

ISSN 1028-8554

НЕЗАВИСИМАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ АССОЦИАЦИЯ РОССИИ
INDEPENDENT PSYCHIATRIC ASSOCIATION OF RUSSIA

**НЕЗАВИСИМЫЙ
ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ**

**INDEPENDENT
PSYCHIATRIC
JOURNAL**

**ВЕСТНИК НПА
IPA HERALD**

III

2021

МОСКВА

**СПЕЦИАЛИСТЫ
НЕЗАВИСИМОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ АССОЦИАЦИИ РОССИИ
ведут прием граждан
по вопросам нарушения прав лиц с психическими расстройствами
и их родственников**

(общественная приемная):

по средам — с 14 до 18 час.

Москва, Лучников пер., 4, под. 3, оф. 7. (М: Лубянка/Китай-город)

тел. **(495) 625-0620**

Комиссия специалистов (по предварительному назначению)
работает по вторникам с 16 до 20 час., там же.

Телефон для справок: (495) 625-0620; E-mail: info@npar.ru

*Адрес для корреспонденции: 101000, Москва, Лучников пер., 4, под. 3,
НПА России.*

ВНИМАНИЕ!

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

Новый индекс — 83180

**по Объединенному каталогу Пресса России (стр. 196)
или на сайте**

https://www.pressa-ri.ru/cat/1/edition/t_s83180/

ISSN 1028-8554

НЕЗАВИСИМАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ АССОЦИАЦИЯ РОССИИ
INDEPENDENT PSYCHIATRIC ASSOCIATION OF RUSSIA

**НЕЗАВИСИМЫЙ
ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ**

**INDEPENDENT
PSYCHIATRIC
JOURNAL**

**ВЕСТНИК НПА
IPA HERALD**

III

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 10.09.2021. Подписано в печать 24.09.2021. Формат 60×84 1/8.
Бумага типографская офсет № 1. Гарнитура “Таймс”. Печать офсетная.
Заказ № 2021-3-ИРА.

Цена свободная

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

© НПА России, 2021

СОДЕРЖАНИЕ

120-ЛЕТНИЕ ЮБИЛЕИ РОССИЙСКО-УКРАИНСКОЙ ПСИХИАТРИИ	
Александр Соломонович Шмарьян и психирургия как эхо Павловской сессии	5
Нина Павловна Татаренко	9
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ	
Семиотика психических и поведенческих расстройств (диагностический и коммуникационный аспекты) — В. И. Крылов (СПб)	12
Мир советской психиатрии — Уолтер Райх (США)	16
ИЗ КЛАССИЧЕСКОГО НАСЛЕДИЯ	
Вольфганг Бланкенбург. Феноменологический подход	24
КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ	
Шизофрения или шизофреноформная маска депрессии? — А. А. Шмилович, Е. Ю. Бурлак	33
ПСИХИАТРИЯ И ПРАВО	
Эвакуация?.. Или недобровольная госпитализация? — Ю. Н. Аргунова	48
Как понудить судебные органы принимать правосудные решения? — Комментарий к ответу Верховного суда РФ на Обращение НПА — Ю. Н. Аргунова	54
ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА	
Судебные психиатры Якутии последовали советскому сценарию	56
Заключение специалистов Б. Н. Пивень, Ю. С. Савенко и Л. Н. Виноградовой	57
Заключение специалиста И. Э. Гушанского	59
ПСИХОТЕРАПИЯ	
XXV Консторумские чтения: Мифология болезни — взгляд психотерапевта. Часть 2.	64
ДОКУМЕНТЫ ВРЕМЕНИ	
О применении лейкотомии в лечебных психоневрологических учреждениях. Стенограмма заседания Президиума УМС МЗ СССР 30 ноября 1950 г.	72
ОТКЛИКИ, ДИСКУССИИ	
Откровения о прошлом, настоящем и будущем психиатрии — Ю. С. Савенко	76
О фантомных нозологических единицах и особенностях их происхождения — Б. В. Воронков (СПб)	78
О методологических аспектах проведения патопсихологических исследований и интерпретации их результатов — Н. А. Шатайло (Днепр, Украина)	81
ХРОНИКА	
Отмена лицензирования психотерапевтов	84
Общественность и должностные лица обсуждают бедственное положение психиатрической службы Приморья	84
Круглые столы в Нижнем Новгороде, Москве, Екатеринбурге, Перми, Волгограде, Томске	86
ВОСПОМИНАНИЯ	
К 60-летию моей профессиональной деятельности и 120-летию отца, проф. С. Н. Савенко, как ее истоку и фундаменту	87
НЕКРОЛОГИ	
Николай Алексеевич Корнетов	92
Сергей Адамович Ковалев	94
РЕКОМЕНДАЦИИ	97
АННОТАЦИИ	98

CONTENT

120-TH ANNIVERSARIES OF THE RUSSIAN-UKRAINIAN PSYCHIATRY	
Alexander Solomonovich Shmaryan and psychosurgery as an echo of the Pavlov session	5
Nina Pavlovna Tatarenko	9
URGENT PROBLEMS OF PSYCHIATRY	
Semiotics of mental and behavioral disorders (diagnostic and communication aspects) —	
V. I. Krylov (St. Petersburg).	12
World of Soviet Psychiatry — Walter Reich (USA)	16
FROM THE CLASSICAL HERITAGE	
Wolfgang Blankenburg. Phenomenological approach	24
DISCUSSION OF A CLINICAL CASE	
Schizophrenia or schizophreniform depression mask? — A. A. Shmilovich, E. Yu. Burlak	33
PSYCHIATRY AND LAW	
Evacuation?.. Or involuntary hospitalization? — Yu. N. Argunova	48
How to compel the judiciary to make fair decisions? — Commentary on the response	
of the Supreme Court of the Russian Federation to the Appeal of the IPA — Yu. N. Argunova	54
FROM THE EXPERT'S DOSSIER	
Forensic psychiatrists in Yakutia followed the Soviet scenario	56
Conclusion of specialists B. N. Piven, Yu. S. Savenko and L. N. Vinogradova	57
Conclusion of the specialist I. E. Gushansky	59
PSYCHOTHERAPY	
XXV Konstorum Readings: The Mythology of Disease — the View of a Psychotherapist. Part 2	64
DOCUMENTS OF EPOCH	
On the use of leukotomy in medical psycho-neurological institutions.	
Transcript of the meeting of the Presidium of the Scientific Medical Council	
of the USSR Ministry of Health on November 30, 1950	72
RESPONSES, DISCUSSIONS	
Revelations about the past, present and future of psychiatry — Yu. S. Savenko	76
About phantom nosological units and features of their origin — B. V. Voronkov (St. Petersburg)	78
Methodological aspects of pathopsychological research and interpretation of their results —	
N. A. Shatailo (Dnipro, Ukraine)	81
CHRONICLE	
Cancellation of licensing of psychotherapists	84
The public and officials discuss the plight of the Primorye psychiatric service	84
Round tables in Nizhny Novgorod, Moscow, Yekaterinburg, Perm, Volgograd, Tomsk	86
MEMORIES	
On the 60th anniversary of my professional activity and the 120th anniversary of my father,	
prof. S. N. Savenko, as its source and foundation	87
OBITUARIES	
Nikolay Alekseevich Kornetov	92
Sergey Adamovich Kovalev	94
RECOMMENDATIONS	97
ABSTRACTS	98

