти.²⁸ Будучи госпитализированным в недобровольном порядке, лицо принудительно пребывает в ограниченном пространстве, изолировано от общества и семьи, не может выполнять свои служебные обязанности, не в состоянии свободно передвигаться и общаться с неограниченным кругом лиц. Ев-

ропейский Суд относит перечисленные условия к существенным признакам лишения человека физической свободы.

Формулировка “госпитализовать” (и выше приведенные производные от нее):

1) лишина правового смысла, поскольку гражданин с психическим расстройством уже госпитализирован и в течение нескольких суток находится в стационаре в ожидании суда, что отличает его от больного туберкулезом, который к моменту вынесения решения суда о его госпитализации в недобровольном порядке находится вне стационара;

2) влечет вопиющие нарушения закона, в т.ч. Основного Закона — Конституции РФ.

Ряд судов, удовлетворяя исковое заявление больницы, решают **госпитализировать лицо с даты вынесения решения по существу**.²⁹ Получается, что до судебного рассмотрения дела никакой госпитализации не было, лицо не доставлялось в стационар, не претерпевало 48-часовой срок ограничения свободы, не находилось в стационаре в ожидании судебного заседания еще до 5 дней.

Судебный акт (санкция суда)³⁰ на пребывание пациента в стационаре до рассмотрения дела по существу носит предварительный характер и не подлежит самостоятельному обжалованию, поскольку не является судебным решением в том значении, которое ему придает ч. 2 ст. 22 Конституции РФ. Санкциядается на подготовительной стадии процесса. Суд не устанавливает обоснованность помещения лица в стационар, он обязан продлить срок пребывания лица в стационаре и иное решение принять не может.³¹

Срок пребывания лица в стационаре должен отсчитываться не со дня принятия решения по существу или дня дачи судом предварительной санкции или дня комиссионного освидетельствования, а с момента (в часах и минутах) принятия врачом-психиатром решения о недобровольной госпитализации. Этот момент (а не дата вынесения судебного решения) должен стать точкой отсчета для последующего ежемесячного освидетельствования лица, а также повторного обращения в суд к концу 6-месячного срока пребывания пациента в стационаре при сохранении оснований,

²⁷ См. решения Туапсинского горсуда Краснодарского края от 15 июля 2019 г. по делу № 2А-780/2019 и от 29 июля 2019 г. по делу № 2А-828/2019.

²⁸ Доклад Уполномоченного по правам человека в Российской Федерации за 2013 год.

²⁹ См. решение Чайковского горсуда Пермского края от 17 сентября 2019 г. по делу № 2А-2669/2019. В резолютивной части решения указано: “Административный иск ГБУЗ ПК “Краевая психиатрическая больница № 6” удовлетворить. Госпитализировать Шустова В. А. в ГБУЗ ПК “Краевая психиатрическая больница № 6”, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях в недобровольном порядке с 17 сентября 2019 года”. При этом, как следует из решения, Шустов был госпитализирован 11 сентября в 17-00, а 13 сентября был освидетельствован врачебной комиссией. Таким образом, решение суда должно являться основанием для госпитализации ответчика не с 17, как записано в решении, а с 11 сентября. Именно с этого момента следует отсчитывать срок его госпитализации.

³⁰ Наименование судебного акта, который выносит судья, в новой редакции ч. 3 ст. 276 КАС РФ не уточняется (до внесения изменений в эту норму он назывался определением). Законом о психиатрической помощи (ч. 3 ст. 33) он именуется санкцией на пребывание пациента в стационаре.

³¹ Определение Конституционного Суда РФ от 19 июля 2016 г. № 1733-О.

предусмотренных ст. 29 Закона о психиатрической помощи.

Практика вынесения подобных незаконных решений наиболее распространена в г. Москве. При этом ни прокуроры, участвующие в судебном заседании, ни адвокаты ответчиков (пациентов), ни апелляционная инстанция в лице Мосгорсуда никак на это не реагируют.

Так, Судебная коллегия по административным делам Мосгорсуда (апелляционное определение от 24 января 2020 г. по делу № 33а-594/2020) оставила без изменения решение Симоновского районного суда г. Москвы от 18 ноября 2019 г., которым постановлено: административное исковое заявление ПКБ N 1 им. Н. А. Алексеева о госпитализации С. Е. удовлетворить; госпитализировать С. Е. в ГБУЗ г. Москвы “ПКБ N 1 им. Н. А. Алексеева Департамента здравоохранения г. Москвы” в недобровольном порядке с 18 ноября 2019 г. При этом судом при рассмотрении дела установлено, что С. Е. была доставлена в ПКБ N 1 им. Н. А. Алексеева 16 ноября 2019 г.

Практика вынесения подобных решений существует уже много лет. Так, Судебная коллегия по административным делам Мосгорсуда (апелляционные определения от 30 января 2018 г. по делам № 33а-231 и № 33а-232) оставила без изменения решения Симоновского районного суда от 20 ноября 2017, которыми постановлено: административные исковые заявления ПКБ N 1 им. Н. А. Алексеева о госпитализации З. А. и О. удовлетворить. Госпитализировать З. А. и О. в ПКБ N 1 им. Н. А. Алексеева в недобровольном порядке с 20 ноября 2017 г. В ходе рассмотрения дел суд установил, что З. А., как и О. были госпитализированы 17 ноября 2017 г. Этим же числом датированы заключения врачебной комиссии об обоснованности их недобровольной госпитализации.

Без изменения оставлено решение Симоновского районного суда г. Москвы от 23 ноября 2017 г., которым постановлено госпитализировать Я. в ПКБ N 1 им. Н. А. Алексеева в недобровольном порядке с 23 ноября 2017 г., хотя в судебном заседании было установлено, что Я. госпитализирован 20 ноября 2017 г., освидетельствован комиссией на следующий день (апелляционное определение Судебной коллегии по административным делам Мосгорсуда от 26 января 2018 г. по делу № 33а-191).

Судебная коллегия по административным делам Мосгорсуда (апелляционное определение от 20 мая 2019 г. по делу № 33а-2695/2019) оставила без изменения решение Симоновского районного суда от 25 февраля 2019 г. госпитализировать Б. с 25 февраля, в то время как Б. поступила в стационар 19 февраля, а заключение комиссии датировано 21 февраля. То есть

расхождение с фактической датой госпитализации составляет 6 дней.³²

В некоторых судебных решениях даты поступления лица в стационар явно не соответствуют действительности.

Так, Судебная коллегия по административным делам Мосгорсуда (апелляционное определение от 24 января 2020 г. по делу № 33а-595/2020) оставила без изменения решение Симоновского районного суда г. Москвы от 9 сентября 2019 г., которым постановлено госпитализировать Д. в ПКБ N 1 им. Н. А. Алексеева в недобровольном порядке с 9 сентября 2019 г. При этом указано, что Д. был доставлен в ПКБ N 1 им. Н. А. Алексеева того же 9 сентября. Однако комиссию врачей больницы он прошел 8 сентября, т.е. когда в стационаре его еще не было.

Как следует из другого дела, гражданин поступил в стационар через полтора месяца после (?) вынесения решения суда о его недобровольной госпитализации, что с правовой точки зрения невозможно. Судебная коллегия по административным делам Мосгорсуда (апелляционное определение от 16 января 2020 г. по делу № 33а-14/2020) оставила без изменения решение Люблинского районного суда от 16 августа 2019 г., постановившего госпитализировать Т. с 15 августа. Однако согласно решению суда Т. был доставлен в стационар лишь 2 октября 2019 г.

Встречаются решения, из которых, наоборот, следует, что суд состоялся спустя месяц после недобровольной госпитализации. Судебная коллегия по административным делам Мосгорсуда (апелляционное определение от 16 января 2020 г. по делу № 33а-386/2020) оставила без изменения решение Люблинского районного суда г. Москвы от 16 августа 2019 г., которым постановлено: административное исковое заявление ГБУЗ г. Москвы ПКБ N 13 о госпитализации Е. Д. удовлетворить; госпитализировать Е. Д. в ГБУЗ г. Москвы ПКБ N 13 в недобровольном порядке, считая срок его “пребывания” с 16 июля 2019 г. При этом согласно решению суда Е. Д. был доставлен в больницу 13 августа 2019 г. и в тот же день освидетельствован врачебной комиссией, признавшей недобровольную госпитализацию обоснованной.

Таким образом, обязательный судебный контроль за законностью и обоснованностью госпитализации лица в психиатрический стационар против его воли, который согласно правовой позиции Конституционного Суда РФ установлен в целях защиты прав такого лица от злоупотреблений властью и произвола,³³ демонстрирует свою явную несостоятельность.

НПА России обращается к Председателю Верховного Суда РФ с просьбой дать судам разъяснения по вопросам судебной практики разрешения дел данной категории.

³² См. также апелляционные определения Судебной коллегии по административным делам Мосгорсуда от 26 января 2018 г. по делу № 33а-189 (расхождение составляет 5 дней), по делу № 33а-190 (расхождение — 3 дня).

³³ Определение Конституционного Суда РФ от 23 января 2003 г. № 26-О.

ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА

Не оставляйте своих пожилых родственников без присмотра!

Как часто мы сталкиваемся со случаями, когда люди не навещают своих пожилых родственников, а ограничиваются лишь телефонными звонками, а потом вынуждены подавать заявления в суд, оспаривая различного рода сделки. И как много появилось людей, готовых поживиться за счет одиноких престарелых, а порой еще и психически больных граждан. На них объявлена настоящая охота. Ниже — один из таких случаев. Судя по всему, “охотник” — человек весьма опытный. Накануне оформления договоров ренты (а их было два в один день!) он организовал психолого-психиатрическое освидетельствование своей дарительницы, и не где-нибудь, а в отделении амбулаторных судебно-психиатрических экспертиз ГБУЗ ПКБ № 1 им. Н. А. Алексеева. И хотя пациентка с трудом могла объяснить, кем приходится ей человек, с которым она оформляет договор ренты и в чем состоит ее конфликт с племянницей, специалист сделала вывод о том, что психическое расстройство пациентки “не препятствует всестороннему и целостному осмысливанию содержания и юридических последствий планируемых сделок — оформления договора ренты”. Вскоре после этого пациентка умерла, и теперь вопрос о действительности заключенной сделки будет решать суд после проведения судебно-психиатрической, а скорее комплексной психолого-психиатрической экспертизы. И она не может быть назначена в ПКБ № 1 им. Н. А. Алексеева.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ СПЕЦИАЛИСТА по вопросам, входящим в его профессиональную компетенцию

Кандидат медицинских наук, врач-психиатр, имеющий стаж работы 22 года, Гушанский Игорь Эммануилович, по представлению Бюро независимой экспертизы “Версия” ознакомился с представленными для анализа медицинскими документами ВЕДЕРНИКОВОЙ* М. Ф., 1950 г.р., умершей 26.10.2020 г.

В соответствии со ст. 188 ГПК РФ специалист разъяснил вопросы, входящие в его профессиональную компетенцию, и представил настоящий акт психиатрического анализа. Для разъяснения перед специалистом были поставлены следующие вопросы:

1. Страдала ли при жизни Ведерникова М. Ф. каким-либо хроническим психическим расстройством? Если страдала, то каким?

2. Имеется ли необходимость в проведении Ведерниковой М. Ф. посмертной судебной комплексной психолого-психиатрической экспертизы для определения её способности понимать значение своих действий и руководить ими при заключении договоров ренты от 22.11.2019 г. на квартиры расположенные по адресу: г. Москва, ул. Живописная, ... и г. Москва ул. Большие Каменщики, ...?

Для анализа специалисту были предоставлены следующие документы:

- Копия медицинской карты амбулаторного больного Ведерниковой М. Ф. из ПНД № 3 (филиала “ГБУЗ ПКБ № 4 ДЗМ”);
- Копия материалов гражданского дела;
- Видеозапись психиатрического освидетельствования Ведерниковой М. Ф. врачом-психиатром, судебно-психиатрическим экспертом, к.м.н С. М., прошедшего 22.11.2019 г.
- Копия заключения специалиста врача-психиатра, судебно-психиатрического эксперта, к.м.н С. М. от 22.11.2019 г.
- Копия психиатрического освидетельствования Ведерниковой М. Ф. врачом-психиатром ПКБ № 1 им. Н. А. Алексеева О. С. и медицинским психологом Т. В. от 22.11.2019 г.

Используемая литература

1. А. А. Ткаченко. Стандарты судебно-психиатрических экспертных исследований ГНЦС и СП. им. Сербского — М., 2001.
2. А. А. Ткаченко. Экспертное судебно-психиатрическое исследование: подготовительная и аналитическая стадии. Рос. Психиатр. Журнал. — М., 2005.
3. А. А. Ткаченко. Судебная психиатрия. Консультирование адвокатов. — М., 2004.
4. Международная классификация болезней (10-й пересмотр) Классификация психических и поведенческих расстройств. — СПБ., 1994.
5. МКБ — 10 в судебно-психиатрической экспертизе. Пособие для врачей. Под ред. Т. Б. Дмитриевой, Б. В. Шостаковича. — М., 1999.
6. “Инструкция по заполнению отраслевой учётной формы № 100/у-03 “Заключение судебно-психиатрического эксперта (комиссии экспертов)”, утверж-

* Фамилия изменена.

ждена Приказом Минздрава России № 401 от 12 августа 2003 года.

7. Ю. А. Антропов, А. Ю. Антропов, Н. Г. Незнанов. Основы диагностики психических расстройств. — М., “ГЭОТАР-Медиа”, 2010.

8. В. В. Марилов. Общая психопатология. — М., 4-е изд., ИЦ “Академия”, 2009.

9. Т. Б. Дмитриева, А. А. Ткаченко, Н. К. Харитонова, С. Н. Шишков. Судебная психиатрия. — М., 2008.

Анализ представленных данных

Из медицинской карты амбулаторного больного известно, что наследственность Ведерниковой М. Ф. отягощена психическими расстройствами: бабушка по линии отца перенесла послеродовый психоз, около года лечилась в психиатрической больнице. В возрасте 12 лет перенесла инфекционное заболевание, около месяца держалась субфебрильная температура. Лечилась в б-це им. Филатова, ей выставлялся диагноз: “Ревматизм”. На фоне инфекционного заболевания у Ведерниковой М. Ф. возникли судороги в конечностях, гиперкинезы, которые в дальнейшем усиливались по своей интенсивности, жаловалась на слабость, быструю утомляемость. Больная консультировалась врачом-психиатром профессором Сухаревой Г. Е., выставлялся диагноз: Шизофрения вялотекущая, неврозоподобная форма. Назначалось лечение тизерцином, грандаксином. При психологическом обследовании Ведерниковой М. Ф. указывалось на изменения умственной деятельности Ведерниковой М. Ф. по органическому типу. С 1966 г. Ведерникова М. Ф. состояла на учете в ПНД с диагнозом: “Шизофрения вялотекущая. Резидуальное органическое заболевание головного мозга с эпилептиформным синдромом”. С 5-го класса по рекомендации врачей училась на дому. Получила освобождение от занятий в обычной школе, в связи с гиперкинезами и быстрой утомляемостью. После окончания 10 классов школы нигде не работала, ухаживала за тяжело больной матерью. После смерти матери в феврале 1972 г. стала жаловаться на резкую слабость, тоску, отмечала у себя состояния, когда “в груди резко схватывало”. В это время больная ложилась, хватала себя руками за горло, потом бралась руками за грудь, рыдала, стремилась вытянуться, напрягая свои мышцы. Сообщала, что чувствовала будто “в организме накапливается электрическая энергия”. Указанные приступы возникали раз в неделю, продолжались в среднем около 20 минут, сопровождались паническим страхом, тревогой. В связи с ухудшением состояния по направлению ПНД в период с 22.09.1972 г. по 13.11.1972 г. проходила стационарное лечение в психиатрическом стационаре. На момент поступления была подавлена, жаловалась на ощущение тоски в груди, приступов паники с напряжением мышц всего

тела. В беседе была склонна к рассуждательству. При описании психического состояния указывалось, что больная инфантильна, интересы ограничены. В отделении была малоактивна, замкнута, с больными не общалась. На фоне лечения триптазолом, френолоном стала несколько активнее, выровнялось настроение. Выставлялся диагноз: “Шизофрения вялотекущая”. После выписки около 2-х лет работала бухгалтером в аптеке. Работала с большим трудом. Плохо переносила транспорт, душные помещения. Периодически возникали приступы, сопровождающиеся стеснением в груди, напряженностью в теле, отмечались тонические судороги, обморочные состояния. Посещала ПНД. На приеме жаловалась на слабость, раздражительность, напряжение в теле, судорожные приступы. В январе 1973 г. при описании психического состояния Ведерниковой М. Ф. указывалось, что её состояние характеризуется вялой монотонной депрессией с выраженным личностными изменениями. Указывалось, что начало заболевания в подростковом возрасте с резкого личностного сдвига. Дальнейшее течение характеризовалось стертymi затяжными аффективными fazами. Отмечались раптойные пароксизмы, сопровождающиеся диэнцефальными кризами. В конце 1973 г. состояние Ведерниковой М. Ф. ухудшилось, приступы возникали практически ежедневно. В 1973 – 1974 гг. она неоднократно госпитализировалась в психиатрический стационар. Выставлялся диагноз вялотекущей неврозоподобной шизофрении. Назначалось лечение трифтазином, френолоном.