120-ЛЕТНИЕ ЮБИЛЕИ РОССИЙСКО-УКРАИНСКОЙ ПСИХИАТРИИ

Александр Соломонович Шмарьян (1901 – 1961) и психиририя как эхо Павловской сессии



То, как представлены такие события, как Павловские сессии 1950 и 1951 годов и такая ее главная жертва как А. С. Шмарьян, в текущей психиатрической литературе, хорошо выражает нашу современность и при том достаточно конкретно в отношении разных профессиональных сообществ и персоналий, так как аналогичные погромные сессии прошли почти по всем дисциплинам. Но это эхо не утихает только в психиатрии, где Павловской сессии исполнилось 70 лет¹. Спустя 35 лет мы не находим в 27-ом томе БМЭ 1986 г. имени Шмарьяна среди многих несравнимо менее заслуженных. Более того, даже сейчас, спустя еще 35 лет, в трехтомной «Истории отечественной психиатрии» Ю. А. Александровского, в ее 2-ом переработанном издании 2020 г. Шмарьяну отведено треть, а лоботомии полстраницы в духе 60-х годов. Намного содержательнее текст в Википедии, но в Интернете гуляет его нарочито малограмотный якобы перевод на русский язык в духе казарменного юмора.

Александр Соломонович Шмарьян родился в 1901 г. в местечке Махновка Винницкого уезда Подольской губернии в семье служащего. В 1920 г. окончил гимназию, занимался культпросветработой

в отряде продразверстки, участвовал в подавлении кулацкого восстания в Ямпольском уезде и акциях военного коммунизма в Виннице. В 1922 – 27 годах успешно учился на лечебном факультете Киевского медицинского института, посещая психиатрический кружок проф. Е. А. Копытынского и работая в патогистологической лаборатории выдающегося нейропатоморфолога Л. И. Смирнова, который был прозектором Киевской психиатрической больницы («Кирилловка»), ординатором которой работал и Шмарьян, ставший аспирантом известного невропатолога акад. Б. Н. Маньковского. В 1930 г. он переезжает в Москву и начинает работать старшим научным сотрудником Института ВНД при Комакадемии. Уже с 1932 г. А. С. Шмарьян становится зам. заведующего психиатрической клиники кафедры В. А. Гиляровского во Всесоюзном институте экспериментальной медицины (ВИЭМ) и консультантом-психиатром Института нейрохирургии НКЗ РСФСР, организатором которого в 1932 г. был вместе с Н. Н. Бурденко В. В. Крамер², зачинатель отечественной клинической топической диагностики применительно к задачам нейрохирургии, без которого Бурденко не делал ни одной операции. С 1932 г. Шмарьян по приглашению В. Крамера и Н. Бурденко заведует отделением психопатологии Института нейрохирургии. После смерти Крамера его с 1938 г. заменил для Бурденко Л. И. Смирнов, которого он вытребовал из Харькова, а Шмарьян с 1938 г., после защиты докторской диссертации (1937 г.) занял место Крамера как руководителя нейропсихиатрической клиники, а с 1941 по 1949 г. научного руководителя всего Центрального НИИ психиатрии НКЗ РСФСР. Его выбирают в президиум Всесоюзного общества невропатологов и психиатров и в Правление Союзного и Республиканского обществ, зам. главного редактора журнала «Невропатология и психиатрия», а в 1943 – 49 гг. он главный

² Василий Васильевич (Вильгельм Вильгельмович) Крамер (1871 – 1935) — выдающийся невропатолог, сотрудник В. К. Рота и Л. С. Минора, мастер топической диагностики, автор основополагающей монографии «Учение о локализации. Головной мозг» (М., 1929), лечащий врач Ленина, организатор Института нейрохирургии, а в 1921 г. Института психиатрии, который в 1935 – 1940 гг. носил его имя (см. о нем НПЖ 2006, вып. 1).

¹ На ее 60-летие НПЖ откликнулся в 2011 г., вып. 3.



Психиатрический кружок Киевского медицинского института 1926 г., все восемь членов которого стали докторами медицинских наук, а шесть — профессорами. Сидят: Гальперина, проф. Л. И. Смирнов, проф. Е. А. Копыстынский; А. С. Шмарьян. Стоят: А. Л. Абашев-Константиновский, С. А. Ротенберг, П. Лепихов, Д. Е. Столбун, С. Н. Савенко, Шмаль (1926 г.)

психиатр МЗ СССР и член Президиума Ученых советов МЗ СССР и МЗ РСФСР. Накануне войны он опубликовал программные работы «Фашизм в психоневрологии» (1935), «Психопатологические синдромы при поражениях височных долей мозга» (1940), а в годы войны в организованном им Томском специализированном госпитале — базе Московского института психиатрии в эвакуации — о психических расстройствах при черепно-мозговой травме со своей ученицей Р. Г. Голодец. Под руководством Шмарьяна были выполнены работы по клинике и психопатологии «лобных» синдромов (Ю. Б. Розинский), височных поражений (Н. М. Вяземский), шизоэпилептических синдромов (Л. П. Лобова), дизэнцефальных расстройств (М. О. Герцберг), псевдопаралитических синдромов (М. Т. Белоусова, П. Б. Посвянский). После войны Шмарьян стал инициатором внедрения ме-

тода префронтальной лейкотомии³ и убедил заняться этим Б. Г. Егорова⁴. В 1948 г. на III Всесоюзном съезде невропатологов и психиатров в Москве прозвучал доклад Б. Г. Егорова, А. С. Шмарьяна и П. Е. Снесарева «Хирургическое лечение шизофрении методом лобной лейкотомии». **На основе анализа свыше 100 таких операций авторы — ведущие специалисты каждый в своей области — признали метод префронтальной лейкотомии принципиально допустимым, но только в руках опытных нейрохирургов и в случае, когда никакая другая терапия не дает эффекта и поражение признается необратимым.** Лейкотомия начала использоваться в Ленинграде и Горьком, Киеве и Харькове, Алма-Ате, Свердловске, Ростове-на-Дону и др. В 1948 г. Шмарьяна в 1949 г. — классическую монографию «Мозговая па-

³ Впервые осуществлена в Швейцарии в 1888 г., а в России в 1907 г. эстонским нейрохирургом Людвигом Пуссепом в открытой В. М. Бехтеревым первой нейрохирургической клинике, но оба отказались от нее.

⁴ Борис Григорьевич Егоров (1892 – 1972) — выдающийся нейрохирург, академик-секретарь отделения клинической медицины АМН СССР, с 1948 г. директор Института нейрохирургии и председатель Правления Всесоюзного общества нейрохирургов и главный нейрохирург Минздрава. Пионер психохирургии в СССР, разработал свою визуально-контролируемую модификацию префронтальной лейкотомии. Активно противостоял увольнениям ученых-евреев даже во время «дела врачей».

тология и психиатрия. Опухоли головного мозга и учение о локализации. Том 1».

Во время Павловской сессии А. С. Шмарьян, М. О. Гуревич, Р. Я. Голант, многие другие учёные подверглись травле. А. В. Снежневский заявил, что они «не разоружились и продолжают оставаться на старых антипавловских позициях, нанося этим тяжёлый ущерб советской научной и практической психиатрии», а вице-президент АМН СССР Н. Н. Жуков-Вережников обвинил их в том, что они «неустанно припадают к грязному источнику американской лженауки». Научные работы А. С. Шмарьяна были названы «идеалистическими», он был обвинен в насаждении и пропаганде вредных теорий, чуждых природе и духу советской науки.⁵

После Павловской сессии руководимая А. С. Шмарьяном клиника нейропсихиатрии была ликвидирована, а сам он отстранен от научной деятельности. С 1951 года, после тяжелого правополушарного инсульта, Александр Соломонович не сломился и работал консультантом в Московской психиатрической больнице им. П. П. Кашенко. Спустя 10 лет, в 1961 г. он скончался. Уже после этого вышла его (в соавторстве) монография «Субдуральные гематомы» (1961).

Итогом деятельности Шмарьяна было:

- окончательное опровержение представления, что поражение височных долей является «немой зоной» мозга (1940);
- описание различия нарушений сознания при повреждении срединно-стволовых и полушарных структур мозга (1939);
- выделение характерного для органических поражений головного мозга синдрома отчуждения восприятия собственной речи с прекардиальной тоской и гиперпатией (1934);
- хотя префронтальная лейкотомия продержалась в Советском Союзе всего три года, возглавляемая Шмарьяном группа оставила самое подробное во всей мировой литературе описание до- и после операционного психического состояния больных шизофренией, перенесших префронтальную лейкотомию (Р. Г. Голодец, 1948; С. И. Гольденберг, 1948; Б. В. Зегайрник, П. Я. Гальперин, 1948; А. Р. Лурия, Ю. Б. Родзинский, 1948; В. С. Сурат, 1949)⁶;

Шмарьян дал систематическое описание психопатологических расстройств при опухолях головного мозга различной локализации, эпилепсии и травмах головного мозга, в частности, наиболее яркое после А. Ветцеля клиническое описание «синдрома гибели мира». Он писал: «Психотическое является выражением сложного переслаивания очагового, общемозгового и общесоматического (мы предпочитаем употреблять термин «общепатогенетического»)». Клиническая картина и течение синдромов определяется не только локализацией поражения, но и качественным характером процесса, его интенсивностью, ...пластичностью и компенсацией мозга. (Так, огромное значение имеет фактор времени в функциональном приспособлении). Тот же лобный синдром по-иному выражен в случаях менингиомы, астроцитомы или мультиформной глиобластомы... Если при последней преобладают экзогенные общеорганические типы реакций с бурным течением (галлюцинозы, делирии, спутанность, эпилептиформные состояния возбуждения, оглушенность, корсаково-подобные синдромы), то при менингиоме или олигодендроглиоме выступают больше гомонимные картины (эпилептические, шизофреноподобные, шизоэпилептические, галлюцинаторные и витально-дистимические... Признаком функциональной недостаточности нервнопсихической деятельности является преобладание пароксизмальности, фазности течения». «Очаговость поражения дает по преимуществу дефекты функций при известной сохранности личности и приспособления к реальности. Исключение составляет поражение лобной коры».

Хотя в 1949 г. Шмарьян отмечал непродуктивность противопоставления церебрально-патологического направления Мейнерта, Вернике, Клейста, Пётцля и др., эндогенезу, конституционализму и общепатогенетическим представлениям Крепелина и авторов IX тома руководства Бумке, но его заявление, что «классические исследования Павлова, Орбели, Быкова подняли на значительную теоретическую высоту анатомо-физиологическое направление и учение о локализации в психопатологии», как и славилы Сталину, не помогли. Психохирургия после первой Павловской сессии приказом Минздрава 09.12.1950 была запрещена⁷ и стала пугалом. Ее место проясняет

⁵ Психиатры, защитившие диссертации по этой тематике, были лишены ученых степеней.

⁶ Т. А. Доброхотова. «Нейропсихиатрия». М., 2006

⁷ В третьем томе «Истории отечественной психиатрии» Ю. А. Александровского ошибочно помещен другой приказ от 06.12.1951. Запрет лоботомии последовал спустя всего год после того, как португальский нейрохирург Эгаш Мониш (Egas Moniz, 1874 – 1955), изобретатель в 1927 г. церебральной ангиографии и каротидной ангиографии, а в 1936 г. своей модификации префронтальной лейкотомии для лечения некоторых психозов, был удостоен Нобелевской премии. Один из соперированных им больных выстрелил в Мониша, оставив его тяжелым инвалидом из-за повреждения позвоночника. В том же 1936 г. в США лоботомию ввел W. Freeman, вскоре разработавший технику без трепанации — трансорбитальную лейкотомию. Она широко распространилась в 40-е годы, резко сузилась в 50-е в связи с появлением нейролептиков, но уже с 60-х годов, с развитием микро-нейрохирургии, начала все более широко использоваться, особенно передняя цингулотомия и таламотомия с микродеструкцией дорсального и медиального ядер таламуса.

фундаментальное медико-историческое исследование Болеслава Лихтермана «Нейрохирургия. Становление клинической дисциплины» (М., 2007) и статья Л. Б. Лихтермана, Б. Л. Лихтермана «История запрета психиатрии в СССР» («Вопросы нейрохирургии», 2001, 2, 35 – 39).

Центральный докладчик Павловской сессии 1951 г. А. Г. Иванов-Смоленский, конечно, не упомянул, что резкая критика в отношении «механистической опасности» в 1937 г. со стороны М. О. Гуревича, А. С. Шмарьяна, А. Б. Александровского и мн. др. адресовалась его работам, а не И. П. Павлова.