Ведерникова М. Ф. находилась на диспансерном наблюдении в ПНД. В 1994 г. ей выставлялся диагноз: “Эпилепсия с изменениями личности”, в 1995 – 1998 г. при обследованиях ей выставлялся диагноз: “Органическое поражение ЦНС сложного генеза с эпизиодом и изменениями личности”. В дальнейшем в записях амбулаторной карты в графе уточненные диагнозы стоит диагноз: “Органическое расстройство с изменениями личности и судорожным синдромом”. Ведерниковой М. Ф. была оформлена третья группа инвалидности бессрочно.

11.12.2014 г. Ведерникова М. Ф. обследовалась на кафедре неврологии Центра экстрапирамидных заболеваний ГБОУДПО “Российской медицинской академии последипломного образования”. Выставлялся диагноз: “Болезнь Паркинсона, смешанная форма, 3 ст. по Хен-Яр с постурально-кинетическим трепором рук. Назначались препараты: Мадопар, клоназепам. Ведерникова М. Ф. предъявляла жалобы на трепор рук, слабость, нарушение сна. Назначалось лечение клоназепамом. В 2019 г. решением врачебной комиссии ПНД № 3 (филиала “ГБУЗ ПКБ № 4 ДЗМ”) Ведерникова М. Ф. в связи со стабилизации психического состояния была снята с “Д” наблюдения и переведена под наблюдение в “К” группу.

И. Э. Гушанский

Из материалов гражданского дела № 2-2468/21 известно, что 22.11.2019 г. Монахов В. А. заключил с Ведерниковой М. Ф. договор ренты на условиях пожизненного содержания с иждивением, удостоверенный нотариусом г. Москвы Аксючиц И. В. По договору пожизненной ренты Монахов В. А. получил в собственность квартиру, расположенную по адресу: г. Москва, ул. Живописная, ... В этот же день 22.11.2019 г. Монахов В. А. заключил с Ведерниковой М. Ф. еще один договор ренты, удостоверенный нотариусом Аксючиц И. В. По данному договору ренты Монахов В. А. получил в собственность квартиру, расположенную по адресу: г. Москва, ул. Большие Каменщики, ...

Накануне заключения сделок 22.11.2019 г. в период с 10 ч. 45 мин. до 12 ч. 00 мин. в отношении Ведерниковой М. Ф. проводилось психиатрическое освидетельствование в отделении амбулаторных судебно-психиатрических экспертиз ГБУЗ ПКБ № 1 им. Н. А. Алексеева врачом-психиатром, судебно-психиатрическим экспертом О. С. и медицинским психологом Т. В. Специалистами сделано заключение, что на момент освидетельствования Ведерникова М. Ф. обнаруживает признаки психического расстройства в форме органического расстройства личности в связи со смешанным заболеванием, которое не препятствует всестороннему и целостному осмыслению содержания и юридических последствий планируемых сделок — оформления договора ренты.

Из анализа видеозаписи психиатрического освидетельствования Ведерниковой М. Ф. врачом-психиатром, судебно-психиатрическим экспертом, к.м.н С. М., проведенного 22.11.2019 г. следует, что *врач-психиатр С. М. представилась, спросила разрешение на проведение беседы, но не объяснила причину и цель проводимого освидетельствования. Согласно ст. 4, ст. 23 "Закона РФ о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании от 02.07.1992 г. № 3185-1" (ред. 08.12.2020 г.), психиатрическое освидетельствование проводится при наличии информированного добровольного согласия обследуемого на его проведение, подразумевающее информацию о причине и цели проведения медицинского освидетельствования. Начало освидетельствования в 15 ч. Продолжительность беседы составила около 10 мин.*

В беседе Ведерникова М. Ф. на вопросы отвечает тихим монотонным голосом, в большинстве случаев после наводящих вопросов, после продолжительной паузы. Дает однозначные ответы. В ряде случаев С. М. сама отвечает на свои вопросы или, пытается подсказывать обследуемой "правильные ответы". Ведерникова М. Ф. долго не могла объяснить врачу, на кого оформляет договор ренты. С трудом после длительной паузы вспоминает, кем приходится ей человек, с которым заключает сделку, поясняя, что он за неё длительное время ухаживал. О конфликте с племянницей говорит коротко. Заявляет, что племянница "введя в заблуждение милицию, прорвалась в её квартиру, а заведующий Управлением социальной защиты населения выдворял её из квартиры". Из беседы остается непонятной причина конфликта с племянницей. Развернутое объяснение обследуемая не дает. После наводящих вопросов указывает, что племянница продолжает ей звонить и интересоваться её здоровьем. Вопросы, направленные на исследование нарушений памяти, внимания, интеллекта С. М. обследуемой не задает, тесты, предназначенные на исследования нарушений интеллекта, не использует. С. М. ограничивается лишь вопросами к обследуемой о жалобах на забывчивость и нарушения памяти. Ответы на данные вопросы отражают лишь субъективную оценку обследуемой, и не дают возможность объективно оценить степень выраженности психических расстройств.

Заключение врача-психиатра С. М. от 22.11.2019 г. написано от руки. Специалист утверждает, что мышление Ведерниковой М. Ф. последовательное, целенаправленное, суждения логичны, эмоциональные реакции живые, выразительные, адекватные, критические способности в полном объеме. По мнению специалиста Ведерникова М. Ф. на момент психиатрического освидетельствования по своему психическому состоянию при заключении договора ренты от 22.11.2019 г. при осуществлении своих намерений заключить сделку действует по реальным бытовым мотивам, понимает фактическую сторону своих действий и их юридические последствия, сохраняет способность к свободному волеизъявлению.

26.10.2020 г. Ведерникова М. Ф. скончалась. 02.11.2020 г. её племянница Ведерникова И. В. обратилась в Хорошевский районный суд с исковым заявлением, в котором пояснила, что её тетя страдала психическим заболеванием, состояла на учете в ПНД № 3 ГБУЗ "ПКБ № 4 им. П. Б. Ганушкина ДЗМ" с 03.06.1966 г. и была не способна на момент заключения договора ренты от 22.11.2019 г. понимать значение своих действий и руководить ими в силу психических заболеваний.

Выводы и ответы на вопросы, поставленные перед специалистом

1. Ведерникова М. Ф. с 1966 г. состояла под наблюдением врача-психиатра, неоднократно госпитализировалась в психиатрический стационар. Начало заболевания было связано с перенесенным в раннем подростковом возрасте ревматическим энцефалитом. Она консультировалась профессором Сухаревой Г. Е, которая выставляла ей диагноз: Шизофрения вялотекущая неврозоподобная. У Ведерниковой М. Ф. с подросткового возраста отмечались эпилептиформные припадки, сопровождающиеся тоническими судорогами, гиперкинезами,

резкой слабостью. Помимо судорожных приступов у неё определялись аффективные расстройства, проявляющиеся в форме затяжных депрессивных фаз с астено-невротическими расстройствами, а также личностные изменения по органическому типу. Ведерникова М. Ф. состояла под наблюдением ПНД с диагнозами: "Эпилепсия с изменениями личности". "Органическое расстройство с изменениями личности и судорожным синдромом". Ведерниковой М. Ф. при жизни оформлялась третья группа инвалидности бессрочно. При проведении Ведерниковой М. Ф. 22.11.2019 г. психиатрического освидетельствования специалистами ГБУЗ ПКБ № 1 им. Н. А. Алексеева, ей был выставлен диагноз "органического расстройства личности в связи со смешанными заболеваниями".

Учитывая данные медицинской документации можно сделать вывод, что Ведерникова М. Ф. в юридически значимые периоды времени страдала хроническим психическим расстройством в форме "Органического расстройства личности смешанного генеза (токсического, травматического), сопровождающегося судорожным синдромом и личностными изменениями, проявляющимися эмоциональными и интеллектуально-мнестическими нарушениями (F07.08 по МКБ-10). У Ведерниковой М. Ф. отмечалось замедление мышления по темпу, обстоятельность, вязкость и тугоподвижность ассоциаций, о чем свидетельствует анализ видеозаписи психиатрического освидетельствования, проведенного 22.11.2019 г. врачом-психиатром, судебно-психиатрическим экспертом, к.м.н. С. М.

2. Психиатрические обследования Ведерниковой М. Ф., проводившиеся накануне подписания ею договоров ренты 22.11.2019 г., были проведены с нарушением ст. 4, ст. 23 "Закона РФ о психиатриче-

ской помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании от 02.07.1992 г. № 3185-1" (ред. 08.12.2020 г.), не отвечали требованиям объективности и всесторонности. При проведении психиатрического освидетельствования Ведерниковой М. Ф. не были исследованы в полном объеме когнитивные и интеллектуальные функции обследуемой, особенностей её мышления, эмоционально-волевая сфера. При наличии длительно протекающего органического психического расстройства у Ведерниковой М. Ф. могли быть нарушены волевые функции. Тяжелые соматические заболевания могли оказать влияние на мотивы поведения Ведерниковой М. Ф., её внушаемость, подчиняемость, способность к свободному волеизъявлению и прогнозированию последствий своих действий в юридически значимый период времени. Определение тяжести такого воздействия и вероятности возникновения у Ведерниковой М. Ф. в юридически значимый период "порока воли" относится к совместной компетенции психиатров и клинического психолога.

С учетом изложенных доводов считаю, что для получения полной, объективной экспертной и диагностической оценки психического состояния Ведерниковой М. Ф. и её способности понимать значение своих действий и руководить ими на момент подписания договора ренты от 22.11.2019 г. на квартиру, расположенную по адресу: г. Москва, ул. Живописная..., и на момент подписания договора ренты от 22.11.2019 г. на квартиру, расположенную по адресу: г. Москва, ул. Большие Каменщики, ..., необходимо проведение в отношении неё посмертной судебной комплексной психолого-психиатрической экспертизы.

И. Э. Гушанский

ВНИМАНИЕ!

На сайте НПА России www.npar.ru
представлены все выпуски
Независимого психиатрического журнала за 30 лет

ПСИХОТЕРАПИЯ

XXV Консторумские чтения

18 – 19 декабря 2020 г. состоялась очередная уже XXV научно-практическая конференции по клинической классической психотерапии. Тема конференции — “**Мифология болезни — взгляд психотерапевта**”. Организаторами конференции были Независимая психиатрическая ассоциация России, кафедра психотерапии и сексологии ФГБОУ ДПО “Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования” МЗ РФ и Общероссийская профессиональная психотерапевтическая лига. В связи с сохраняющейся неблагоприятной эпидемической обстановкой конференция была организована онлайн на платформе Zoom, и это позволило участвовать в ней психиатрам и психотерапевтам из других городов страны. Всего в конференции приняли участие 43 человека.



Название конференции связано с именем Семена Исидоровича Консторума – выдающегося российского психиатра, психотерапевта (1890 – 1950), основоположника отечественной клинической психотерапии.

Клиническая классическая психотерапия — направление психотерапии, которое развивается с начала XX века в странах западной Европы и в России. Особое развитие и широкую распространенность это направление приобрело именно в России благодаря душевно-психологическим особенностям россиян, а также традиционно естественно-научной направленности российской медицины.

Клиническая классическая психотерапия — это естественно-научная психотерапия, по своему мировоззрению неотделимая от клинической медицины Гиппократа. Это психотерапия П. Дюбуа, Э. Кречмера, А. И. Яроцкого, С. И. Консторума. Здесь лечебные приёмы отправляются не от психологической теории и концепций (в психологически-теоретическом

понимании), а от клинической картины душевного расстройства в ее подробном, детальном рассмотрении. Клиницист “читает” в клинической картине болезни стихийно-лечебную “работу” природы души и помогает природе, по возможности, “лечить” совершенное.

К клинической классической психотерапии относятся все психотерапевтические методы, если они проникнуты клиницизмом.

Основателем традиции ежегодных Консторумских чтений является д.м.н., профессор, председатель Общества клинических психотерапевтов НПА России М. Е. Бурно, который на протяжении своей многолетней врачебной практики, научной работы, последовательно развивал идеи С. И. Консторума, совершил новые открытия в клинической классической психотерапии.

Публикуем программу XXV Консторумских чтений и тезисы докладов первого дня конференции.

ПРОГРАММА XXV научно-практической конференции Консторумские чтения “Мифология болезни — взгляд психотерапевта”¹

**18 декабря, Пятница.
10 – 15 час.**

Председатель: Борис Аркадьевич Воскресенский, психиатр, психотерапевт, доцент кафедры психиатрии и медицинской психологии факультета лечебного дела РНИМУ им. Н. И. Пирогова, заместитель председателя Общества клинических психотерапевтов НПА России.

Доклады:

1. Ю. С. Савенко, психиатр, президент НПА России. Вступительное слово. 20 мин.
2. Б. А. Воскресенский, психиатр, психотерапевт. “Болезнь как метафора”. 15 мин.
3. А. А. Шмилович, психиатр, психотерапевт. “Ипохондрическая инфодемия: психология и психопатология мифомании в СМИ”. 15 мин.
4. С. Д. Левина, психиатр, психотерапевт. “Психологическая, клиническая и клиентская модели психотерапии”. 15 мин.

¹ Вторая часть будет опубликована в следующем выпуске журнала.

5. Н. Л. Зуйкова, психиатр, психотерапевт. “Взгляд на болезнь с точки зрения биопсихосоциодуховной парадигмы”². 15 мин.

6. А. В. Александрович, психиатр, психотерапевт. “Психосоматика, как насмешка мозга над телом”. 15 мин.

7. М. С. Анин М. С., клинический психолог, Т. В. Спирин, специалист по социальной работе. “Групповая психокоррекция метакогнитивных искажений”. 15 мин.

Праздничный концерт Психотерапевтического реалистического театра под руководством к.м.н., доцента кафедры психотерапии и сексологии Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования И. Ю. Калмыковой — 20 мин.

**19 декабря, Суббота.
10 – 15 час.**

Председатель: Людмила Васильевна Махновская, психиатр, психотерапевт, доцент кафедры психотерапии и сексологии Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования.

Доклады:

1. М. Е. Бурно, психиатр, психотерапевт. Заочное сообщение. “О “мифологии болезни” в психотерапевтической практике. Возможны ли клиника и лечение без “мифологии”?”. 15 мин.

2. Т. Е. Гоголевич, психиатр, психотерапевт. “Терапия творческим самовыражением М. Е. Бурно в опыте работы с врачами из красной зоны, перенесшими COVID-19”. 15 мин.

3. Л. В. Махновская, психиатр, психотерапевт. “Шизофрения: связь с миром посредством “языка” иносказательного творчества”. 15 мин.

4. И. П. Маркова, психиатр, психотерапевт “Тревога при соматических заболеваниях и возможность коррекции ее терапией творческим самовыражением”. 15 мин.

5. Г. Н. Иванова, психотерапевт, И. Н. Иванова, психотерапевт, дерматовенеролог. “Смерть духовная и физическая. Перечитывая А. И. Яроцкого”. 15 мин.

6. И. Н. Иванова, психотерапевт, дерматовенеролог, Г. Н. Иванова, психотерапевт. “Супрематизм в психиатрии”. 15 мин.

7. К. М. Миженкова, психиатр, психотерапевт. “О психотерапевтических рассказах в духе Терапии творческим самовыражением М. Е. Бурно, о существе этого приема в Терапии творческим самовыражением М. Е. Бурно”. 15 мин.

**Противоположные линии мифологии.
Психотерапию определяет ее цель**

Ю. С. Савенко

Прежде всего, я хотел бы поздравить Марка Евгеньевича и всех нас с четвертьвековым юбилеем его детища и выразить благодарность Борису Аркадьевичу за предложенную тему нынешних Консторумских чтений. Тематика мифа, мифологичности пришлась на время очередного ожесточённого противостояния двух диаметрально противоположных смыслов его использования: презрительно-отрицательного и высоко позитивного, как обмана или — наоборот — метафорического поучения. Сейчас эта альтернатива раскалена в отношении исторической науки и буквально полыхает: **история — наука или мифология?** Подготовлен законопроект об уголовной ответственности за искажение истории Великой Отечественной войны, инициаторы которого собираются вернуть советскую мифологию. Снова Катынь, словно недавно не каялись за нее, и даже “новая Катынь” в Карелии с провокаторским измазыванием подвижника раскопок десятков тысяч расстрелянных НКВД историка Юрия Дмитриева. Его судебно-психиатрическая экспертиза в Центре им. Сербского не оправдала возлагавшихся на нее надежд силовиков, была подменена более удобной психолингвистической экспертизой, постыдный уровень которой отражен в нашем журнале³.

Через месяц исполнится 60 лет двух знаковых книг. Это “Миф психической болезни” 1961-ого года и “Миф психотерапии” 1978-ого года Томаса Сасса (1920 – 2012). И публикация опять-таки в 1961 г. докторской диссертации Мишеля Фуко “Безумие и неразумие: история безумия в классическую эпоху”, а позднее его лекции 70-х годов “Психиатрическая власть” и “Ненормальные”. Но еще в 1952 г. он получил диплом по психопатологии, а в 1954 г. опубликовал работу “Психическая болезнь и личность”, которую существенно переделал в 1962 г. Психогенез психических заболеваний в первой он заменил социогенезом во второй.