Такие программные сессии как Павловская не были единственным явлением, а — начиная с октябрьского переворота — очередной волной, в которой актуализировались предыдущие — ВАСХНИЛовская и антисемитские кампании, начавшиеся после войны и достигшие апогея в 1953 г. Только смерть Сталина приостановила готовившуюся депортацию евреев «по их просьбе». Почти все главные мишени и жертвы Павловских сессий — А. С. Шмарьян, М. О. Гуревич, Р. Я. Голант, М. А. Гольденберг, А. М. Гринштейн и др. были евреями. Эта подоплека документально зафиксирована в частности в Докладной записке Секретариата ЦК ВКП(б) Г. М. Маленкову в 1950 г.⁸

Что касается вопроса о психиатрии по существу, то:

– теоретические представления о локализации функции и так. наз. их центрах в головном мозге не тождественны их чисто технико-хирургическому значению;

– **выводы Шмарьяна**, его сотрудников, нейрохирургов и других коллег относительно результатов

психиатрических операций **вообще корректны и легко выдерживают любую критику;**

– **критику психиатрии** наиболее убедительно и радикально парировали Б. Г. Егоров и Л. А. Корейша тем, что она **в равной мере могла бы адресоваться ко всей мозговой нейрохирургии** и, добавим, ко всей кардиохирургии, как механическому вмешательству в два самых жизненно важных органа;

– **согласно зарубежному опыту**, благодаря усовершенствованиям, а не запретам, выяснилось, что **в наше время психиатрия и ЭСТ — это самые эффективные и безопасные способы лечения тяжёлых депрессий, эпилепсии, двигательных obsessions, протопатических и болевых синдромов** (Гарольд Каплан, Бенджамин Сэдок). А у нас до сих пор на одних ядрах таламуса оперировать можно — это нейрохирургические операции тяжёлых форм паркинсонизма, а на соседних, при некурабельных двигательных навязчивостях — нельзя, так как это психиатрия.

Кампании советской власти и ее запреты на три четверти века отбросили нас по многим позициям на десятилетие назад, исковеркали и сократили жизнь множества выдающихся и простых людей, не считаясь ни с ними, ни с их потенциалом, и уродуя сотрудничеством с собой. Выразительное свидетельство этого приведено в разделе «Документы времени».

Приношу благодарность проф. Б. Л. Лихтерману за предоставление многочисленных собранных им материалов по теме этой работы.

Ю. С. Савенко

⁸ Опубликовано в «Дневнике психиатра» (М., 2013, № 2, с. 30) и в «Истории отечественной психиатрии Ю. А. Александровского (т. 3, М., 2020, с. 170). В разгар антисемитской кампании А. А. Портнов, благодаря письму в Медицинскую газету с «разоблачением» еврейских имен и отчествов известных психиатров — жён профессоров Московского НИИ психиатрии, занял место зав. кафедрой вместо М. А. Гольденберга в Горьком, а затем его письмо в «Правду», пересланное министеру здравоохранения, вызвало цепь событий против, в первую очередь, Шмарьяна, Гуревича и Голанта (учителя Портнова) в результате чего он сменил Шмарьяна в качестве главного психиатра Минздрава.

Выразительная тенденция!

Спустя 25 лет обвинения конкурентов РПЦ в причинении вреда «психическому здоровью» переросли во «вред здоровью» и даже «психологическое воздействие» (!) и квалифицируются как «экстремизм», т.е., политизация свободы совести усугубляется!

*См. статью Александра Солдатов в «Новой газете»,
№ 103 от 15.09.2021 с. 16-17*

Нина Павловна Татаренко (1900 – 1986)



Одним из выдающихся представителей Харьковской психиатрической школы была Нина Павловна Татаренко.

Нина Павловна родилась в г. Бугучары Воронежской области в семье служащих. После окончания женской гимназии и Харьковского медицинского института в 1924 г., когда кафедру психиатрии возглавлял К. И. Платонов, Нина Павловна с 1925 по 1928 гг. была аспирантом кафедры этого института, которой заведовал уже акад. АН УССР В. П. Протопопов, организовавший в 1926 г. на базе Харьковской психиатрической больницы в Сабуровой даче Украинский государственный институт клинической психиатрии и социальной психогигиены. В нем Нина Павловна работала ассистентом и зав. острым приемным отделением. В 1932 г. этот институт, Украинский психоневрологический институт З. И. Геймановича и психоневрологический факультет Харьковского медицинского института составили ядро грандиозной Украинской психоневрологической академии, в которую входило пять институтов: клинической психо-

неврологии (10 клиник), экспериментальной психоневрологии (13 лабораторий), детской психоневрологии, социальной психоневрологии, с самостоятельным сектором психологии из отделения клинической психологии и отделения общей и генетической психологии, института психоневрологических кадров, состоявший из вуза, рабфака при нем, техникума и курсов для санитаров. В состав академии входили также психиатрическая больница (12 отделений) с 700-кочным фондом и сельскохозяйственная лечебно-трудовая психиатрическая колония в с. Стрелечье Липецкого района на 300 коек.

Н. П. Татаренко работала в академии старшим ассистентом (1932 – 1935), затем до 1941 г. старшим научным сотрудником, после 1935 г. в рамках Украинского научно-исследовательского института, и одновременно заведовала клиникой института. В 1935 и 1941 гг. временно заведовала кафедрой психиатрии Полтавского медицинского института, а в 1938 – 1939 гг. была научным руководителем Игреньской психиатрической больницы (Днепропетровск, ныне Днепр). В 1936 г. ей была присуждена ученая степень кандидата мед. наук по совокупности научных работ (13 фундаментальных исследований). В период войны Нина Павловна заведовала военно-экспертным отделением Республиканской психиатрической больницы в г. Кзыл-Орда (КазССР) и была консультантом военного госпиталя, а после освобождения Харькова заведовала психиатрической клиникой. С августа 1945 г. Нина Павловна была направлена в создававшийся в Северной Буковине (из кадров Харьковского, Киевского и Одесского институтов) Черновицкий медицинский институт, где стала основоположницей кафедры психиатрии и, вместе с основоположником кафедры нервных болезней проф. С. Н. Савенко¹ из Киева, где — на базе старинной австрийских времен психиатрической больницы, в которой сохранились еще ученики Вагнера фон Яурега — за на редкость короткий срок они развернули активную учебную лечебную и научную работу в институте и организацию психоневрологической помощи во всем крае.

Нина Павловна продвигала нейрофизиологическое направление в психиатрии своих учителей К. И. Платонова, А. М. Гринштейна, В. П. Протопопо-

¹ Сергей Николаевич Савенко (1901 – 1976) — один из ведущих невропатологов Украины 60-х годов, 120-летие которого совпало с 60-летием моего профессионального стажа в психиатрии (см. в этом выпуске журнала) (Ю. С.).



Проф. Н. П. Татаренко (слева от главного врача Черновицкой областной психиатрической больницы) и ее ассистенты М. И. Клейман и Е. Г. Дайн (крайние слева). Справа проф. С. Н. Савенко и его ассистенты Л. М. Фельдман и Ю. Г. Рузинова (третья справа во втором ряду). Остальные — сотрудники преимущественно клиники нервных болезней, первая слева С. Б. Савенко (1949 г.).

ва, на достойном клиническом уровне представляла идеи И. П. Павлова, не имевшие ничего общего с начетнической квазипавловской волной, захлестнувшей на 10-летие отечественную психиатрию после погромной Павловской сессии. В 1947 г. Нина Павловна защитила докторскую диссертацию «К психопатологии фантомных явлений у свежеемпутированных». А в 1951 г. была избрана зав.кафедры психиатрии Харьковского медицинского института, где стала еще и зам.директора по науке Украинского научно-исследовательского психоневрологического института (1953 – 1954), на полгода была командирована в Будапешт, после чего вернулась на кафедру до 1978 г.

Удивительным образом в работах лучше меня осведомленных украинских коллег, которых я лично знаю с самой хорошей стороны, не говорится ни о фактическом разгроме выдающейся Харьковской

психоневрологической академии и репрессии ее президентов Л. Л. Рохлина и М. А. Гольденберга в 1935 г., ни о погромных павловских сессиях 1950 и 1951 гг., ни о «деле врачей» 1953 г. Между тем, выразительная, достойная восхищения сцена поведения Нины Павловны Татаренко памятна ее многочисленным ученикам. Так из Чикаго пришло воспоминание² о том, как в 1953 г. «на заседании ученого совета Харьковского медицинского института, на котором выступающие, читая заранее подготовленные тексты, клеймили «врачей-убийц», вдруг выступила зав.кафедры психиатрии Нина Павловна и заявила, что не допускает мысли о том, что упомянутые лица могут быть причастны к инкриминируемым им преступлениям. Нина Павловна встала грудью на защиту своего учителя профессора А. М. Гринштейна³, объявив, что абсолютно не верит в его виновность. Эта смелая женщина была честна и бескомпромисс-

² Р. Рицик о профессоре Татаренко // Очерки истории психотерапии. Изд. Российского общества медико-литераторов. М., 2006, 160 – 161

³ Александр Михайлович Гринштейн (1881 – 1959) — выдающийся невропатолог, нейровегетолог, морфолог, выявивший еще в докторской диссертации 1910 г. анатомо-физиологические стрио-таламо-гипоталамо-корковые связи и их клиническое значение при висцеральных, трофических и вегетативных расстройствах, в механизмах сна, боли, ожирения, действия ядов, Mg, CO₂. Предложил преганглионарную симпатэктомию, проторял переход от представления о симпато-парасимпатической системы к эрго-трофотропной. Работал до революции в Москве, зав.каф. нервных болезней в Воронеже (1921 – 1924), Харькове (1924 – 1940), 2 ММИ (1940 – 1954). С 1945 г. академик АМН СССР. В период «дела врачей», как и М. Я. Серейский, полгода провел во внутренней тюрьме МГБ. В этом году отмечается его 140-летие.

на, она не боялась возможных последствий своего бунта против несправедливости и клеветы. Казалось, ее выступление — лишь штрих, но в тех условиях это был поступок, даже подвиг...»

«На курсах усовершенствования по психиатрии Нина Павловна с первых же лекций завоевывала расположение курсантов, лекции ее были не только интересны, они становились информацией к размышлению... Большое значение Н. П. Татаренко придавала самоописанию больными шизофренией внутренней картины своей болезни при наступлении терапевтической ремиссии. Опытный специалист, она терпеливо и гуманно относилась к больным, в беседах с родственниками больных, чье состояние было вполне объяснимо, она умела успокоить их, никогда не считаясь с собственным временем. К нам, курсантам, у нее было дружеское, порою даже материнское отношение. С нею делились, ей доверяли».

На меня большое впечатление произвели прочитанные в студенческие годы работы Нины Павловны о «схеме тела» и «внутренней картине болезни», написанные совсем иначе, чем стереотипный, далекий от клинической психопатологии вал публикаций. С первой работы 1928 г. «Рефлекторные механизмы у шизофреников» это было клинико-патофизиологическое направление, чуждое огульного поношения австрийских и немецких клинических исследований. Эти работы не утратили полемического значения, а уровень обсуждения соответствовал доскональному знанию выдающихся работ Й. Берце, Г. Груле, А. Ветцеля, В. Майер-Гросса, А. Кронфельда, Карла Шнайдера и др., которые не клеймились ею как «антинаучные», «идеалистические», «порочные».

В качестве методического приема Нина Павловна использовала особенности динамики безусловных и условных рефлексов, в частности зрачкового и сосудистого компонентов ориентировочного рефлекса, она изучала расстройство речи у больных шизофре-

нией, онейроидные состояния и особенно детально фантомные явления и расстройства схемы тела, пресенильные психозы и их лечение длительным сном. Ей принадлежит 139 научных работ, в частности, «Внутренняя картина болезни при шизофрении и ее значение для клиники» и «К проблеме регуляции высшей моторики у шизофреников» (1934 г.), «Афазиеподобные нарушения речи у шизофреников» (1938 г.), «Об акрихиновых психозах» (1946 г.), «К патофизиологическому обоснованию психопатологии шизофренических состояний» (1947 г.) и др., монография «К психопатологии и патофизиологии фантома свежемпутированных» (1952 г.) и учебник «Психиатрия» (1971). Нина Павловна подготовила 6 докторов наук и 34 кандидата наук и оставила разветвленную благодарную ей школу с традицией дискуссий и конкурсов на лучшую историю болезни.

Нина Павловна осуществляла свою многообразную кипучую деятельность, преодолевая часто мучавшие ее с детства неврологические расстройства типа полирадикулоневрита, частые приступы малярии, подверженность инфекциям (еще в 1918 г. она едва не умерла от «испанки»). Об этом она подробно писала моему отцу, доверяя прежде всего его терапевтическим советам. Я помню их совместную поездку на съезд невропатологов и психиатров в Москве в 1947 г., на которую отец взял и меня с матерью, и пребывание в гостинице Метрополь... На авторефераты моих кандидатской и докторской диссертаций Нина Павловна присылала высоко одобрительные отзывы, а в 1979 г. мы обменялись обширными письмами, посвященными неблагородному выдавливанию обоих (конечно очень по-разному) с государственно-го научного поприща.

Нине Павловне было присвоено почетное звание Заслуженного деятеля науки УССР, и она была награждена орденом Трудового Красного Знамени.

Ю. С. Савенко

**Петиция против поправок к закону об образовании,
касающихся просветительской деятельности,
собрала 248 064 голоса физических лиц и организаций.**

Мы поддерживаем этот протест!

Семиотика психических и поведенческих расстройств (диагностический и коммуникационный аспекты)

В. И. Крылов¹

В статье рассматриваются терминологические проблемы общей психопатологии. Анализируются изменения терминологии, связанные с внедрением новых подходов к диагностике и систематике психических расстройств. Обсуждается проблема многозначности психиатрической терминологии.

Ключевые слова: семиотика, терминология, объем и содержание понятия, полисемия.

Семиотика или семиология (от греч. *simeon* — знак, признак) — наука, изучающая свойства знаков и знаковых систем. Задачей медицинской семиотики является выделение и изучение диагностического и прогностического значения отдельных признаков болезней и патологических состояний.

В классическом определении Ю. М. Лотмана семиотики как «науки о коммуникативных системах и знаках, используемых в процессе общения» делается акцент на второй основной функции семиотики [13]. Семиотика является основой профессиональной коммуникации представителей различных медицинских специальностей и научных школ.