Броско названные и ярко написанные, скорее публицистические, чем научные, многочисленные публикации Томаса Сасса характеризуются критицизмом, метким свежим разоблачительным правозащитным взглядом, но местами его демифологизации полны ошибок и самонадеянных оценок даже в отношении Пинеля, Шарко, Фрейда, понятия невменяемости и мн.др. За блеском эрудиции, увлекательности текста и гуманистического пафоса для профессионала сквозит откровенное, причем горделивое, признание Сасса, что он “никогда не выписывал лекарств, никогда не назначал и не делал инсулиновых ком и электро-

² Тезисы доклада будут опубликованы в следующем выпуске журнала.

³ НПЖ, 2020, 3, 52 – 54.

шока, никогда никого не госпитализировал, не свидетельствовал в суде, не встречался с пациентом недобровольно, никогда не считал психиатрию или психотерапию частью медицины". Пройдя обучение психоанализу в Чикаго у Франца Александера, как и он беженца из Будапешта, он занимался только психосоматикой, как профессор в Сиракузах в США до самой смерти в 2012 г.

Согласно Сассу, реформирование психиатрии требует трех предварительных условий:

- 1) приоритета свободы перед здоровьем;
- 2) презумпции психического здоровья;

3) постепенного изменения отношения общества к социальной проблематике, перехода от государственных институтов к негосударственной договорной психиатрии, которая не связана с принудительной госпитализацией.

Хотя краткосрочные требования, которые Сасс выдвигал в 1966 г., были выполнены даже у нас под американским давлением в 1988 – 92 гг., психиатрия, согласно Сассу, в ее нынешнем виде, необходима для выживания общества, которое ее постоянно воспроизводит, "подобно инквизиции, которую она заменила". Поэтому требуется не ее реформа, а полное преобразование в совершенно новую институцию, и поэтому шизофрения станет болезнью только, когда это удостоверят лаборатория или аутопсия. До этого это только "метафора болезни".

Публикация "Мифа психической болезни" сразу вызвала бурную реакцию и — наряду с резкой отповедью психиатров и историков медицины — очень высокую оценку не только гуру психоделической революции Тимоти Лири, но и суперкритичного методолога науки Карла Поппера, основоположника критического рационализма, написавшего, что это "очень важный сигнал, который намечает действительную революцию". И революция deinstituциализации психиатрии действительно произошла. **Эпиграфом книги Сасс выбрал высказывание К. Поппера 1957 г.: "Наука должна начинаться с мифов и критики мифов". Но надо знать, что согласно Попперу, то, что не поддается критике — не наука.**

Высоко информативные монографии философа Ольги Власовой "Антисихиатрия" 2006 и 2014 гг., как и все другие ее многочисленные книги, статьи и переводы, ценные для нашей профессии, восполняющие ее пробелы, к прочтению которых мы неоднократно призывали, продуктивны — вполне по Попперу — еще и тем, что побуждают к критике и тем, чего в них нет, и явной симпатией, даже согласием, с антисихиатрией в буквальном смысле слова, несмотря на отмеченный ею же закат этого направления к концу 1970-х годов, за исключением Сасса, и признание, что методы их терапевтического сообщества в Кингсли-холл и др., отличавшиеся от прежних (от Тьюка до Джонса) включением психотических больных, "раз-

бились о реальность". И, тем не менее, О. В. осталась под обаянием харизмы Рональда Лейнга и идеей Мишеля Фуко, первую книгу которого "Психическая болезнь и личность" перевела и обсудила в 2009 г. Она подпала под заразительную эмоциональную проповедь антисихиатрических текстов, а временами говорит их языком, резко преувеличивая их новизну и значение, вплоть до смехотворного уравнивания их вклада с вкладом Ясперса, хотя посвятила ему прекрасную монографию. Это касается и главной их особенности — они говорили и действовали от имени больных, а не врачей. Но совершенно неверно называть это "профессиональной изменой". Это идеал любого врача, тем более психиатра. Важно не отождествлять профессиональные и корпоративные интересы и ценности. Если Шарко изгнал Аксель Мунте за связь с пациенткой, то Дэвид Купер широко практиковал секс-терапию. В студенческой революции 1968 г. было много неприглядного... Это была одновременно сексуальная, психоделическая, антисихиатрическая и антикультурная революция с чертами психической эпидемии, взвинченностью эмоций, безоглядным деструктивным радикализмом. Эрих Фромм одной из наиболее значимых причин этого считал протест против возобладавших в обществе лживости и лицемерия.

Текст "Антисихиатрии" О. В. трудно назвать философским, это социоисторическое изложение 20-летнего всплеска радикального движения и собственной позиции, которая поражает отсутствием широкого социокультурального и политического контекста, того общественного настроения, которое определяло конкретно-историческое поле развертывавшихся событий: это, как и после Первой мировой войны, послевоенная атмосфера великих разочарований, в частности, левых сил в Советском Союзе, шок XX съезда, использование психиатрии в политических целях, и возникновение движения "новых левых", идеологами которых выступил и Герберт Маркузе (1898 – 1979), а также Жан-Поль Сартр (1905 – 1980). Они синтезировали марксизм, психоанализ, экзистенциализм, критицизм Франкфуртской социологической школы, а Маркузе еще и собственный опыт антифашистской пропаганды в спецслужбах США. Он создал масштабную концепцию репрессивной культуры, пронизывающей все общество, даже в используемом языке⁴. Этую линию развивали и М. Фуко, и

⁴ Наиболее знаменитые "антисихиатры" — Т. Сасс (1920 – 2012), Франко Базалья (1924 – 1980), Мишель Фуко (1926 – 1984), Рональд Лейнг (1926 – 1989), Дэвид Купер (1931 – 1986) — люди, родившиеся в 1920-е годы, а основный идеолог культурной революции Маркузе на четверть века их старше и на 7 лет старше Сартра, который пережил и период радикального левачества в стиле маоистской культурной революции, вплоть до осмеяния Виктора Некрасова в пьесе "Некрасов".

глава французской “новой критики” литературовед-семиолог Ролан Барт (1915 – 1980)⁵, который писал, что после 1968 г. “мы заметили, что большинство претензий на освобождение (общества, культуры, искусства, секса) формулируются в терминах дискурса власти. “Подрыв власти, таящийся в дискурсе, стал его предназначением” (Ц. Тодоров).

Антипсихиатрическое движение и его успех, особенно в отечественном общественном сознании, — “заслуга” Хрущева и, прежде всего, Андропова. Беспрецедентный в истории масштаб использования психиатрии для дискредитации критиков власти вызвал цепную реакцию, запечатленную даже в МКБ, где только V глава называется не болезни, а расстройства. Изучение этих процессов, путей и способов их минимизации инициировало создание нашей Ассоциации. Отмечу только некоторые грани этой проблемы.

Прежде всего, это антипсихиатрическая настроенность среди не только населения, но и психологов, философов и даже некоторых психиатров. Например, нынешний зав. кафедрой нейро- и патопсихологии психологического факультета МГУ Александр Тхостов в 1990-х годах перевел книгу Мишеля Фуко “Рождение клиники”, а в “Вестнике МГУ” (серия 14, 1993, № 1) опубликовал работу, в которой обосновывал положение, что **болезнь — это мифология**, используя в качестве кальки ошибочное представление раннего Барта (1956) о семиотической системе лингвиста де Соссюра в приложении к мифологии вообще. Эта двухчленная система (означаемое и означающее), адекватная в отношении гуманитарных дисциплин, в частности, литературной семиотики⁶, не подходит для всего, что выходит за пределы языка, для внеязыковых явлений, т.е. и для медицины. Здесь необходима трехчленная система логика Фреге, развитая Гуссерлем и Айдукевичем, где третьим членом — истинностным значением должна быть однозначная диагностическая квалификация⁷. Это для художественных произведений хороши многозначность и полифоничность. В работе “От науки к литературе” 1967-ого года определяющим для гуманитарных наук, к которым Барт относил психологию и психиатрию, является не особое содержание и не особый ме-

тод, а социальный статус, то, что преподается, что востребовано и — сказали бы сейчас — то, что продается. Поэтому важно нравиться своему адресату. Если “для науки язык, — писал Барт, — лишь орудие, и его желательно сделать как можно более прозрачным, нейтральным, зависимым от предмета научного изложения”, то в средние века форма словесного выражения имела символическое, порой сакральное значение, не менее важное, чем содержание. Язык и сейчас сохраняет свой потенциал, а язык литературы “это спасительное плутовство, это хитрость, это блестательный обман..., который колеблет основные понятия нашей культуры”.

Мы сразу откликнулись на работу А. Тхостова критическим разбором в работе “Здоровье, болезнь и лечение как мифология” (НПЖ, 1993, 3 – 4, 52 – 54). Собственно, наш журнал начал с четкого размежевания с антипсихиатрическим движением в своем первом выпуске 1991-ого года. При этом, по примеру WPA и APA мы не боимся приглашать в дискуссию антипсихиатров.

А в третьем выпуске 2014 г. мы поместили критический разбор работы Власовой “Антипсихиатрия”. Почему она так названа, если все лидеры этого движения, кроме Купера, отказывались от чести так называться? Что называть антипсихиатрией? Негативную половину ее манифеста, отрицающую медицинскую, биологическую, научную основу психиатрии, отстаивая ее социогенез, или позитивную, правозащитную критику репрессивного режима и государственных психиатрических институтов с их принудительными мерами? Очевидным образом это не фифти-фифти, не симметрия. Но это же еще и разные основания: нелогично противопоставлять правозащиту — биологическим основам.

Антипсихиатрия — расхожее обозначение контрапреакции на репрессивную психиатрию. Следовало бы поставить этот термин в жирные кавычки. Без этого своим односторонним обозначением этого противоречивого явления, он оказывается отрицанием психиатрии, отпугивает от нее. Конечно, в условиях репрессивного режима все государственные институты несут высокий риск уподобления ему. В Советском Союзе антипсихиатрия воспринималась как антисоветская реакция без всякой аналитической дифференциации, т.к. правозащитные доводы были нетерпимы. Но научный подход не вправе уступать политизации. Отсюда знаменитая работа Анри Эйя “Почему я анти-антипсихиатр”.

Антипсихиатрическое движение вовсе не угасло, как пишет Власова. Оно вульгаризировалось и расширилось. Его подхватил автор многочисленных вестернов Рон Хаббард, побывавший пациентом ПБ и создавший талантливую систему трех организаций — саентологии, дианетики и гражданской комиссии по правам человека, т.е. квазирелигии, квазинауки и квазиправозащиты, щедро финансируемых фондом его

⁵ Круг Р. Барта — это Мишель Фуко, Жак Лакан и Клод Леви-Стросс.

⁶ Кафедру литературной семиотики в 1977 г. занял Ролан Барт, кафедру, специально созданную для него в Коллеж де Франс по предложению Фуко.

⁷ Только семиотическая теория категорий, восходящая к Фреге и, особенно, Гуссерлю, разработанная Львовско-Варшавской школой логики в 1934 г. Айдукевичем (из Тернополя), стала использоваться не только в логике, но и в лингвистике, хотя выбор логики зависит таки от предметной области науки (Лукасевич). Айдукевичу удалось обосновать истинность значения, что постоянно подчеркивал Поппер.

имени по всему миру. Но многие известные мне авторы и лекторы, читающие даже спецкурс “Философия психиатрии” в МГУ, СПбГУ, РГГУ, как и многие зарубежные философы, настроены антипсихиатрически. Более того, такая настроенность присутствует и среди психиатров, особенно в виде латентной психиатрии⁸. За этим стоит редкость работ и дискуссий по теоретической проблематике психиатрии.

Теперь о так называемой “мифологичности” психотерапии. Надо ли говорить, что антипсихиатрических выпадов в адрес психотерапии на порядок больше, чем в адрес большой психиатрии. Это подпитывается длящимся глобальным кризисом и разгулом мошенничества, но еще больше поведением власти, утратившей доверие и уважение, т.е. явлением аномии — фундаментальной причины роста суицидов.

На широко циркулирующее в научной литературе утверждение, что психотерапия ненаучна, ответ прост: а вы сумейте корректно доказать это. **Психотерапия является антропологической, т.е. многослойной, а не однослоиной дисциплиной. Попытка мерить ее по стандартам однослоиных наук не имеет ничего общего с валидностью.**

Огромные, намного большие, чем на психотерапию, средства тратятся на пропаганду и рекламу не потому, что она менее эффективна, чем они.

Наконец, велика разница фундаментальных академических наук и прикладных наук, которые привязаны к своей цели и оцениваются с этой позиции. Поэтому утверждение о мифологичности психотерапии игнорирует, что, **как мифология, так и психотерапия** и все прочее — **обоюдоостры**. Их технологии могут употребляться для обмана, пропаганды, манипулирования сознанием, преступной идеологии, шантажа и пыток. Но психотерапия по определению преследует противоположные цели: душевное здоровье, эмоциональный и творческий подъем и продуктивность, психосоматическое благополучие, способность радоваться жизни, не терять надежды, преодолевать трудности, сохранять самоконтроль, критику, реалистичную целеустремленность и коммуникабельность.

С наиболее яркой убедительностью и наглядностью конструктивная мощь мифологичности выступает в религии и великих мифах древнего мира, в тетротерапии и арт- и музыкотерапии, особенно когда пациенты — активные деятели, сочинители, а не пассивные потребители, в использовании притч, стратегем и аудио- библиотерапии..., так как жизнь любого человека может быть транспонирована на подвиги Геракла, Одиссея и других персонажей, которые могут показать выход из любой трудной жизненной ситуации на примере героев древности, эпосов и народного фольклора, как, например. “Рейнеке-Лис” в обработке Гете.

Психотическая инфодемия: психология и психопатология СМИ-индуцированного массового психоза

А. А. Шмилович⁹

История знает множество примеров массовых индуцированных психопатологических эпидемий. Все они в большей или меньшей степени представляли из себя:

- обманы восприятия — иллюзии и галлюцинации, образные визуализированные представления и метаморфории;
- расстройства мышления — внущенные сверхценные образования и индуцированные бредовые нарушения, появлявшиеся преимущественно по механизмам наглядно-образного бреда воображения;
- аффективные расстройства — массовые приступы экстатических маний или ажитированных депрессий с аутодеструктивными и суициальными тенденциями;
- волевые и психомоторные расстройства — явления реактивного ступора или неистового возбуждения, парезы и параличи, судорожные припадки, гиперкинезы и амбулаторные автоматизмы;
- расстройства сознания и самосознания — феномены схожие с дереализацией-деперсонализацией, психогенные сумерки.

Во всех случаях подобного “массового помешательства” огромную роль играют факторы взаимоиндукции и истерические механизмы психогенного реагирования. Индуктором нередко выступает психически больной человек, быстро собирающий вокруг себя внушительный круг близких и сочувствующих лиц, транслирующих и “заражающих” большие группы людей поведенческими феноменами, схожими с проявлениями психоза индуктора. Большую роль в формировании массовых психозов всегда играет макросоциальная психическая травма — опасная эпидемическая инфекция, природный катаклизм или техногенная катастрофа, масштабная война, мировой финансовый или политический кризис и др. Ключом к потере критики и повышению индуцированности является остро возникающее интенсивное чувство, как правило, панический страх, ажитация или экстаз, влюбленность.

Наиболее яркими примерами таких эпидемических психотических вспышек являются европейские эпидемии демонической одержимости (VIII век), массового самобичевания (XIII век), пляски святого Витта (XIV век), религиозного экстаза (XIX век). В России в начале XX века прошла массовая эпидемия кликушества и бесодержимости, в Танзании в 1962 году — эпидемия смеха. На рубеже XX – XXI веков по России и странам ближнего зарубежья прокатилась волна

⁸ НПЖ, 2005, 4, 12 – 16.

⁹ Зав. кафедрой психиатрии и медицинской психологии РНИМУ им. Н. И. Пирогова.

эпидемии самоубийств, индуцированных суициальными играми в социальных сетях (т.н. “группы смерти”).

Сегодня мир потрясает новая психическая эпидемия, масштабы которой несравненно выше известных доселе. И коронавирус здесь всего лишь инфоповод. Связано это с современными возможностями стремительного распространения индуцирующей панику информации на огромные массы людей по всему миру. Текущая эпидемия психических расстройств получила название “инфодемия”. Ее патогенное значение недооценивается. Между тем, именно психические расстройства, вызванные “инфодемическим заражением”, наносят гораздо больший общий вред и психическому и сомато-неврологическому здоровью, чем собственно сам вирус.

СМИ-индуцированная паника, в считанные дни охватившая миллионы людей, через некоторое время поделила их на две больших клинических группы, в зависимости от варианта постреактивного развития личности:

- генерализованное тревожное расстройство с массивными сенесто-ипохондрическими нарушениями и последующим формированием в ряде случаев сверхценно-паранойяльных идей гибели мира (“Ковид-паранойяльные”);
- псевдодементная истерия с симптомом “прекрасного равнодушия”, оппозиционно-протестным поведением и последующим формированием в ряде случаев сверхценно-паранойяльных идей мирового заговора (“Ковид-диссиденты”).