Актуальной задачей общей психопатологии является унификация понятийного аппарата через конкретизацию значения терминов, использование раскрывающих определений с выделением дискриминирующих признаков. Изменение подходов и принципов диагностики психических и поведенческих расстройств требует внесения изменений и дополнений в разделы руководств и учебников, посвященные общей психопатологии. В уточнении нуждается оценка диагностического значения отдельных симптомов и синдромов, закономерностей их динамики в процессе болезни.

Проблема дефиниций основных психопатологических понятий одна из наиболее актуальных и сложных проблем общей психопатологии. Один и тот же термин всегда должен обозначать одно и то же понятие. С одной стороны в литературе имеет место дублирование психопатологических понятий под разными терминами. Примером такого дублирования является использование для обозначения депрессии с доминированием дисфорического аффекта терминов «брюзжащая», «ворчливая», «подозрительная»,

«недоверчивая депрессия» [11]. Понятие «веселая мания» по своей сути является синонимом понятия «солнечная мания». Синонимичный ряд составляют понятия «тревога ожидания», «предвосхищающая тревога», «антиципационная тревога».

С другой стороны, нередко имеет место обозначение одним термином различных в клиническом отношении понятий. Термином «эхо-симптом» обозначаются компоненты кататонического синдрома — повторение слов и действий окружающих. Этим же термином обозначается одно из проявлений идеаторного автоматизма в рамках синдрома Кандинского — Клерамбо.

Многие психиатрические термины полисемичны, то есть имеют одновременно несколько значений. Проявлением многозначности психиатрической терминологии является возможность различного толкования дискриминирующих признаков основных психопатологических понятий. Понятие иррациональности содержания болезненных переживаний используется в дефинициях бредовых и навязчивых идей. Использование данного термина в определении бредовых и навязчивых идей связано с тем, что в том и другом случае суждения и умозаключения больных не соответствуют реальной действительности. В то же время, смысловое наполнение термина «иррациональная идея» при бреде и навязчивостях не совпадает. В случае бредовых идей речь идет, в первую очередь, о нарушении законов логического мышления, нарушении причинно-следственных отношений. При навязчивых идеях иррациональность подразумевает, в первую очередь, необоснованность, чрезмерность болезненных переживаний.

Другим примером различного толкования терминов является существующие расхождения к трактовке термина «ритуал». В рамках первого подхода имеет место расширительное толкование данного термина. При широком толковании термина к ритуалам относят однотипные повторяющиеся поведенческие или мыслительные акты, способствующие предотвра-

¹ Д.м.н., профессор кафедры психиатрии и наркологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И. П. Павлова.

щению или уменьшению эмоционального напряжения. В рамках данного подхода к ритуалам могут быть отнесены основные формы прямой защиты — избегание и повторный контроль. Узкое толкование термина предполагает отнесение к ритуалам только защитных действий символического характера. Символическая защита не избавляет больного от непосредственного контакта с объектом, вызывающим актуализацию навязчивости. Логически обоснованная, понятная связь между содержанием навязчивых переживаний и характером ритуала отсутствует. В основе ритуала лежат «магические действия, реализующиеся по механизму отвлечения внимания от источника страха».

Понятие «симптом зеркала» используется в отечественной литературе в трех основных значениях. При дисморфомании симптом зеркала отражает болезненную сверхценную либо бредовую убежденность в наличии изъяна внешности, физического уродства [5]. В случае лиссофобии в основе симптома лежит навязчивый страх сумасшествия [12]. Больные избегают любых отражающих поверхностей, в том числе зеркал, так как, по их мнению особенности взгляда, выражения лица главный признак душевного заболевания, сумасшествия. Наконец, под симптомом зеркала при деменциях понимают неузнавание собственного отражения в зеркале вследствие нарушения аутопсихической ориентировки [15].

Достаточно часто семантическое наполнение термина основывается на теоретических воззрениях автора. Символизм в классическом психоанализе один из бессознательных защитных психологических механизмов, определяющих искажение сновидений. В клинической психиатрии символика мышления рассматривается в качестве психопатологического симптома из группы формальных нарушений мышления, наиболее характерных для расстройств шизофренического спектра.

Понятие отражает не только облигатные и факультативные признаки, но и соотношение с другими понятиями. Дискриминирующие признаки должны быть сформулированы предельно четко и не должны требовать дополнительного определения. Разграничению понятий помогает соотношение различных понятий через общие научные категории общего и частного, части и целого.

Как известно, основными характеристиками научного термина являются содержание и объем понятия. Любое понятие характеризуется содержанием — совокупностью сущностных признаков и объемом — числом объектов, обладающих данными признаками. Чем большее количество дискриминирующих признаков является сущностными характеристиками данного понятия, тем меньшее количество психопатологических феноменов может быть отнесено к данному понятию. Заимствование терминов, как правило, сопровождается изменением их первоначального значения.

Описание и квалификация психических нарушений являются обязательными составляющими процесса диагностики. Оптимальное, сбалансированное

соотношение описательных и квалифицирующих характеристик — важнейшее условие единообразного понимания психиатрической терминологии. К сожалению, в диагностических указаниях к МКБ-10 и DSM-V внимание фокусируется преимущественно на жалобах и описаниях больными своего состояния. В качестве диагностических признаков расстройств шизофренического спектра используются такие сугубо описательные характеристики как «странные взгляды, оказывающие влияние на поведение и не совпадающие с субкультуральными нормами». К диагностическим признакам маниакального эпизода отнесены «повышенная общительность или фамильярность», небольшие кутежи или другие типы безудержного или безответственного поведения».

Клиническая диагностика требует четкого разграничения понятий, имеющих отношение к различным уровням организации психической деятельности. Недопустимо смешение понятий, отражающих с одной стороны клинические проявления, а с другой стороны психологические механизмы формирования нарушений. Отнесение к формальным нарушениям мышления дихотомического и магического мышления является недостаточно обоснованным. Дихотомическое мышление может определять развитие как доминирующих, так и сверхценных идей. В свою очередь магическое мышление может лежать как в основе нарушений мышления по содержанию (сверхценные или бредовые идеи особого значения), так и формальных нарушений мышления (символика мышления).

В развитии психиатрической лексики отчетливо прослеживаются две основные тенденции. С одной стороны, тенденция к заимствованию к последующим переосмыслением заимствованных терминов и понятий, с другой стороны — тенденция к поиску специфических средств выражения научных понятий [7].

Заимствование иноязычных терминов и понятий. Расширение международных контактов имеет следствием увеличение числа понятий и терминов, заимствованных из других языков. Современная версия диагностических указаний разработана на базе основного международного языка — английского. В отечественной психиатрической литературе в последнее время достаточно широко заимствованы англоязычные термины.

Одной из причин заимствования иноязычных терминов в качестве понятий общей психопатологии является их большая семантическая определенность по сравнению с их русскоязычными аналогами. Значение русскоязычных понятий, соответствующих заимствованным терминам, обычно шире и поэтому менее определено. Примером заимствования англоязычных терминов в отечественной психиатрической литературе является широкое использование терминов флэшбэк (ФБ) и флэшфорвард (ФФ). При переводе на русский язык термина ФБ авторами делается акцент на различных характеристиках данного феномена: отражение в переживаниях событий прошлого («вспышка пережитого», «возврат в прошлое», «взгляд из прошлого», «кадр из прошлого»), повторяемости переживаний («эхо эффект», «чувство по-

вторяемости переживаний»), отсроченном характере переживаний («отсроченное воспроизведение», «отсроченное воссоздание»). Используемый в отечественной учебной и справочной литературе термин для обозначения феномена ФБ термин «диссоциированные видения» отражает в первую очередь психологический механизм развития болезненных нарушений [1]. При переводе термина ФФ акцент делается на отражении в содержании понятия ожидаемых, предстоящих событий («взгляд в будущее», «представление будущего»), «взгляд вперед»).

Общими психопатологическими характеристиками феноменов ФБ и ФФ являются произвольность возникновения, сенсориализация и аффективная насыщенность переживаний [8]. Основой феномена ФБ являются констатирующие визуализированные воспоминания и представления о реально имевших место событиях. Феномен ФФ представляет собой превосходящие визуализированные представления, связанные с возможностью неблагоприятного для большого развития событий.

Появление новых терминов и понятий определяет необходимость уточнения и переосмысления традиционных психопатологических понятий. Использование при оценке и квалификации психического состояния заимствованных понятий и терминов без их предварительной адаптации и соотнесения с традиционным понятийным аппаратом может явиться причиной диагностических ошибок и расхождений. Механическое заимствование понятий, использование калькированного перевода приводит к размыванию границ понятий, утрате психопатологической терминологией привычного содержания.

Заимствование понятийного аппарата смежных научных специальностей. Широкое распространение в современной психиатрической литературе получили термины, заимствованные из различных направлений психологии. Смысловое наполнение терминов в психологии и психиатрии часто не совпадает. Психиатры и психологи в один и тот же термин вкладывают разное, порой даже взаимоисключающее значение. В последние годы в литературе достаточно широко используются понятия руминации и руминативное мышление. Термин руминация (от лат. *rumination* — повторение, пережевывание) употребляется в различном значении. В психологии руминативное мышление рассматривается в качестве одной из разновидностей совладающего поведения — «средства понимания собственных чувств и решения проблем».

В психиатрии под руминациями понимают повторно возникающие, негативно окрашенные мысли, наблюдаемые при аффективных, тревожно-фобических и обсессивно-компульсивных расстройствах. Руминации представляют собой произвольно возникающие, повторяющиеся, субъективно тягостные опасения, сомнения, воспоминания, представления.

Общими признаками руминаций являются произвольность возникновения, однотипность содержания, конгруэнтность доминирующему аффекту. Те-

матика руминаций при доминировании тоскливого аффекта — утраты, потери, неудачи в случае преобладания тревожного аффекта — опасность, угроза.

Одни авторы рассматривают термины навязчивость и руминации в качестве синонимов [2, 3], другие напротив, разграничивают и противопоставляют [9], отмечая, что руминации могут иметь характер не только навязчивых, но и сверхценных идей, являться идеаторным компонентом тревожных опасений и сомнений.

Спорным представляется трактовка так называемых вторичных конфабуляций в качестве аналога «дисфункциональных убеждений по типу автоматических мыслей». Как известно, термин автоматические мысли используется в когнитивной психологии для обозначения переживаний здорового человека, не выходящих за пределы нормы [14]. Использование данного термина при квалификации психопатологической симптоматики является мало обоснованным и неоправданным.

В когнитивной психологии в качестве поведенческого ритуала рассматриваются повторные звонки больному врачу с однотипными вопросами о состоянии здоровья. Повторяющиеся однотипные действия, вызывающие уменьшение тревоги, трактуются в качестве основного и единственного признака поведенческого ритуала [14]. Важно иметь в виду, что основанием для квалификации определенных действий и мыслей в качестве защитного ритуала является наличие не одного, а совокупности существенных признаков.

Существенные различия в подходах к диагностике и используемом понятийном аппарате существуют у представителей двух смежных специальностей — психиатров и неврологов. Клиническая диагностика в психиатрии основывается на выявлении психопатологических и поведенческих симптомов и синдромов в их динамике с признанием факта их относительной предпочтительности и специфичности для отдельных нозологических единиц без обязательного соотнесения с определенными структурами и анатомо-функциональными системами головного мозга. Клиническая диагностика в неврологии в значительно большей степени ориентируется на топическую диагностику, выявление основ нейробиологических нарушений.

Существующие различия имеют прямое отношение к квалификации когнитивных нарушений при так называемых функциональных и органических психических расстройствах. Большинство образовательных программ и методических разработок в области когнитивных нарушений подготовлено специалистами неврологами [10, 17].

Примером различий в оценке психических нарушений уже на симптоматическом уровне является отнесение неврологами к нарушениям исполнительных или управляющих функций таких разнородных с точки зрения классической психопатологии нарушений как резонерское и персеверативное мышление, эхолалии и эхопраксии, конфабуляции [4].

Заемствование понятий бытовой лексики. Понятия и термины из бытовой лексики нередко используются в описательной психопатологии при оценке психического состояния. Одной из причин диагностических расхождений является различное толкование терминов, используемых в качестве существенных признаков психопатологических понятий. Различное толкование таких терминов как «вычурное», «неестественное», «парадоксальное», «монотонное», используемых при описании мимики, моторики, эмоционального реагирования, поведения в целом затрудняет унифицированную оценку психического состояния.

Изменение содержания и границ традиционных психопатологических понятий. Расширение профессионального лексикона происходит за счет выделения в качестве самостоятельных семиотических единиц психопатологических феноменов, имеющих сложную двухкомпонентную структуру. При этом имеет место объединение в одном понятии феноменов, отражающих нарушение различных процессов и даже уровней (регистров) психической деятельности. Примером подобного подхода является выделение галлюцинаторных сенестопатий, галлюцинаторных конфабуляций, бредовых конфабуляций.

Понятие «переходные психопатологические синдромы» используется в литературе, по меньшей мере, в двух основных значениях. Понятие о переходных синдромах используется для обозначения состояний, занимающих промежуточное положение между синдромами, характерными для экзогенного типа реагирования, и синдромами, отражающими органическое поражение головного мозга [2, 18]. Наиболее часто переходные психопатологические синдромы наблюдаются после перенесенных состояний выключения и помрачения сознания, трансформируясь в дальнейшем в психоорганический синдром.

Другое толкование данного термина предполагает его использование для обозначения нарушений, занимающих промежуточное положение между продуктивной и негативной симптоматикой [7]. Синдром дефектной деперсонализации сочетает в себе признаки, присущие как негативным, так и позитивным психопатологическим симптомам.