Та часть людей, инфодемический психоз которых достиг паранойяльной стадии, естественно вступила в жесткую конфронтацию со своими антагонистами из полярной группы. Бредовой регистр переживаний этих двух воинствующих психотических кланов не оставляет шансов на достижение компромисса. В результате — разрываются близкие связи, разрушаются семьи, терпит фиаско начавшийся бизнес, останавливается профессиональный рост, растет безработица... Все это как снежный ком усложняет клиническую картину реактивного психоза и делает более полиморфной симптоматику постреактивных развитий личности.

В настоящий момент инфодемия переходит в свою завершающую стадию. Наступает фаза истощения, снижается градус паранойяльной активности, поблекла аффективная напряженность. Реалии клинической практики сегодня таковы, что по мере редукции острой фазы инфодемического психоза, на смену описанным симптомам приходит большое количество астено-невротических, дистимических и депрессивных нарушений. По всей видимости, эти исходы однотипны для обеих клинических групп. Следует отметить также большое число пациентов с когнитивными нарушениями. Происхождение последних, по всей видимости, сочетанное — токсическая энцефалопатия в

комбинации с функциональными астено-депрессивными расстройствами. Между тем, преходящий характер выявляемого когнитивного дефицита, а также его восполнение в ответ на успешно проведенную психофармако- и психотерапию постковидных астено-депрессивных расстройств, позволяет квалифицировать когнитивные дисфункции в большей степени как психогенные, а не органические расстройства психики.

“Болезнь как метафора”

Б. А. Воскресенский

Кавычки в названии статьи неслучайны — таково название известной книги американского литератора и общественного деятеля Сьюзен Сонтаг. Метафора — это перенесение свойств одного предмета или явления на другой. Это не механический процесс, а “усматривание”, открытие чего-то нового — нового взгляда, нового смысла в уже очевидном явлении. Применительно к психиатрии по такому механизму, полагаем, формируются парейдолии, функциональные и рефлекторные галлюцинации, а также образы в пятнах Роршаха и другие клинические и экспериментальные феномены.

Метафора является одним из инструментов освоения, познания, преобразования мира. Метафоры — по-своему живые образования, они рождаются, обновляются, расширяются. Так, например, понятие “токсичность”, в последнее время стало применяться в совершенно новых контекстах: токсичный человек, токсичные отношения, токсичная вера. А психиатрам оно известно давним-давно как философическая интоксикация.

Через метафоры являются себя и два клинических феномена-понятия-слова, имеющие абсолютную значимость как для врачей всех специальностей так для всех людей. Это болезнь и смерть. Вот они в поэтической форме: “...Жизнь, которой/Как дареной вещи, не смотрят в пасть, /Обнажает зубы при каждой встрече./От всего человека вам остается часть/ Речи. Часть речи вообще. **Часть речи**”. (И. Бродский). Какая же это часть речи? — ответ находим в другом стихотворении этого же автора: “Имя твое расстается с горлом/Сдавленным. Пользуясь впредь глаголом/ Созданным смертью, чтобы мы пропажи/Не замечали, кто знает, даже/Сам я считать не начну едва ли/Будто тебя “умерла” и звали”. (выделено нами — Б. В.). Но смерть существует не только в форме метафоры — зловещей или романтической, но и как атрибут бытия, как онтологическая реальность. Это, в частности, подтверждается концепцией единого семантического метаязыка польского лингвиста Анны Вежбицкой — теории, согласно которой существует всего около 60 слов, которые всеми народами, во все времена понимаются одинаково, однозначно, так сказать, одно-

XXV Консторумские чтения

смысленно. Слова жить и умирать входят в этот список, а значит, изначально присущи миру, человеку. Развивая эти построения дальше, правомерно будет утверждать, что и болезнь как путь к смерти имеет некую изначальную сущность. Дополним, что в словаре А. Вежбицкой есть еще слово “плохо”, что в соединении со словом “жизнь” также — в определенном контексте — синонимично болезни.

На “болезнь”, отмечают антропологи, проецируется наше — человеческое — восприятие зла. В свою очередь “болезнь” становится одним из модусов межлюдских отношений, социального устройства и преобразуется в метафору, которая усложняется за счет психологических механизмов вытеснения и бинарных оппозиций. Формируется сложная мифологическая система, одно из важнейших проявлений которой — применительно к психиатрии (имеем в виду, прежде всего, эндогенные заболевания — расстройства шизофренического спектра) — сформулировал Г. Й. Вайтбрехт: “Неотвратимо роковой характер психотических вспышек всегда представлялся людям чем-то жутким; чтобы ослабить это чувство беспомощности, в разные времена и в разных формах стали появляться психологизирующие тенденции...”. Вот некоторые концепции этого ряда: “травма рождения”, “шизофреногенная мать”, “либидинозная сущность психики”. Этически-морализаторское содержание такого рода построений, тяготеющее к негативному полюсу — важнейшая основа для стигматизации психически больных. Оно создает по существу новую — вторую болезнь, которая развивается по своим собственным законам, проявляется как стигматизация.

Преодоление стигматизации стало важным направлением деятельности психиатров. Исходной позицией здесь может служить тезис С. Сонтаг: “Болезнь не является метафорой и наиболее достойный способ противостоять ей и *наиболее здоровый способ быть больным* состоит в том, чтобы как можно более полно отмежеваться от метафорического мышления, оказать ему самое упорное сопротивление” (выделено нами Б. В.). Но другой современный автор — швейцарский психиатр А. Финзен указывает на не-преодолимые препятствия на этом пути: “...стигма и стигматизация выполняют общественную функцию и попытка смягчить или вовсе ликвидировать их означает не более и не менее как изменить общество в целом”. (Эта функция — дистанцирование от “зла”).

В дестигматизационно-психотерапевтической работе с больными мы исходим из трихотомической концепции личности — дух — душа — тело (в более современном звучании — биopsихосоциальная модель). Реальность “душевного” обосновываем упомянутой концепцией А. Вежбицкой (см. наши публикации). Говорим больному: шизофрения — лишь слово, которому всего лишь около 100 лет. Его наполнение очень вариabelно. Поэтому следует сосредоточиться не на этом ярлыке, а на психических — *душевных*

— процессах — эмоциях, воле, мышлении и т.д., на их “приведении в порядок”. Стремимся — в пределах возможного — противопоставить “Я” пациента его расстройствам: “Дух как таковой не может заболеть”, — цитируем К. Ясперса. Настоятельно рекомендуем больному и его родственникам воздержаться от высказывания “скелетов в шкафу”, поясняя, что практически в каждом роду при тщательном анализе обнаружится та или иная психическая патология¹⁰.

Закончим сентенцией лингвистов: искусство жить заключается, в частности, и в способности разграничивать картину мира и мир как таковой.

Психологическая, клиническая и клиентская модели психотерапии.

С. Д. Левина¹¹

Психотерапия является сложным, комплексным, многоуровневым видом человеческой деятельности, поэтому существует множество определений данного понятия. Направления классификации этой дисциплины также характеризуются многообразием. В теоретической, общепознавательной литературе существует разделение психотерапии с другими областями знания. Выделяют следующие модели: философскую, как комплекс взаимодействий между людьми; социологическую, как метод социального манипулирования; психологическую, подразумевающую комплекс методов воздействия на личность; медицинскую, клиническую, действующую не только на психические, но и на соматические процессы. В педагогике используется несколько иной подход, и присоединяются понятия педагогической и клиентской моделей, а также выделяется недифференцированная модель, включающая формы, которые не могут быть отнесены ни к одной из выделенных групп. Упоминания о клиентской модели встречается у многих классиков психотерапии, и, прежде всего, у Джорджа Келли, сформировавшего представление о том, что любой психотерапевтический метод дает пациенту возможность мыслить по-новому, то есть, является клиентской моделью.

С практических позиций важнейшей является классификация по модальностям, то есть, наборам

¹⁰ Как показывает опыт публичных выступлений, этот “запрет” иногда вызывает возражения, чаще — у людей, не связанных с психиатрией. Однако мы полагаем, что семейные отношения возникают и вырастают из любви, которая имеет свои собственные, ни с чем не сопоставимые законы. В противном случае все бы женились и выходили замуж за спортсменов, академиков, разного плана лидеров, призеров, передовиков. Для полноты комментария упомянем об институте информированного согласия и брачном контракте.

¹¹ К.м.н., доцент кафедры психиатрии и медицинской психологии РНИМУ им. Н. И. Пирогова.

форм и методов проведения. Европейской Ассоциацией психотерапии утверждено более сорока модальностей, и список этот постоянно расширяется. С нашей точки зрения, практически любая из выделенных модальностей, сформированная на основе психологических знаний, является клиентской для пациента. Для терапевта же модальность представляет собой теоретическую основу собственного лечебного творчества, то есть, является педагогической, основанной на психологических знаниях.

Не следует забывать, что пациент любого уровня информированности практически в любом случае относится к терапии несколько мистически. Людей привлекают новые непонятные термины и определения, непривычные формы реагирования и взаимодействия, поэтому зачастую пациенты формируют далекое от истины представление о психотерапевтических модальностях. То есть, пациент-клиент хочет получить не определенную систему действий, а понятную ему схему мышления и авторитетного (но отнюдь не авторитарного) лекаря.

Мы обнаружили множество суждений пациентов о сути психотерапии, в том числе, представленных в виде рисунков. Психотерапевт получил наименование мозгоправа, психотерапевтический процесс описывается как процедура внедрения в самосознание, что на языке пациентов называется “копание в мозгах”, “влезание в голову”. На рисунках мозг изображается в виде некой структуры с дефектами, в которые серьезный и даже страшноватый человек вставляет недостающие элементы. На других картинках представлены шестеренки и другие детали механизма, которые психотерапевт якобы поправляет посредством технических приспособлений. Есть иллюстрации, на которых из символического изображения пациента исходят некие фигуры неправильной формы, а из фигуры терапевта — законченные геометрические объекты. Еще более интересны представления пациентов о конкретных психотерапевтических модальностях. Психоаналитик изображается в виде человека, вытягивающего из головы пациента спутанные нитки и наматывающего их на катушку, а то и вяжущего изделие с надписью “моя жизнь”. Нередко рисунок психоаналитического занятия представляет испуганного индивида на пресловутой кушетке и нависшего над ним страшного терапевта. В изображенных пациентами групповых методах лечения не всегда можно выделить определенную модальность. Трансактный анализ, в частности, рисуют как группу людей, каждый из которых занят своим делом, но тени их демонстрируют некие неблаговидные поступки.

То есть, любая психотерапевтическая модель по-существу является клиентской. Количество психотерапевтических методик практически беспредельно, но все они имеют общие черты и различаются преимущественно авторской интерпретацией. Иными словами, психотерапевт-практик, как психолог, так

и врач, работает в интегративной, клинической (биopsихосоциокультуральной) модели, опираясь на принципы Роджерса, являющиеся единственной неоспоримой доминантой.

Психосоматика — насмешка мозга над телом

А. В. Александрович¹²

В докладе рассматривается свойство мозга “рисовать” реальность и фиксировать на ней на примере усталости и психосоматического состояния — метаболического синдрома X, а также предложен способ противостоять ей с учетом многолетнего использования докладчиком практики проведения занятий “Память, внимание и творческое мышление”.

В 1922 году Арчибалд Хилл, получил Нобелевскую премию по медицине и физиологии за изучение термодинамики работы мышц. Он предположил, что спортивная усталость может быть вызвана не отказом мышц, а защитной функцией мозга, который хочет предотвратить истощение. Он назвал физическую усталость “щукой разума над телом”. В 70-х годах прошлого века, Тимати Ноакс профессор кафедры спортивной медицины Кейптаунского университета изучал, что происходит, когда спортсмены действуют в экстремальных условиях. Учёный не нашёл подтверждений, что физиологическая усталость возникает в мышцах. Напротив, именно мозг приказывает мышцам остановиться. В то же время он создает невыносимое ощущение усталости, которое не имеет никакого отношения к способности мышц продолжать работу. Ноакс утверждает: “Усталость больше нельзя считать физическим событием, скорее, это ощущение или эмоция”.

Чувство усталости, так же как чувство тревоги, может удержать нас от опасных действий, а чувство отвращения — от поедания того, чем нас стошнит. То, от чего нас стошнит, в другой культуре может быть деликатесом.

По аналогии в докладе рассмотрен самый распространённый в мире синдром — метаболический синдром X. Синдром, который в отличие от обычного понятия синдрома, объединяет не симптомы, а заболевания — ожирение, сахарный диабет, гипертонию и другие. Посмотрим на это со стороны взаимоотношения мозга и тела. Известно, что мозг регулирует депонирование питательных веществ. Мозг решает свои энергетические проблемы за счёт тела, самое парадоксальное в этом явлении то, что занимаясь накопительством — мозг убивает тело, решая свои проблемы за счёт тела, формируя психосоматическую картину.

¹² Врач-психотерапевт Научно-практического центра психоневрологии им З. П. Соловьёва.

XXV Консторумские чтения

Способность мозга всё упаковывать в привычки, а с точки нейробиологии — в нейронные связи проводит нас к выводу о том, что мы — сплошь привычки. Логично предположить, что качество нейронных связей зависит от природы человека, в том числе и характерологической. 75 миллиардов нейронов, каждый из которых способен создавать до 200 тысяч нейронных связей — гигантская мощность. И если мозг ничем не занимать — ему остается только одно — развлекаться с собственным телом, накапливая энергию, которая не расходуется. Возникает логичный вопрос — что же делать?

На протяжении более 6 лет в НПЦ психоневрологии им. Соловьёва, а до этого в Санатории управления делами президента я вела занятия “Память, внимание и творческое мышление”. На занятиях предлагаются задания непривычной двигательной и не только двигательной активности. Сначала пациентов одолевает усталость, затем на протяжении двух часов они всё больше втягиваются в режим занятия, преодолевая сопротивление мозга (чувство усталости), а через два часа, когда логично предположить истинную усталость, большинство пациентов всё легче и легче справляются с новыми заданиями, становятся более внимательными. Это подтверждается играми и тестами на внимание. Пациенты уходят в приподнятом настроении, приятно возбуждёнными.

Режим работы мозга (например, концентрация произвольного внимания — одна из самых хрупких когнитивных функций) в конце работы не равен режиму работы мозга в самом начале занятия, разница объёма произвольного внимания особенно явственна после курсовой или постоянной терапии. Вывод: чтобы отвлечь мозг от старых привычек, особенно деструктивных — нужно предложить ему новые, необычные привычки, чтобы он тратил ресурсы на образование новых нейронных связей.

И последнее. В психологии есть понятие “зона комфорта”. Я называю её “зоной привычного пребывания”. Это тот образ жизни, в рамках которого пациент чувствует себя в безопасности, какой бы ценой она не давалась. Привычка и здесь ключевое понятие. У этой зоны есть граница (плотность которой зависит от человеческой природы), чтобы её перейти — нужно постараться. Например, человек, чтобы избавиться от метаболического синдрома X решил худеть с понедельника или заниматься физической нагрузкой с Нового года и т.д. Резкий старт, как правило, приводит к глубоким откатам в “зону комфорта” и чувству вины перед собой. Выходить из неё и формировать новые привычки, необходимо постоянно и небольшими шагками, тогда есть большая вероятность изменения границ этой зоны в сторону “лучшей версии “Я”. А так как часто эта зона связана с somатическим состоянием, которое обостряется при резком выходе из неё, постепенный выход из этой зоны маленькими шагами

позволяет отдалиться и от психосоматических недугов, или жить “сквозь них”.

Групповая психокоррекция метакогнитивных искажений

М. С. Анин, Т. В. Спирина Т. В.¹³

Со времен Пинеля психиатрия идет по пути гуманизации, психиатрическая помощь становится доступнее, популяризируются различные направления психологии и психотерапии. Однако, в обществе сохраняется некорректное отношение к людям, страдающим психическими заболеваниями. Продолжает существовать такое явление, как стигматизация. В большинстве своем люди, далекие от психиатрии, не имеют достаточно информации о болезнях и их лечении. Образ психически больного человека в популярной культуре, как правило, искажен и зачастую несет в себе негативный оттенок. До сих пор сохраняется идея о том, что люди с психическими заболеваниями должны быть изолированы от общества, т.к. они кажутся непредсказуемыми и опасными. Зачастую, человек, который попадает в психиатрическую больницу, является также носителем всех этих ложных убеждений, в связи с чем он может испытывать множество спутанных чувств и эмоций. Он вешает на себя деструктивный ярлык психически больного человека, который, кажется, для него самоочевидным.

Целью данного курса является рассмотрение человека в его отношениях с самим собой, с обществом и с болезнью.

Задачами курса ставятся: повышение уровня осознанности пациентов, изучение их представлений касательно болезни, их участия в лечении, осознание себя субъектами процесса лечения. Настоящие задачи достигаются за счет изучения установок и представлений участников группы о болезни, о собственных возможностях и ограничениях, коррекции иррациональных установок при помощи методов практической философии.

В основе теоретической части курса лежит психиатрическая и философская база, мы опираемся на труды: Платона, О. Бенифье, Ф. Шлейерманахера, Э. Гуссерля, М. Хайдеггера, Х.-Г. Гадамера, П. Рикера, И. Гофмана, Р. Д. Лэйнга, А. Бека, А. Е. Алексейчика, А. И. Макарова, Д. Р. Яворского и Ю. Ю. Ветютнева.

Главная идея настоящих групповых занятий: рецессия — это результат моих действий. Пациент становится в ситуацию принятия своего психического состояния и ответственности за свою жизнь и здоровье.

В центре внимания курса оказывается мировоззрение пациентов, которое рассматривается в трех направлениях:

¹³ ПБК № 1 ДЗМ Психоневрологический диспансер № 21.

1) оценка себя в жизни (оценка собственных целей, стремлений, возможностей, оценка себя, своего состояния, принятие/непринятие болезни);

2) отношения с другими ("как мое состояние скажется на моих отношениях с окружающими?");

3) значимые ценности ("что для меня остается главным в жизни, мои возможности реализации собственных ценностей?").

Сократический диалог — центральный метод работы с группой, т.к. психокоррекция метакогнитивных искажений подразумевает приведение мышления человека в норму, под нормой понимается

соответствие мышления законам логики; в таком случае, майевтика выступает как лучший метод для достижения цели, поставленной в рамках настоящего курса.

Использование метода герменевтики помогает усилению интерпретационных возможностей пациентов, коррекции бредовых идей.

В результате посещения пациентом данного курса, он приобретает новые компетенции: идентификация, представление о болезни и критическое мышление. Тем самым, пациент получает новые возможности контроля своего состояния.

Рекомендуем

Карл Ясперс.

Великие философы.

Мыслящие из истока метафизики. Книга третья. М., 2021

(Гераклит и Парменид. Плотин. Ансельм. Спиноза.
Лао-Цзы. Нагарджуна)

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 Габера)

ДОКУМЕНТЫ ВРЕМЕНИ

Игнорирование НПА России на XVII съезде психиатров России

На протяжении последней четверти века съезды психиатров России проходили каждые пять лет как совместные двух общероссийских организаций, представляющих Россию в WPA. Хотя обе считаются общественными профессиональными организациями, Российское общество психиатров (РОП), как массовая организация, неизбежно в современных условиях зависит от министерства, а его руководство совмещает это с центральными административными постами, тогда как НПА России (НПА), возникшая как самоорганизация снизу, восполняет проблемы деятельности РОП и выступает как ее и министерства постоянный дискуссионный партнер.

На этот раз, в русле неуклонно нарастающей, особенно с 2014 г., тенденции, НПА не была ни оповещена, ни приглашена на совещание по организации съезда еще год назад, когда мы послали тезисы на доклад по теме “Против девальвации понятия коморбидности”, а Аркадий Липович Шмилович включил наш с Л. Н. Виноградовой доклад “Реформа психиатрической помощи глазами врачей и пациентов” в свой круглый стол на съезде “Общественные организации в сфере психического здоровья как важнейший компонент реабилитационной идеологии психиатрической помощи”. COVID-19 изменил все сроки, но уже тогда в разосланной программе съезда его организаторами были названы Минздрав РФ, РОП, Ассоциация наркологов России, Всероссийское общество неврологов и ФГБУ “НМИЦ ПН им. В. М. Бехтерева” Минздрава России, а председателем съезда — по советской традиции — министр здравоохранения Вероника Скворцова. Сопредседатели — директор Центра им. В. С. Сербского Зураб Кекелидзе, директор Центра им. В. М. Бехтерева Николай Незнанов и зам. министра здравоохранения Олег Салагай.

27 января 2021 г. президент НПА России Ю. С. Савенко обратился в программный комитет предстоящего съезда психиатров России со следующим письмом: “Прошу включить в пленарное заседание выступление президента Независимой психиатрической ассоциации России Ю. С. Савенко “30 лет НПА России” (15 мин.) и приветствие съезду (3 мин.). НПА России заинтересована в конструктивном совместном обсуждении реалистичных планов в современных условиях”. Дополнительно это письмо было послано также персонально 10 членам программного комитета: Н. Г. Незнанову, П. В. Морозову, О. В. Лиманкину, Ю. А. Александровскому, Н. А. Бояхану, Е. А. Брюну, Т. П. Клюшнику, А. Б. Смулевичу, А. Г. Софонову и А. Б. Шмуклеру. Откли-

нулся только последний, вполне положительно. Спустя две недели 15 февраля 2021 г. мы получили такой ответ:

Глубокоуважаемый Юрий Сергеевич!

Организационный комитет благодарит Вас за проявленный интерес к XVII Съезду психиатров России. Учитывая характер организации мероприятия, просим обратиться с данным вопросом к техническому организатору мероприятия — info@altaastracom.

Обращаем Ваше внимание, что для профессиональных объединений предусмотрена возможность проведения тематических мероприятий (симпозиумов, круглых столов и пр.). В Оргкомитете уже поступили заявки от психотерапевтической, неврологической и пр. ассоциаций.

В случае Вашей заинтересованности, Вы также можете обратиться за более подробной информацией к техническому организатору мероприятия — info@altaastracom.

С искренним уважением, Оргкомитет XVII Съезда психиатров России

Итак, нам ответили не как традиционным партнерам, а новичкам. Мы снова направили письмо в программный комитет и на адрес Центра им. В. М. Бехтерева, директор которого является сопредседателем этого комитета в городе, принимающем съезд.

Мы ответили следующим образом: “Выразительной формулировкой полученного нами ответа на письмо в Программный комитет — “Организационный комитет благодарит за проявленный интерес к XVII съезду” — делается вид, что не было традиции совместных съездов, которые иначе следовало бы называть “съездами РОП”, а не съездами “психиатров России”, что собственное неприглашение на первое организационное заседание на этот съезд представителя члена WPA — НПА России — это наша вина, что не существовало переписки на этот счет и мн.др. Отвечает (без подписи) не Программный комитет, а Организационный комитет, да и тот не по существу, а с предложением обратиться к техническому организатору, как будто технический организатор составляет программу съезда, так как речь идет об одном 15-минутном выступлении на пленарном заседании и трех минутах приветствия. Показательно, что руководство РОП, которое составляет Программный комитет и определяет программу

Игнорирование НПА России на XVII съезде психиатров России

съезда, передает эту нашу просьбу в Организационный комитет, хотя ни о каком симпозиуме, круглом столе или отдельном заседании речь не идет. Мы надеемся получить положительный ответ от Программного комитета".

Не дождавшись ответа 21.02 мы послали письмо руководителю 10-й зоны WPA проф. Олегу Скугаревскому и 01.03 получили следующий ответ:

Уважаемый Юрий Сергеевич!

Я принял к сведению приведенную Вами информацию о позиции Оргкомитета XVII Съезда психиатров России в отношении заявленного НПА выступления на пленарном заседании и приветственного слова Съезду.

Принимая во внимание позицию ВПА о невмешательстве во внутренние дела национальных психиатрических ассоциаций (мы оставляем за собой право участвовать в обсуждении спорных вопросов, возникающих между психиатрическими сообществами различных стран), мне трудно выступить арбитром в решении поставленных Вами вопросов.

Приведенные документы, насколько я могу судить, не содержат прямого отказа в участии представителям НПА России в мероприятиях Съезда психиатров России. Хотел бы выразить надежду на благополучное разрешение ситуации.

О. А. Скугаревский, официальный представитель WPA по региону Восточной Европы

После очередного безрезультатного обмена письмами с Организационным комитетом, которые приводятся ниже, мы обратились к генеральному секретарю WPA проф. П. В. Морозову и президенту WPA проф. Афзалу Джаведу.

6 марта 2021 г.

Уважаемый Юрий Сергеевич!

Оргкомитет делает всё возможное для того, чтобы удовлетворить пожелания участников Съезда. Однако формат Съезда подразумевает, что все участники, в том числе и профессиональные сообщества, делают оргвзносы.

Для участия общественных организаций, каковой является НПА, предусмотрены самостоятельные мероприятия: тематические симпозиумы и круглые столы. Площадки для таких мероприятий предоставляются отелем "Санкт-Петербург", в котором будет проходить Съезд, только на коммерческой основе.

Именно поэтому мы адресовали Вас к сервис-агенту, занимающемуся технической стороной организации Съезда, для согласования деталей предоставления НПА площадки для проведения Вашего мероприятия.

Формат и содержание мероприятия НПА остаются целиком на Ваше усмотрение.

С искренним уважением, Оргкомитет XVII Съезда психиатров России

7 марта 2021 г.

В Программный комитет и сопредседателям XVII съезда психиатров России

Уважаемые коллеги!

Мы благодарим Организационный комитет за повторное разъяснение. Однако мы адресовались в Программный комитет, так как просьба ограничивалась только включением в программу съезда одного выступления и приветствия. НПА России, как всегдаший традиционный участник съездов психиатров России, будучи общероссийской общественной организацией, представляющей страну во Всемирной психиатрической ассоциации, известила Программный комитет съезда о своем решении ограничиться от имени НПА России 3-х минутным приветствием и 15-минутным конструктивным выступлением о взаимодействии с РОП в связи с 30-летним юбилеем Ассоциации и Независимого психиатрического журнала. Тем самым, не потребуется площадки для собственных тематических симпозиумов, круглых столов и т.п. Мы просим вас снова передать этот текст в Программный комитет.

Президент НПА России Ю. С. Савенко

Уважаемый Петр Викторович!

Пересылаю Вам очередной ответ Оргкомитета съезда психиатров России, хотя мы адресовались в Программный комитет, так как отказались от собственного симпозиума и круглого стола. Вам, как никому, известна сложившаяся ситуация на всех уровнях. Думаю, что та малость, о которой мы просим, несоизмерима с резонансом отказа в ней, и сама по себе достаточно выразительна.

Уважаемый проф. Афзал Джавед!

*Нынешний генеральный секретарь WPA проф. Петр Морозов, всесторонне одарённый человек, который будет вынужден, в силу ситуации в нашей стране, талантливо оправдывать это решение, хотя оно не выражает (не только по нашему убеждению) неаффилируемого отношения к нам не только профессионального сообщества России, но и большинства членов руководства РОП и его самого. В этой ситуации мы надеемся на поддержку руководства WPA и ее представителей на съезде, чтобы не допустить **впервые стол грубого президента открытой дискриминации одного из своих членов под искусственными предлогами.***

7 марта Петр Викторович позвонил мне и в результате очень живой, с широким охватом 40-минутной беседы согласился со справедливостью наших требований, которые Оргкомитет пытался выдать за отказ от оплаты залов для симпозиума или круглого стола, о чем нами никогда даже не упоминалось. В тот же день нам пришло такое письмо.



07 March 2021

Subject: WPA Regional Congress, Saint Petersburg, Russia, 2021

Dear Prof. Savenko,

We are delighted to invite you to be a member, part of the Organizing Committee supporting the World Psychiatric Association's Regional Congress ***Interdisciplinary understanding of co-morbidity in psychiatry: from science to integrated care*** in St Petersburg, Russia, 16th to 18th May 2021 that is going to be held in the virtual format.

The Scientific Committee will play a key part in building a successful Congress for this important region, with members tasked with the set-up and management of the Congress scientific program. It will be co-chaired by Professor Morozov P. V. and Professor Vasileva A. V. The Committee will be responsible for developing symposia themes, and for proposal review, selection and programming.

We hope you will be able to accept our invitation to be a part of this important Committee.

Should you be able to accept our invitation, the Committee chairpersons will be in contact soon.

Kind regards,

A handwritten signature in black ink that reads "Afzal Javed".

Prof. Afzal Javed
President WPA
WPA Saint Petersburg Regional congress chair

A handwritten signature in black ink that appears to read "Nikolay Neznanov".

Prof. Nikolay Neznanov
President Russian Society of Psychiatrists
WPA Saint Petersburg Regional congress co-chair

A handwritten signature in black ink that appears to read "Peter Morozov".

Prof. Peter Morozov
WPA general secretary
WPA Saint Petersburg Regional congress
Scientific committee co-chair

A handwritten signature in black ink that appears to read "Anna Vasileva".

Prof. Anna Vasileva
WPA Saint Petersburg Regional congress
Scientific committee co-chair

Игнорирование НПА России на XVII съезде психиатров России

Уважаемый профессор Савенко!

Мы рады пригласить вас стать членом Организационного комитета Регионального конгресса Все мирной психиатрической ассоциации “Междисциплинарное понимание сопутствующих заболеваний в психиатрии: от науки до комплексной помощи”, который состоится в Санкт-Петербурге, Россия, с 16 по 18 мая 2021 года, и будет проходить в виртуальном формате.

Научный комитет будет играть ключевую роль для успешного проведения Конгресса в этом важном регионе, его члены будут отвечать за разработку и осуществление научной программой Конгресса. Его сопредседателями будут профессор П. В. Морозов П. В. и профессор А. В. Васильева. Комитет будет отвечать за разработку тем симпозиумов, а также за рассмотрение предложений, отбор докладов и распределение их по симпозиумам.

Мы надеемся, что вы сможете принять наше приглашение и стать членом этого важного комитета.

Если вы примете наше приглашение, председатели комитетов свяжутся с вами в ближайшее время.

С уважением,

Проф. Афзал Джавед, президент WPA, председатель регионального конгресса WPA в Санкт-Петербурге

Проф. Николай Незнанов, президент Российского общества психиатров, сопредседатель регионального конгресса WPA в Санкт-Петербурге

Проф. Петр Морозов, генеральный секретарь WPA, сопредседатель научного комитета регионального конгресса WPA Санкт-Петербург

Проф. Анна Васильева, сопредседатель научного комитета регионального конгресса WPA Санкт-Петербург

9 марта 2021

Президенту WPA проф. Афзалу Джаведу

Уважаемый проф. Афзал Джавед,

7 марта 2021 года я получил письмо, подписанное вами, генеральным секретарем WPA проф. Петром Морозовым и двумя другими российскими коллегами, в том числе президентом Российского общества психиатров (РОП) проф. Николаем Незнановым, с предложением стать членом Оргкомитета регионального конгресса WPA “Интердисциплинарный подход к коморбидности психических расстройств на пути к интегративному лечению”, который пройдет практически одновременно с ХVII съездом психиатров России 16 – 18 мая в Санкт-Петербурге. Это предложение очень важно для меня, и я искренне рад его принять. При этом хочу отметить, что WPA всегда старалась поддерживать партнерство российских психиатрических обществ, ее членов, несмотря на боль-

шую разницу в количестве их членов, что, однако, не слишком отражается на количестве голосов на Генеральной ассамблее WPA (7 против 11).

При этом хочу сообщить, что внутри страны ситуация совершенно иная.

Несмотря на многолетнее конструктивное сотрудничество НПА и РОП, меня не только не включили в Оргкомитет съезда, который называется съездом психиатров России (а не съездом РОП, но даже не приняли просьбу включить мое 3-х минутное приветствие и 15-минутный доклад, посвященный 30-летию НПА России и ее сотрудничеству с РОП, в программу Пленарного заседания. Оргкомитет, ссылаясь на правила технического организатора, указывает на отсутствие площадки для проведения индивидуальных симпозиумов и круглых столов, на что мы даже не претендовали. Я попытался привлечь внимание к такому дискриминационному отношению к НПА — общероссийской профессиональной организации и члену WPA, зональному представителю WPA проф. Олега Скугаревского и генерального секретаря WPA проф. Петра Морозова, однако первый уклонился от решения этого вопроса, а проф. Петр Морозов, высококвалифицированный специалист, доброжелательно настроенный к нашей организации, в современных условиях был вынужден сделать наше участие формальным.

Поэтому мы были бы очень благодарны, если бы вы помогли включить мое 3-минутное приветствие и 15-минутную презентацию в повестку дня съезда. Мы считаем, что это станет важным показателем сотрудничества наших двух психиатрических обществ и будет способствовать укреплению отношений между ними.

С наилучшими пожеланиями, Юрий Савенко

6 апреля 2021 г.

Президенту WPA Проф. Афзалу Джаведу

Глубокоуважаемый проф. Афзал Джавед!

Благодаря Вашему вмешательству, Оргкомитет XVII съезда психиатров России, известил меня, что мое выступление о 30-летии НПА России включено в программу, но не на пленарном заседании, а на симпозиуме по организации психиатрической помощи.

На протяжении последних 3 – 4 лет меня систематически стараются не допустить к трибуне под различными предлогами, а на самом деле в связи с критической позицией НПА России, солидарной с правозащитным сообществом нашей страны. Так, в 2014 г. на официальном сайте РОП был размещен материал, где я был персонально назван агентом ЦРУ, — известный прием наших спецслужб, метящих так “нежелательные” организации и лица. Это ясно показывает, что атмосфера в нашей стране, как силовое поле, вынуждает руководство РОП пренебре-

Ю. С. Савенко

гать элементарными пропричиями. Я не исключаю, что мне не дадут даже 3-х минут для приветствия делегатам съезда и надеюсь, что Вы или Ваши представители на съезде обеспечат это.

Юрий Савенко

Подводя итог приведенным материалам, очевидным образом выступает игнорирование НПА России. Это видно из обновленного с прошлого года перечня организаторов съезда. Теперь это Министерство здравоохранения РФ, РОП и Центр им. В. М. Бехтерева при участии Центра им. В. П. Сербского Минздрава России, Томского центра Российской Академии Наук, Санкт-Петербургского медицинского университета им. И. П. Павлова Минздрава России, Санкт-Петербургской психиатрической больницы им. П. П. Кащенко, Ассоциации наркологов России, Всероссийского общества неврологов, Российской психотерапевтической ассоциации, Общероссийской профессиональной психотерапевтической лиги и Профессионального объединения врачей

сексологов, т.е., добавлены 7 новых структур, среди которых нет НПА России. Ни здесь, и нигде нынешним руководством РОП НПА России не упоминается, словно ее не существует.

Объяснением этого является — приходится с горечью признать это — запуганность руководства РОП курсом власти, манипулятивные действия которой оно принимает за угрозу себе, что не подобает в первую очередь нашей профессии и чему НПА подает необходимый пример. Одним из важных предназначений профессиональных научных организаций является их экспертная и прогностическая функция для власти. Полная податливость, просящий тон вместо требовательного и решительного отстаивания позиций собственного предмета и профессии в конечном счете серьёзно вредит самой власти, а такие лидеры лишаются ее уважения, хотя и ценятся за удобство.

Что касается руководства WPA, то изложенная нами история показывает, что никто за нас интересы отечественной психиатрии всерьез защищать не будет.

Ю. С. Савенко

Рекомендуем!

Интервью выдающегося кинорежиссёра

Александра Сокурова

«Остаётся только расстрелять таких как я...»

«Новая газета», № 63 от 11.06.2021 (стр. 18 – 23)

ХРОНИКА

100-летие Андрея Дмитриевича Сахарова

К 100-летию со дня рождения А. Д. Сахарова Московская Хельсинкская группа провела он-лайн конференцию “Век Сахарова”. На конференции выступили известные ученые и публицисты, правозащитники и журналисты Юрий Пивоваров, Михаил Федотов, Николай Сванидзе, Игорь Яковенко, Елена Лукьяннова, Илья Шаблинский и др. Имя Сахарова ассоциируется с возможностью говорить правду о событиях в стране и мире, с особым вниманием к теме прав человека и с чувством достоинства. В память об этом все выступления спикеров, так или иначе связанных с творчеством и жизнью Андрея Дмитриевича, стали докладами о современной ситуации в нашей стране.

А вечером того же дня, 21 мая 2021 г., в день рождения акад. А. Д. Сахарова, в Доме Музыки состоялся замечательный концерт Национального филармонического оркестра России Владимира Спивакова и Академического большого хора Льва Конторовича, который предварялся кратким выступлением президента РАН в честь А. Д., отметившего достойное подражания сочетание деятельности ученого, внесшего выдающийся вклад в науку — теоретическую физику и оборону страны достижением ядерного равновесия, миротворца — лауреата Нобелевской премии мира (1975 г.) и общественного деятеля, наметившего возможный путь будущего развития России. На концерт были приглашены представители правозащитного движения, науки и искусства.

Программа концерта была составлена из редко исполняемых произведений: адажио для струнного оркестра (1936) Сэмюэля Барбера, “Казнь Степана Разина” (1964) Дмитрия Шостаковича, а также двух симфонических произведений Сергея Рахманинова, в частности, “Тебе поем” из Литургии святого Иоанна Златоуста (1910).

Но не обошлось и без ложки дегтя. Запланированная на Чистопрудном бульваре фото-экспозиция “Андрей Дмитриевич Сахаров: тревога и надежда” была сорвана по вине департамента культуры г. Москвы. Первое объяснение гласило: “контент не согласован”, а второе — “фотоконструктивы “срочно понадобились” для другой выставки в связи с Днем победы и годовщиной битвы под Москвой”. “Я могу предположить, что кому-то в мэрии показалось, что сахаровские высказывания о том, что права человека должны быть основой внутренней и международной политики любой страны, что человечество должно быть едино, что оно нуждается в интеллектуальной свободе, — как-то не соответствуют духу времени, в котором

мы сейчас живем”, — сказал один из организаторов выставки и член Московской Хельсинкской группы Сергей Лукашевский.

45 лет Московской Хельсинкской группе

12 мая 1976 года в Москве по инициативе ученого-физика и правозащитника Юрия Орлова была создана Московская Хельсинкская группа (МХГ) — группа содействия выполнению Хельсинкских соглашений, одна из первых правозащитных организаций в СССР. В нее вошли Людмила Алексеева, Елена Боннер, Анатолий Щаранский, Виталий Рубин, Анатолий Марченко, Александр Гинзбург, Александр Корчак, Михаил Бернштам, Мальва Ланда и Петр Григоренко. Поддержавший создание Хельсинкской группы акад. Андрей Сахаров писал: “Сама по себе идея создания Хельсинкской группы была хорошей. Удачно использовались то большое значение, которое имеет Хельсинкский акт для СССР, точней для его руководства, и провозглашение Актом связи международной безопасности и прав человека”. С другой стороны “членство в группах, особенно в республиканских, ставило людей под особенно сильный удар. В этом я вижу отрицательную, трагическую сторону создания группы”.

И действительно, сразу же после возникновения МХГ ее участники подверглись давлению со стороны КГБ и партийных структур. Им угрожали, вынуждали эмигрировать или прекратить правозащитную работу. Когда в 1981 г. на свободе в СССР остались лишь трое членов группы, МХГ объявила о прекращении своей деятельности.

Группа возобновила свою работу на волне Перестройки в 1989 году, когда в Россию из США вернулась Людмила Михайловна Алексеева.

45-летняя история МХГ доказывает, что даже небольшая группа людей, убежденно и последовательно отстаивающих идеалы свободы и прав человека, в состоянии изменить окружающую действительность. На протяжении десятилетий члены, сотрудники и волонтеры МХГ продолжают каждодневную работу по защите прав человека, формированию и сохранению правовой культуры в нашей стране. И хотя коридор свободы с каждым годом сужается, и государство стремится сократить возможности независимых НКО, в особенности, правозащитных, сотрудники и волонтеры МХГ убеждены, что Россия будет демократическим государством, где соблюдаются законы, где человек, его права и достоинство являются высшей ценностью.

Абрамкинские чтения

31 мая 2021 г. в Сахаровском центре прошли седьмые Абрамкинские чтения, посвященные памяти замечательного правозащитника и нашего большого друга Валерия Абрамкина. В этом году ему исполнилось бы 75 лет, но он ушел гораздо раньше. Организатором чтений был Центр содействия реформе уголовного правосудия — организация, которую Валерий Федорович создал еще в 1988 г., и участникам предлагали начать день с осмотра выставки “Человек и тюрьма”, которую когда-то В. Ф. вместе со своими сотрудниками провез по всей стране, и она неизменно производила огромное впечатление на людей всех возрастов, но особенно на молодежь.

Центр “Содействие” выпустил к юбилею В. Ф. Абрамкина сборник его интервью и текстов под названием “Романтик тюрьмы”. Валерий Федорович верил, что тюремную систему России можно реформировать, что можно, как он говорил “вернуть тюрьму народу”, чтобы люди, попавшие за решетку, выходили оттуда не искалеченными и озлобленными, а настроенными на новую некриминальную жизнь. Автор предисловия журналист-правозащитник Зоя Светова назвала В. Ф. “свободным человеком в невсвободной стране”.

Тема чтений в этом году — “Трудный опыт и перспективы справедливого уголовного правосудия и гуманного наказания в нашей стране”, и об этом в течение всего дня рассуждали и спорили юристы Сергей Анатольевич Пашин, Тамара Георгиевна Морщакова, Лев Семенович Левинсон, Ольга Садовская, ученые Екатерина Ходжаева (СПб), Я. И. Гилинский, Л. М. Каррозова, К. Аверкиева, правозащитники Андрей Бабушкин, Серей Давидис, Алексей Соколов, Лев Пономарев, журналисты Зоя Светова и Ольга Романова и др. Говорили об успехах и неудачах уголовного правосудия, восстановительном подходе в правосудии по делам несовершеннолетних, анализировали криминогенную ситуацию в стране, изменения в условиях содержания и системе исполнения наказаний, жестокое обращение и незаконное насилие со стороны сотрудников системы и многое другое. Участники дискуссии пытались акцентировать внимание на положительных изменениях, которые произошли с момента перестройки, однако почти в каждом выступлении звучало признание того, что в последнее время вновь нарастают закрытость и репрессивные тенденции. Перспективы справедливого уголовного правосудия и гуманного наказания кажутся весьма туманными.

Деградация российской науки усилиями управленцев

21 апреля 2021 г. акад. РАН, лауреат Государственной премии 2018 г., зам. Директора Института

прикладной физики РАН, широко известный в мире как один из первооткрывателей гравитационных волн, специалист в области нелинейно-оптических компонентов в физике лазеров Ефим Хазанов был демонстративно — во время работы Общего собрания РАН — задержан и приговорен на следующий день к штрафу за один репост сообщения об Алексее Навальном в Фейсбуке, т.е. за публично высказанную поддержку определенной информации, фактически за личное мнение.

Отвечая на вопрос, какую проблему организации науки в России он считает самой острой, Е. Хазанов ответил, что это сочетание недостаточного финансирования, в чем Россия далеко позади лидеров, запредельной бюрократии, непрерывно растущего бумаготворчества, отнимающего у сотрудников научных институтов массу времени и денег, и дефицита квалифицированных научных кадров, их большого оттока за границу и в другие области деятельности, и незначительного притока, нулевого из-за границы, в противоположность Китаю, не говоря уже о “закручивании гаек” и ограничения в последние времена на общение с иностранными коллегами. Научное отставание России растет на глазах с каждым годом.

Решать эти проблемы следует незамедлительно. “Основополагающий принцип: нужно, чтобы наукой управляли ученые, а не чиновники..., чтобы они не были чиновниками, не мыслили как чиновники, не говорили как чиновники”. Увы, прогноз Макса Вебера о неизбежной бюрократизации сбылся, законы Паркинсона работают, деградация налицо и только усугубляется.

Словно в последний раз

Хорошо известно, какой могучей мобилизующей силой может обладать ожидание гибели, твоей собственной или твоего дела. В последние месяцы оппозиционные газеты, журналы, радио и телепередачи стали необыкновенно насыщенными, глубоко впечатляющими, словно это время их последней лебединой песни. Не стоит придавать этой метафоре пессимистического звучания. Наоборот, надо всегда жить под знаком *Memento mori!* Помни о смерти не в страхе и отчаянии, не погружаясь в самообманы, а с открытыми глазами, тогда этот девиз освобождает, а не порабощает, позволяет поступать осмысленно и по крупному. Но может и порабощать, — инстинкт свободы и инстинкт рабства в скрытом виде соприсутствуют в каждом из нас и могут неожиданно переходить в противоположную форму поведения или даже индоктринации. Хотя таких общеизвестных примеров великое множество, шизофренологи пытались приватизировать этот феномен вне его конкретного контекста, его гетерогенности и гетероморфности.

Для нашей профессии эта **злободневная публицистика** важна как профессиональная литература, даже когда она не по нашей тематике.

В этом отношении важен выпуск “Новой газеты” № 51 от 14 мая 2021 г. (стр. 13 – 27) “Пороки в своем отечестве” Веры Челищевой. Это — **портреты пропагандистов-перевертышей**. Но также — достаньте и прочтите выпуск “Новой газеты” от 7 мая 2021 г. “Смотрим смерти прямо в рыло”. Благодаря замечательной инициативе главного редактора Дмитрия Муратова, этот номер нестандартен. Он весь посвящен героизму врачей, рядовых и великих, в войну, в пандемию и в повседневности. Он восхищает, как и американский фильм “Окинава”. И, наконец, “Новая газета” за 7 июня (стр. 7 – 21) представляет, по словам главного редактора, “спецвыпуск некрологов…,

но это тот случай, когда говоря о смерти, мы охраняем жизнь”. Из нескольких сот благодарных писем в редакцию только 22 не одобрило этот выпуск. “*И вам, сукам, платят за проталкивание вакцинации! Отказываюсь от ежемесячной поддержки вашей газетенки!*”, — пишут одни. “*Не прививаются потому, что не верят. Никому и ничему. Власти не верят*”, но “*винят крайних*”, — объясняют другие.

В выпуске от 30 апреля спецрепортаж Елены Котченко и Юрия Козырева, которые две недели провели в одном из психоневрологических интернатов страны. Чтение не для слабонервных, но нужно знать, где и как живут у нас люди с психическими расстройствами. Конечно, не все интернаты такие, однако общий стиль отражен верно.

НПА России продолжает обучение членов ОНК новым формам деятельности

28 марта 2021 г. во Владивостоке состоялся семинар “Общественный контроль за обеспечением прав человека в психиатрических лечебных и экспертных учреждениях”. Он был организован Общественной наблюдательной комиссией (ОНК) Приморского края совместно с Независимой психиатрической ассоциацией России. На семинаре присутствовали члены ОНК Приморского и Хабаровского края, представитель уполномоченного по правам человека Приморского края, а также представители адвокатского сообщества и общественных организаций, защищающих права граждан с психическими расстройствами.

В Приморском крае 4 крупных краевых больницы и еще несколько филиалов, однако члены региональной ОНК пока не посещали их на регулярной основе, справедливо полагая, что им нужна специальная подготовка и инструментарий для оценки результатов таких посещений. Первый опыт показал, что руководство больниц не имеет полной информации об их полномочиях и не знает приказов Минздрава. Сейчас этот барьер преодолен, и члены ОНК хотят наладить плановые посещения.

Ведущими семинара были многолетний председатель ОНК Приморского края В. А. Найдин и сотрудник аппарата Уполномоченного по правам человека, в прошлом также член ОНК Приморского края Д. В. Юферов. С их помощью на семинаре была создана атмосфера заинтересованности и взаимопонимания, конструктивного обсуждения многих вопросов. Присутствующим разрешили задавать вопросы по ходу выступлений, и доклады превратились в инте-

рактивное общение, которое продолжалось во время перерывов.

Начав семинар с освещения правовых основ общественного контроля психиатрических лечебных и экспертных организаций, докладчики перешли к более специальным вопросам о специфике психиатрических учреждений и их пациентов, типах больниц и отделений, возможностям и ограничениям общественного контроля психиатрических больниц и основам взаимодействия с их руководством.

Безусловным достоинством семинара стало то, что об инструментарии, разработанном экспертами НПА России для контроля за обеспечением прав человека в психиатрических стационарах и экспертных отделениях, рассказывала член ОНК и юрист из Новосибирска Ю. К. Бабенкова, которая уже неоднократно посещала Новосибирскую психиатрическую больницу специализированного типа с интенсивным наблюдением и привела множество конкретных примеров не только условий содержания, но и юридических вопросов. Приятно было услышать, что некоторые рекомендации членов ОНК были немедленно выполнены.

Руководство больниц само заинтересовано в соблюдении прав пациентов, однако некоторые проблемы требуют обязательного дополнительного финансирования, и тут члены ОНК могут оказать посильную помощь своими обращениями в органы управления здравоохранением. Другие проблемы связаны с тем, что для врачей приоритетным является лечение и безопасность пациентов и персонала, и они

Л. Н. Виноградова

порой даже не видят возникающих при этом нарушений прав человека. Задача членов ОНК — установить конструктивный диалог с представителями психиатрической службы с целью обеспечения прав человека в процессе лечения. Мы надеемся, что семинар во Владивостоке поможет членам ОНК в этом нелегком деле.

17 – 18 апреля в Новосибирске и 20 – 21 апреля в Барнауле состоялись семинары на тему “Основы мониторинга соблюдения прав человека в психиатрических лечебных и экспертных учреждениях”. Организаторами выступили Томское региональное отделение Общероссийской общественной организации “Совета общественных наблюдательных комиссий” и Независимая психиатрическая ассоциация России.

В семинарах приняли участие кандидаты и члены региональных ОНК, сотрудники общественных организаций, ВУЗов. В Алтайском крае семинар посетили сотрудники Алтайской краевой клинической психиатрической больницы имени Ю. К. Эрдмана, консультант Уполномоченного по правам человека в Алтайском крае и помощник начальника управления по соблюдению прав человека в УИС России по Алтайскому краю.

Использование в проведении семинаров конференцсвязи по системе ZOOM позволило расширить географию участников от Омска до Красноярска. Таким образом, в работе семинаров приняли участие свыше 50-ти человек.

Основным докладчиком в семинарах была исполнительный директор НПА России Любовь Николаевна Виноградова, выступления которой были интересны не только членам ОНК, но и сотрудникам психиатрических учреждений, общественных организаций и аппарата регионального Уполномоченного. Выступления директора Института прав человека Валентина Михайловича Гефтера вызвали в аудитории живой интерес, дискуссии и предложения разобраться в различных жизненных и профессиональных ситуациях. Также прозвучали доклады на темы концепции прав человека, соответствия российского законодательства международным стандартам, взаимодействия ОНК и юридического сообщества, деятельности ОНК в психиатрических учреждениях, подготовленные Юлией Бабенковой (Новосибирск), Константином Бекетовым, Геннадием Постниковым и Иваном Шевелёвым из Томска и Андреем Яковенко (Омск).

Помимо изучения теоретической части участники семинара рассмотрели практический опыт посещения психиатрических медицинских учреждений, ознакомились с заполнением карты мониторинга при посещении психиатрических учреждений членами ОНК Томской и Новосибирской областей. Было выделено время на вопросы участников семинара.

Участвовавшие в работе семинара в Барнауле сотрудники Алтайской краевой клинической ПБ им.

Ю. К. Эрдмана проявили неподдельный интерес к теме соблюдения прав человека, обещали изучить брошюры, подготовленные экспертами НПА России, и продемонстрировали готовность к конструктивному взаимодействию с членами региональной ОНК.

Практически в те же дни, **20 – 21 апреля 2021 г., в Волгограде** АНО “Общественный контроль” совместно с НПА России провели круглый стол и семинар для членов ОНК Южного федерального округа, сотрудников аппаратов уполномоченных по правам человека, адвокатов и правозащитников на тему: “Основы мониторинга обеспечения прав человека в местах принудительного содержания, в том числе в психиатрических стационарах и экспертных учреждениях”.

В работе круглого стола приняли участие представители Комитета здравоохранения и Общественной палаты Волгоградской области, руководство и сотрудники Волгоградской областной клинической ПБ № 2, ведущий психолог Волгоградского областного центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями, заведующий психиатрическим отделением Волгодонского филиала Ростовского областного ПНД, члены ОНК Волгоградской, Ростовской и Астраханской областей, Республики Калмыкия, адвокаты, юристы и ведущие эксперты проекта “Содействие соблюдению прав человека в местах принудительного содержания людей с психическими расстройствами”.

После приветствия Председателя президиума ВРО ООО “СОНК” В. Е. Козловича, по вопросам осуществления общественного контроля в МПС, о проблемах и путях их решения, выступил координатор проекта по Южному федеральному округу Л. В. Петрашис, который рассказал, что основной целью круглого стола и семинара является разработка механизма взаимодействия членов ОНК с руководством и сотрудниками психиатрических учреждений и органов управления здравоохранением. Говоря об обеспечении эффективного общественного контроля за соблюдением прав пациентов в психиатрических лечебных и экспертных учреждения, он подчеркнул, что основой работы членов ОНК является четкое соблюдение ФЗ-76 об общественном контроле и принципа — Не навреди!

Участники мероприятия обсудили изменение нормативной базы по общественному контролю за обеспечением прав человека в местах принудительного содержания: новые полномочия членов ОНК — контроль за обеспечением прав пациентов в психиатрических учреждениях, высказали мнения относительно того, что необходимо предпринять для эффективного контроля этих учреждений. Представители психиатрической службы и члены ОНК рассказали о текущей ситуации с обеспечением прав пациентов в психиатрических стационарах, обсудили вопрос о том, как совместить эффективный контроль с невмешательством в лечебную и экспертную работу медицинских

НПА России продолжает обучение членов ОНК новым формам деятельности

учреждений, отметили необходимость подготовки членов ОНК к мониторингу психиатрических учреждений.

На семинаре ведущие подробно остановились на работе с картами наблюдения, а также составлении членами ОНК объективных заключений по результатам посещений МПС с учетом информации, полученной от администрации. Большое внимание было уделено вопросу взаимодействия членов ОНК с руководством ПБ, МЗ и органами власти.

В. Н. Соколовский, зав. стационарным отделением Волгодонского филиала Ростовского областного ПНД подготовил для участников семинара фильм с учетом разработанной экспертами проекта карты наблюдения; рассказал о специфике мониторинга прав лиц в ПБ и типах отделений, взяв за основу отделение Волгодонского филиала РО ПНД. Он акцентировал внимание участников на основных аспектах деятельности подразделения, показал на примерах, как должна быть организована работа, какими приказами и инструкциями регламентирована их деятельность.

Особенно подробно докладчик рассказал о проведении недобровольной госпитализации пациента, сопровождая доклад фотографиями, набором необходимых документов в рамках Закона РФ о психиатрической помощи. Он также коснулся особенностей общения с лицами, имеющими психолого-психиатрические проблемы, и подчеркнул необходимость вежливого общения медработников с пациентами, что облегчает решение многих проблем. Эксперты проекта, представители психиатрической службы и адвокаты подробно ответили на вопросы членов ОНК ЮФО, дали советы относительно распределения обязанностей и порядка работы членов комиссии при мониторинге прав пациентов в ПБ и экспертных учреждениях.

Во второй день семинара координатор проекта по ЮФО, эксперты проекта и члены ОНК ЮФО посетили Волгоградскую психиатрическую больницу специализированного типа с интенсивным наблюдением в с. Дворянское, где совместно с руководством больницы осмотрели стационарные отделения различных типов, клиническую лабораторию, пищеблок и спортивный комплекс, побеседовали с пациентами, провели личный приём, с письменного согласия пациентов ознакомились с их медицинскими картами, получили необходимую для составления объективного заключения информацию. Можно только приветствовать открытость, которую продемонстрировало руководство этой больницы с самым строгим режимом, в отношении общественных контролеров. Это сразу снижает многие вопросы, помогает разрушить недоверие к психиатрии и психиатрам, понять специфику психиатрической службы и убедиться в том, что врачи понимают необходимость соблюдения прав пациентов и делают для этого все, что от них зависит.

Следующий семинар был проведен **27 и 28 мая в Омске**. На этот раз в организации семинара помимо НПА России приняли участие Томское региональ-

ное отделение Общероссийской общественной организации “Совет общественных наблюдательных комиссий” и Общественная наблюдательная комиссия Омской области.

Участникам мероприятия были предложены для изучения следующие темы: концепция и стандарты соблюдения прав человека; соответствие российского законодательства, регулирующего права лиц с психическими расстройствами, международным стандартам; права граждан с психическими расстройствами; деятельность ОНК в ПБ; работа юриста и адвоката по защите прав психических больных; изучение медицинской карты пациента при посещении ПБ и экспертных отделений; организация командной работы по мониторингу психиатрических больниц и экспертных отделений.

В работе семинара участвовали сотрудники аппаратов Уполномоченных по правам человека и ребенка Омской области, психиатрических учреждений Омской области, адвокаты и юристы, члены Общественной наблюдательной комиссии Омской области. За два дня в мероприятии приняли участие более 30 человек, в том числе on-line по системе ZOOM.

И, наконец, заключительным аккордом в обучении членов ОНК основам общественного контроля за обеспечением прав человека в психиатрических лечебных и экспертных учреждениях стал всероссийский семинар, который состоялся в Москве 5 – 6 июня 2021 г. На семинар были приглашены те члены ОНК, которые не участвовали ранее в региональных семинарах и не имели опыта посещений ПБ. Заявленная тема вызвала большой интерес, и в результате на семинар приехали 86 человек из 41 субъекта Российской Федерации. Целью семинара было обучить членов ОНК методикам эффективного общественного контроля за обеспечением прав человека в психиатрических стационарах и экспертных учреждениях, а также конструктивному взаимодействию с государственными органами.

Первый день семинара был организован по традиционному принципу лекций и презентаций, хотя много времени было выделено и на ответы на вопросы присутствующих. Участникам напомнили, что они контролируют обеспечение прав человека, и показали, какие права человека в психиатрических стационарах нарушаются прежде всего. Исполнительный директор НПА России выступила с презентацией на тему: “Деятельность ОНК в психиатрических учреждениях: основы контроля, возможности и ограничения, специфика по сравнению с местами лишения свободы”, а руководитель юридической службы НПА рассказала о правовых основах применения недобровольной госпитализации и мер принуждения в психиатрии и объяснила, как работать с медицинскими документами при посещении психиатрических стационаров и экспертных отделений. Присутствующих также познакомили со спецификой

Л. Н. Виноградова

психиатрических учреждений, типами отделений и режимов содержания, основами общения с пациентами, особенностями экспертных отделений.

Почетные гости и эксперты семинара заведующий ПНД со стационаром Ростовской области В. Н. Соколовский и главный врач Волгоградской ПБ специализированного типа с интенсивным наблюдением Т. А. Кузнецова рассказали о том, как работают их больницы, как соблюдается баланс между обеспечением безопасности и соблюдением прав человека, как они понимают уважение человеческого достоинства пациентов, как организуются социально-реабилитационные мероприятия. Возможность пообщаться с руководством психиатрических больниц в неформальной обстановке, задать все интересующие их вопросы, позволила присутствующим членам ОНК преодолеть свое настороженное отношение к психически больным и психиатрии в целом и осознать необходимость общественного контроля соблюдения прав человека в ПБ и экспертных отделениях.

Второй день семинара был посвящен практической работе. Участников разделили на 4 группы, каждая из которых прорабатывала алгоритм посещения психиатрических больниц, изучала карту мониторинга, разработанную экспертами проекта, и учились составлять заключения по результатам посещений. Работу в группах вели региональные координаторы

проекта, имеющие большой опыт посещения психиатрических больниц и проведения семинаров.

Семинар закончился общим обсуждением практической работы, сессией вопросов и ответов, и подведением итогов двухдневной работы.

Все присутствующие оценили семинар как полезный и информативный, попросили прислать презентации и дополнительные материалы, выразили готовность приступить к посещениям психиатрических больниц и отметили необходимость проведения подобных семинаров в дальнейшем.

Итак, с марта по июнь 2021 г. было проведено шесть семинаров во Владивостоке, Новосибирске, Барнауле, Волгограде, Омске и Москве, и всего за период с октября 2020 по июнь 2021 г. было обучено более 300 членов общественных наблюдательных комиссий из 65 регионов Российской Федерации. Таким образом, можно сказать, что большая часть ОНК готова к осуществление своих новых полномочий и сможет посещать психиатрические учреждения на регулярной основе. На онлайн совещании всех председателей ОНК, организованном недавно Комиссией по безопасности и взаимодействию с ОНК Общественной палаты России, прозвучала высокая оценка семинара 5 – 6 июня и призыв разместить в свободном доступе все материалы по этой теме.

Л. Н. Виноградова

Всемирная психиатрическая ассоциация

в партнерстве с Психиатрической ассоциацией Колумбии
в сотрудничестве с Психиатрической ассоциацией
Латинской Америки

21-й всемирный конгресс по психиатрии

18 – 21 октября 2021 г.(онлайн)

<https://wcp-congress.com>

Обсуждение проблем соблюдения прав пациентов Северо-Западного региона

25 марта 2021 г. в офисе Уполномоченного по правам человека в Санкт-Петербурге А. А. Шишлова состоялся круглый стол на тему “Соблюдение прав человека в психиатрических лечебных и экспертных учреждениях Санкт-Петербурга: взаимодействие общественных наблюдательных комиссий и уполномоченных по правам человека с органами здравоохранения”. Несмотря на еще незакончившуюся пандемию, круглый стол оказался очень представительным: представители органов управления здравоохранением и руководители психиатрических учреждений, сотрудники органов прокуратуры, Росздравнадзора и Роспотребнадзора, члены общественных наблюдательных комиссий, представители адвокатского сообщества и независимые эксперты — всего 28 “живых” участников и 8 участвовали дистанционно.

Уполномоченный по правам человека в Санкт-Петербурге очень серьезно относится к соблюдению прав людей с психическими расстройствами, понимая, что это одна из самых уязвимых категорий граждан, и ей особенно нужна защита — не от психиатров — отношение к ним самое уважительное, но от необоснованного помещения в психиатрические стационары, которое фактически является лишением свободы. Когда аппарат получает жалобы о нарушениях прав людей с психическими расстройствами, его аналитический отдел внимательно разбирается, пытаясь понять некоторые плохо прописанные в законе нормы: с какого момента начинается недобровольная госпитализация? На каком основании психиатры порой не допускают адвокатов к их доверителям? И т.п.

Модератор круглого стола и член общественной наблюдательной комиссии Санкт-Петербурга Е. В. Шахова выступила с докладом “Первые посещения психиатрических стационаров: наблюдения и предварительные выводы”. По результатам посещений психиатрических больниц № 2, 3, 6 и ПБСТИН она отметила следующие нарушения:

- В течение многих месяцев были ограничены права пациентов на общение с родственниками, причем психиатрические власти приравняли членов ОНК к обычным посетителям и не допускали их в психиатрические стационары. Благодаря вмешательству уполномоченного по правам человека удалось получить разъяснения Роспотребнадзора о том, что запрет на посещения не касается тех лиц, которые посещают психиатрические больницы в соответствии с полномочиями, определенными федеральными законами. Лишь после этого членов ОНК стали допускать в психиатрические стационары.

- В связи с коронавирусом **в ряде стационаров были отменены прогулки**, причем эти ограничения

касаются, прежде всего, отделений общего типа. Однако, эта вынужденная пауза не была использована для приведения прогулочных двориков в приличный вид. В некоторых стационарах дворики плохо оборудованы, старые. В одном случае дворики находятся на крыше здания, где даже неба не видно.

- Общей проблемой для всех стационаров является **несоответствие нормы жилой площади 6 кв. метров на пациента**. В некоторых отделениях есть всего 3 м² жилой площади на пациента. Таким образом, все жизненное пространство пациента — это его кровать. И в таких условиях люди могут находиться годами!

Часто психиатрические отделения больниц находятся в старых зданиях, представляющих архитектурную ценность, поэтому привести их в соответствие со стандартами сложно. Стационары идут по более легкому пути, снижая коечную мощность отделений. В палате, где есть койки для 8 пациентов, могут содержаться только трое, однако из-за того, что пустые кровати не убраны, полезной площади не прибавляется. В ПБСТИН некоторые отделения находятся в старом корпусе — памятнике архитектуры, где одиночные палаты-камеры 5 – 7 м², в которых находятся 1 – 3 кровати, раковина и унитаз, ничем не отделенные друг от друга. С другой стороны, встречаются и большие палаты:

- общее женское отделение, в палате может быть размещено до 19 человек, кровати впритык друг к другу, тумбочек нет;

- отделение принудительного лечения: две палаты по 16 человек напротив друг друга, по сути 32 человека постоянно видят друг друга;

- наблюдательная палата 15 – 20 человек, внутри комнаты установлена раковина только с холодной водой и чаша Генуя, отделенная от окружающих лишь низкой перегородкой. Запах распространяется по всей палате.

- Другой проблемой является **доступ к информации**. Особо сложная ситуация с реализацией этого права в учреждениях, где пациенты находятся в палатах/камерах и не могут свободно перемещаться по отделению. Доступа к информационным стендам у них практически нет. Конечно, они могут мельком взглянуть на них, когда идут на прием к врачу, однако никто не будет стоять и ждать, пока пациент изучит закон о психиатрической помощи. В таких отделениях целесообразно разместить всю необходимую информацию прямо в палате. Кроме того, не на всех информационных стендах размещена актуальная и доступная информация об ОНК, Уполномоченном по правам человека и проверяющих организациях. Па-

Обсуждение проблем соблюдения прав пациентов Северо-Западного региона

циенты практически не обращаются в ОНК, Прокуратуру, к Уполномоченному, где-то им не выдают конверты, где-то ручку и бумагу, а чаще всего они просто не знают, что могут написать.

В правилах внутреннего распорядка можно встретить такую фразу: пациент в такой форме и на таком языке, которые ему понятны, и с учетом его состояния должен быть ознакомлен с Правилами при поступлении в учреждение либо в приемном отделении, либо в лечебном или лечебно-диагностическом отделении. Из общения с пациентами многих стационаров становится понятно, что **медицинский персонал подходит к вопросу информирования и разъяснения правил пациентам формально**, отбирая расписку о разъяснении правил и всей другой обязательной информации. Этую расписку пациент подписывает, не глядя. На самом деле ничего не разъясняется ни при поступлении, ни в дальнейшем.

• И еще одна важная проблема, это обеспечение приватности. Пациенты иногда имеют собственное белье и спальную одежду, но мужчины практически все находятся в больничных пижамах, и халаты обычно тоже больничные. Причем нахождение в больничной или собственной одежде связано не с тем, может пациент за собой следить или нет, а с его статусом: только поступил, переведен в наблюдательную палату, готовится к выписке. Необходимо как можно чаще содействовать **нахождению пациента в собственной одежде и использовать больничную только в случае отсутствия собственной или невозможности следить за чистотой в связи с состоянием**.

Во многих больницах из-за недостатка места у **пациентов нет собственных тумбочек**. В тех случаях, когда тумбочка есть, пациенты делят ее с двумя, третья, а то и с четырьмя другими пациентами. Ни в одном стационаре нет **запираемых тумбочек**, хотя это предусмотрено международным стандартом, и Европейский комитет против пыток отмечал это в своем последнем докладе, выпущенном по итогам посещения российских психиатрических стационаров осенью 2018 года. В результате, во многих отделениях пациент не может пользоваться своим плеером/радиоприемником и наушниками, сотрудники больниц запрещают, потому что “вещи могут сломать другие больные”. При наличии возможности безопасно хранить личные вещи, эта проблема исчезнет, и жизнь пациентов улучшится.

Проблема с обеспечением пациентов предметами гигиены особенно ярко проявляется, когда пациент из другого региона или у него нет никого, кто мог бы передать ему необходимые вещи, а денег тоже нет. Это касается, прежде всего, пациентов, находящихся на принудительном лечении и экспертизе. Они поступают, часто не имея предметов личной гигиены: зубной щетки, пасты, шампуня, женских гигиенических прокладок. В каждой больнице по-своему придумывают, как обеспечить всем этим. В качестве женских гигиени-

ческих средств для пациенток предусмотрена ветошь, что не соответствует современным представлениям о женских гигиенических средствах. Необходимо **закладывать в бюджет расход на средства личной гигиены, если у пациента нет возможности приобрести их за свой счет**.

В большинстве туалетов и душевых не обеспечена приватность. Перегородки между унитазами зачастую отсутствуют, захлопывающихся дверец нет, а душевых кабин мало. В дверях туалетов и душевых окна, и любой может наблюдать за тем, что происходит в туалете.

Наряду с этим, Е. В. Шахова отметила, что во всех больницах помещения для пациентов, как правило, были чистыми, теплыми, хорошо освещенными и вентилируемыми. Посторонние запахи отсутствовали, туалеты и ванные тоже были чистые. На клопов, тараканов никто не жаловался, и следов их присутствия не было. Многие отделения были отремонтированы или сотрудники сообщали, что ремонт будет очень скоро.

Таким образом, ситуация с физическими условиями в психиатрических стационарах в целом неплохая, однако с реализацией прав необходимо совместно работать.

Выступавший вслед за Е. В. Шаховой главный внештатный психиатр и главный врач ПБ № 3 им. И. И. Скворцова-Степанова А. Г. Софронов сказал, что он в основном согласен с наличием тех проблем, которые выявила и озвучила ОНК Санкт-Петербурга, и объяснил это “отсутствием динамического развития отрасли в течение десятилетий”. Он рассказал о рабочей группе при Общественной палате РФ, которая занимается подготовкой изменений и дополнений в Закон “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании” с целью совершенствования правового регулирования психиатрической помощи. В частности, предлагается расширить понятие “психиатрическая помощь”, заменив его “медицинской помощью людям с психическими расстройствами и расстройствами поведения” и сделать приоритетным направлением развития психиатрии охрану психического здоровья.

Начальник аналитического отдела аппарата Уполномоченного по правам человека в Санкт-Петербурге К. Е. Шарыгин напомнил о том, что в России до сих пор не создана независимая от органов здравоохранения служба защиты прав пациентов, упоминаемая в 38-ой статье закона, и рассказал о жалобах на нарушения прав при оказании психиатрической помощи, которые поступают от граждан.

Вице-президент Адвокатской палаты Санкт-Петербурга Т. В. Тимофеева и член Совета Адвокатской палаты С. В. Елисеева пожаловались на проблемы с допуском адвокатов к их доверителям в делах о недобровольной госпитализации. Представители психиатрической службы пытались объяснить свою позицию

Инициативы детских психиатров, психологов и общественности Красноярска

тем, что пациенты могут представлять опасность для себя и окружающих, однако в законе никакие ограничения на встречу пациента с адвокатом не содержатся: больница не только должна обеспечить такую встречу, но еще и выделить помещение для конфиденциальной беседы.

В своем заключительном слове исполнительный директор НПА России Л. Н. Виноградова обратила внимание присутствующих, что лечение не может сводиться к фармакотерапии. Психотерапия и терапия средой являются не менее важными составляющими, и с этой точки зрения, уважение человеческого достоинства — мощный лечебный фактор, который необходимо учитывать. Члены ОНК и представители психиатрической службы пока имеют разные приоритеты, но у них общие цели и задачи. То, что эти проблемы были озвучены, — гарантия продвижения вперед, и площадка уполномоченного по правам человека — лучшее место для подобного рода обсуждений. Мы надеемся что они будут продолжены.

26 марта 2021 года аналогичный круглый стол был проведен в Калининграде. Организаторы мероприятия: Общественная наблюдательная комиссия Калининградской области и Независимая психиатрическая ассоциация России. В работе Круглого стола приняли участие Уполномоченный по правам человека в Калининградской области Владимир Анатольевич Никитин, член экспертного совета при Уполномоченном по Правам человека в Российской Федерации Валентин Михайлович Гефтер, эксперт в области защиты прав человека в местах принудительного содержания Сергей Подузов, представители Министерства здравоохранения и психиатрической службы Калининградской области, члены ОНК Калининградской области,

адвокаты, юристы, ведущие эксперты Независимой психиатрической ассоциации России.

Уполномоченный по правам человека в Калининградской области В. А. Никитин проинформировал участников мероприятия о деятельности Уполномоченного по правам человека в защиту прав граждан, находящихся в психиатрических учреждениях Калининградской области, заверил членов ОНК о поддержке их деятельности по контролю за соблюдением прав граждан, находящихся в таких учреждениях. На недавней встрече членов ОНК с Уполномоченным по правам человека установлена договоренность о совместных проверках психиатрических учреждений области.

В ходе мероприятия анализировались изменения нормативной базы по общественному контролю за обеспечением прав человека в местах принудительного содержания: новые полномочия членов ОНК — контроль психиатрических учреждений.

Обсуждались темы эффективного контроля за обеспечением прав человека в психиатрических учреждениях. Обсуждались также механизмы взаимодействия между членами ОНК, Уполномоченным по правам человека в Калининградской области и руководством психиатрических учреждений и органов управления здравоохранением для обеспечения эффективного контроля за соблюдением прав человека в психиатрических лечебных и экспертных учреждениях. Если достигнутые договоренности будут соблюдаться, то общественный контроль за обеспечением прав человека в психиатрических учреждениях будет обеспечен. А обученные независимые наблюдатели в Калининградской ОНК уже имеются.

Инициативы детских психиатров, психологов и общественности Красноярска

С 2013 года, когда специалисты НПА России проверяли в Красноярске соблюдение прав детей-сирот при оказании им стационарной психиатрической помощи (<http://www.npar.ru/news/131107-krs.htm>), между детскими врачами Красноярского краевого ПНД и специалистами НПА установилось тесное сотрудничество. Неоднократно при поддержке общественных организаций детские врачи НПА проводили в Красноярске семинары, посвящённые оказанию помощи воспитанникам интернатных учреждений и приёмным семьям, а в марте 2019 года при участии научных сотрудников Московского НИИ психиатрии врачей Е. В. Кореня и Т. А. Куприяновой состоялся круглый стол, на котором совместно с представителями трёх министерств Красноярского края обсуждались вопросы перевода детей-сирот в детские психо-

неврологические интернаты. Примечательно, что спустя несколько дней вице-премьер Правительства Т. А. Голикова распорядилась проверить все ПНИ России на предмет соблюдения прав проживающих в них граждан.

После пережитой в 2020 году самоизоляции, 6 апреля 2021 года по инициативе Общественной палаты края в Красноярске состоялось совещание “**Реализация конституционных прав на образование детей с расстройствами интеллектуального развития в Красноярском крае**”, на которое были приглашены руководители всех учреждений для детей-сирот региона. Оно было посвящено обсуждению проблем, приводящих к переводу детей из детдомов в ПНИ и — что стало актуально теперь — связанных с их переводом из ПНИ обратно в детские дома.

Николай Щербаков

Главный специалист детский психиатр МЗ Красноярского края Е. А. Володенкова рассказала о проделанной за 2 года работе. Она лично обследовала воспитанников одного ДДИ для умственно отсталых детей, в результате чего были пересмотрены психиатрические диагнозы более 40 из них. Большинство этих детей в результате перевели в детские дома края — у некоторых не только не подтвердилась умеренная умственная отсталость (УО), выставленная им перед помещением в ДДИ, но и, более того, уровень их интеллекта оказался соответствующим возрастной норме (у 6 детей из 60 обследованных). Елена Александровна посетовала на системные трудности в сопровождении сирот, прежде всего в сфере образования (проблемы организации инклюзии в общеобразовательных школах, “бухгалтерские” подходы в ущерб реальным интересам детей, отсутствие стандарта программы 7 вида (для детей с ЗПР) до 9 класса и т.д.), и напомнила, что одна школьная неуспешность не может свидетельствовать об умственной отсталости ребёнка (процент детей с УО в Красноярском крае традиционно выше, чем в целом по РФ, хотя в последние годы заметно снижается). Диагностика УО — один из самых сложных вопросов детской психиатрии, подчеркнула она.

Приглашённые на совещание сотрудники Московского НИИ психиатрии Т. А. Куприянова и Е. В. Корень поддержали коллегу и рассказали о своём опыте участия в работе комиссии Центра им. В. П. Сербского, в составе которой они инспектировали ряд ПНИ в других регионах России, подчеркнув, что существующие там проблемы весьма схожи и во многом носят системный характер. Особо отметили они недостаток квалифицированной психолого-педагогической помощи самым маленьким, дошкольного возраста, воспитанникам ДДИ.

Участовавшие в совещании общественные организации готовы помочь в адаптации детей, переведённых из ДДИ в детские дома, а также сопровождать как “трудных” воспитанников детдомов, так и работающих с ними педагогов, чтобы своевременно предупредить усугубление проблем и перевод детей обратно в ДДИ.

По результатам совещания были подготовлены следующие рекомендации профильным министерствам.

1. Поскольку в федеральном законодательстве нет указания на конкретный диагноз для помещения детей в ПНИ (имеется лишь указание, что это дети-инвалиды), а конкретные диагнозы установлены на уровне Министерства социальной политики Красноярского края, необходимо пересмотреть эти показания на уровне краевого министерства. При этом нужно предусмотреть, что в случае улучшения психического состояния ребенка, находящегося в ДДИ для умственно отсталых детей, и смены диагноза на легкую умственную отсталость или задержку психического развития (ЗПР), необходимо определить,

к какому классу обучения по рекомендуемой психолого-медицинско-педагогической комиссией (ПМПК) новой программе обучения соответствует уровень ЗУН (знания, умения, навыки) ребенка, и начать его обучение по этой программе **непосредственно в ДДИ**, пока ребенок ожидает места в детском доме.

2. При трудностях адаптации нужно пролонгировать пребывание ребенка в ДДИ до 6 месяцев (но не дольше, поскольку ребенок не сможет адаптироваться к детскому дому при длительном пребывании в ДДИ), чтобы он смог постепенно перейти на более “трудную” программу обучения без смены привычного окружения, чтобы минимизировать стресс. При необходимости оставлять детей на повторный год обучения, если новая программа слишком трудна для освоения.

3. При переводе ребенка из ДДИ в детский дом организовывать ему индивидуальное психолого-педагогическое сопровождение с целью улучшения адаптации, устранения пробелов в знаниях, формирования навыков самообслуживания и продуктивного копинга (совладающего поведения) и т.д.

4. Внести изменения в Федеральный Закон об образовании в РФ от 29.12.2012 № 273-ФЗ: при назначении адаптированных общеобразовательных программ нужно исходить не из медицинского диагноза обучающегося, а из его способностей и трудностей в обучении. Есть дети, которые не имеют диагноза умственной отсталости, но не могут обучаться по общеобразовательной программе в силу других причин.

5. Решать вопрос о переводе ребенка из семьи или детского дома в ДДИ для умственно отсталых детей возможно только после проведения всех реабилитационных мероприятий и наблюдения ребенка в динамике. При устройстве ребенка в ДДИ для умственно отсталых детей необходимо обязательно провести диагностику интеллекта по методике Вексслера.

6. Проводить осмотры детей в ДДИ врачом-психиатром не менее 1 раза в 6 месяцев и при необходимости назначать экспериментально-психологическое исследование (ЭПИ) с целью отслеживания динамики развития ребенка и в случае улучшения его психического состояния изменять программу реабилитации и своевременно выводить на ПМПК для изменения условий и программы обучения.

7. Министерству образования РФ — разработать и принять на федеральном уровне стандарт образовательной программы 7 вида (для детей с ЗПР) до 9 класса включительно: его отсутствие нередко приводит в Красноярском крае к выставлению детям, особенно сиротам, диагноза “УО лёгкой степени”, поскольку с программой средней школы многие дети, имеющие ЗПР, не справляются; в результате им выставляют F70 и учат по программе 8 вида, что негативно влияет на их образовательные перспективы.

Николай Щербаков (Красноярск)

РЕКОМЕНДАЦИИ

Вебер Макс. Конфуцианство и даосизм. — СПб., 2017.
Фуллер Стив. Постправда. Знание как борьба за власть. — М., 2021.
Фуко Мишель. Говорить правду о самом себе. — М., 2021.
Бенуа Ален де. Вперед! К прекрасному будущему. — М., 2021.

* * *

Баумгартен А. Г. Эстетика. — М., 2021.
Лифшиц М. Лекции по теории искусства. — ИФЛИ, 1940. М.: Гnosis, 2021.
Зотов С. О., Майзульс М., Харман Д. Страдающее средневековье. Парадоксы христианской иконографии. — М., 2021.
Вдовина Г. В. Химеры в лесах схоластики. — М., 2021.
Митр. Антоний Сурожский. Христианство и “церковничество” — М., 2021.

* * *

Сорокин Питирим. Кризис нашего времени. Россия и Соединенные Штаты — СПб., 2021.
Фридман Дэвид. Механизмы свободы: пособие по радикальному капитализму — М., 2021.
Юдин Григорий. Общественное мнение или власть цифр. — СПб., 2020.

* * *

Научное рецензирование в гуманитарных науках. — М., 2020.
Знудов Е. В. Македонская фаланга. Реальность интереснее мифов. — СПб., 2020.
Мэйсон Дж., Бёртон Л., Стэйси К. Математика — это просто 2.0. Думай математически. — М., 2019.
Гийо А., Мейе Ж.-А. Бионика. Когда наука имитирует природу. — М., 2020.
Бейнтал Д. Ж. Конструируем роботов (в 4 книгах). — М., 2021.

* * *

Маккиннон Р. А., Майлс Р., Бакли П. Психиатрическое интервью в клинической практике. — М., 2021.
Смuleвич А. Б. Негативные расстройства в психопатологическом пространстве шизофрении. — М., 2021.
Насырова Р. Ф., Незнанов Н. Г. (ред.). Клиническая психофармакогенетика. — СПб., 2020.
Сэдок Б. Дж., Сассмэн Н., Сэдок В. Э. Руководство Каплана и Сэдока по медикаментозному лечению в психиатрии. — М., 2021.
Экспериментаторы сознания. Документы 1840 – 1960. Chaoss Press, 2021.
Мозер Ульрика. Чахотка. Другая история немецкого общества. — М., 2021.

* * *

Мещеряков А. Н. Страна Япония (в трех томах). — М.-СПб., 2020.
Кузнецов Алексей. Суд да дело. Судебные процессы прошлого. — М., 2020.
Прайсман Л. Г. Дело Дрейфуса. — СПб., 2020.
Тополянский В. Д. Изнанка покушения. — М., 2021.
Соладарь В. А. Очищение нации. Насильственные перемещения населения и этнические чистки в Румынии в период диктатура Иона Антонеску (1940 – 1944) — СПб., 2020.
Абрамкин В. Ф. Романтик тюрьмы. — М., 2021.

ABSTRACTS

XVII Congress of Russian Psychiatrists

An analysis of the Congress of psychiatrists of Russia, which took place on May 15 – 18, 2021 in St. Petersburg, through the eyes of eight participants, is presented. The Congress was very successful, but for the first time it was marked by a complete disregard for the Independent Psychiatric Association of Russia (IPA), whose human rights activities were attributed to the Russian Society of Psychiatrists. The heading “Documents of Epoch” presents the correspondence of the IPA with the organizing committee of the Congress, expressively demonstrating the social situation in the country.

ICD-11 as a Paradigm Shift Phase in the Classification of Mental Disorders

V. N. Krasnov

Classifications of mental disorders change every 20 – 30 years. This fact requires analysis taking into account changes in the epidemiological situation and changes in the organizational structure of mental health service, and development of its technical and human resources. The preliminary analysis of these changes presented in the article using the example of ICD-11 gives us reason to believe that they are almost unrelated to the diagnostic process improvement. On the contrary, each new classification is characterized by an increasing formalization and simplification of the criteria for separate clinical forms. The inevitable losses of clinical accuracy in the psychopathological assessment of disorder are compensated for increasing opportunities to deliver care to much larger number of patients.

Key words: classification of mental disorders, ICD-11, paradigm shift.

Against the devaluation of the concept of “comorbidity”

Yu. S. Savenko

The expansive use of the concept of “comorbidity” in relation to different-level, different-quality and different-sized clinical and pathogenetic forms is shown, up to its identification with a high intercorrelation of elementary symptoms of one disease, which devalues this concept itself.

Key words: comorbidity in somatology and psychiatry.

“Hospitalize, carry out treatment until recovery” (On the legality of court decisions in cases of involuntary hospitalization)

Yu. N. Argunova

The issue of the legality of the court’s conclusions contained in the operative part of decisions on involuntary hospitalization in a psychiatric hospital is considered. It is concluded that it is unlawful to indicate in this part of the court decision the goals, terms of hospitalization, conditions for completion of treatment and discharge from the hospital, the diagnosis of the patient. Examples from judicial practice demonstrate the errors of the courts in determining the beginning of the course of the hospitalization period.

Key words: involuntary hospitalization in a psychiatric hospital; the court’s decision.