Наконец, в последние годы была предложена концепция переходных непсихотических психопатологических состояний [6]. К переходным непсихотическим состояниям автор относит расстройства, обладающие одновременно признаками, сходными с конституциональными расстройствами личности и аутохтонными психическими расстройствами.

Изменения в оценке диагностического значения отдельных симптомов и синдромов. Как известно, существуют две альтернативные модели психопатологического синдрома. Первая модель предполагает наличие иерархических отношений между компонентами синдрома. Основной или ведущий симптом является синдромообразующим элементом, отражающим существенную характеристику синдрома.

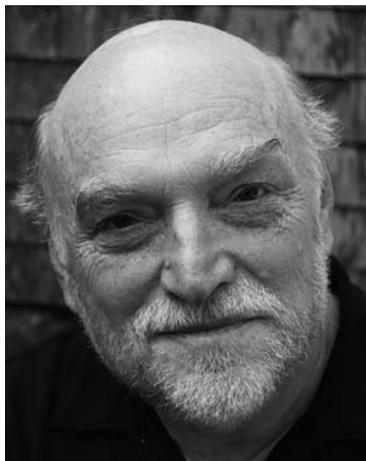
Дополнительные симптомы определяют степень клинической выраженности синдрома, тяжесть состояния. Наконец, факультативные симптомы, отражающие влияние внутренних и внешних патопластических факторов, определяют развитие атипичных вариантов данного синдрома. В рамках первой модели допускается вариативность дополнительной и факультативной симптоматики [7].

Вторая модель синдрома предполагает равнозначность всех его компонентов. В структуре синдрома допускаются различные комбинации составляющих его симптомов. Вариативный характер имеют не только дополнительные и факультативные, но и основные симптомы.

Отказ от постулата об иерархической структуре синдрома имеет следствием рассмотрение в качестве равнозначных компонентов синдрома основных, дополнительных и факультативных симптомов. Современные диагностические критерии маниакального синдрома предполагают рассмотрение в качестве равнозначных признаков гипертимию — болезненно приподнятое настроение и повышение активности. При диагностике депрессивных состояний равный диагностический вес имеют гипотимия — болезненно сниженное настроение и повышенная утомляемость.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александровский Ю. А. Терминологический психиатрический словарь. — 3-е изд. — М., 2013. — 224 с.
2. Блейхер В. М., Крук И. В. Толковый словарь психиатрических терминов. — Воронеж, 1995. — 640 с.
3. Жмуров В. А. Большая энциклопедия по психиатрии. — 2-е изд. — М., 2012. — 864 с.
4. Захаров В. В., Вознесенская Т. Г. Нервно- психические нарушения : диагностические тесты. — 3-е изд. — М., 2014. — 320 с.
5. Коркина М. В. Дистрофия и дистрофия. — М., 1988. — 224 с.
6. Коцюбинский А. П. Аутохтонные психические расстройства. — СПб., 2015. — 495 с.
7. Крылов В. И. Терминологические проблемы общей психопатологии. — Журн. им. П. Б. Ганнушкина. — 2014, 1. — С. 4 – 8.
8. Крылов В. И. Феномены флэшбэк и флэшфорвард : психопатологические особенности и диагностическое значение. — Журн. им. П. Б. Ганнушкина. — 2014, 3. — С. 14 – 16.
9. Крылов В. И. Психопатологические особенности и диагностическое значение руминаций. — Журн. им. П. Б. Ганнушкина. — 2014, 3. — С. 5 – 9.
10. Левин О. С. Диагностика и лечение деменции в клинической практике. — М., 2012. — 3-е изд. — 256 с.
11. Леонгард К. Систематика эндогенных психозов и их дифференцированная этиология. Пер с нем. — М., 2010.
12. Лигарт Н. К. Навязчивые состояния при неврозах. — Киев, 1978. — 78 с.
13. Лотман Ю. М. Семиосфера. — СПб., 2000. — 704 с.
14. Порошко Я., Можна П., Шпелец М. Когнитивно-бихевиоральная терапия психических расстройств. — М., 2015. — 107 с.
15. Сиденкова А. П. Болезнь Альцгеймера. Клинические типы. Стадии деменции. Структура синдрома. — Екатеринбург, 2012. — 123 с.
16. Циркин С. Ю. Аналитическая психопатология. — М., 2012. — 288 с.
17. Яхно Н. Н., Захаров В. В., Локишина А. Б., Коберская Н. Н., Мхитарян Э. А. Деменция. Руководство для врачей. — М., 2011. — 272 с.



Уолтер Райх — широко известный психиатр и писатель, лауреат премии AAAS за научную свободу и ответственность (2003) и премии Соломона А. Берсона Нью-Йоркского университета. Нам он известен, прежде всего, как организатор открытой (заснятой на видео) знаменитой психиатрической экспертизы генерала П. Г. Григоренко в США, удостоверившей его психическое здоровье как на момент экспертизы, так и на предшествовавший период, когда А. В. Снежневский и Г. В. Морозов выставляли ему диагноз бредовой шизофрении. В прошлом директор Мемориального музея Холокоста в Университете Джорджа Вашингтона в Вашингтоне, соредатор журнала *The Wilson Quarterly*; ст.н.с. Института перспективных российских исследований Кеннана Международного центра ученых Вудро Вильсона в Вашингтоне, преподаватель психиатрии в Йельском университете; профессор психиатрии в Университете медицинских наук в Бетседа (Мэриленд). Автор художественного произведения «Незнакомец в моем доме» (о евреях и арабах на Западном берегу), соавтор Отчета о борьбе с глобальным терроризмом, редактор «Происхождения терроризма» и многих публикаций в центральной прессе США.

Мир советской психиатрии¹

Уолтер Райх (Walter Reich)

Это здание в одном из исторических районов Москвы показалось мне самым обычным, даже знакомым — знакомым той унылой атмосферой, что окружает многие психиатрические лечебницы; уборкой территории здесь занимаются пациенты, а у ворот дежурит охрана. Тем не менее, нечто неординарное в этом здании есть — и именно это заставило меня приехать сюда с другого конца планеты. Именно здесь родились теории о душевных болезнях, которые с конца 1960 гг. применяются в отношении советских диссидентов с результатами, вызывающими на Западе настоящий шок. И именно здесь находится штаб-квартира автора этих теорий, чью жизнь и работу я изучаю уже целое десятилетие. В здании меня ждал советский «психиатр номер один» — доктор Андрей В. Снежневский.

Меня быстро провели по темному вестибюлю, вдоль длинных коридоров, и мы вошли в солнечный кабинет. Человек в белом халате, вставший из-за резного письменного стола с широкой улыбкой на лице, мало изменился с тех пор, как я видел его последний раз — пятью годами ранее, во время конгресса Всемирной психиатрической ассоциации на Гавайях. На

этой встрече он и возглавляемая им делегация подверглись резкой критике, после чего Конгресс принял резолюцию, осуждающую «систематическое злоупотребление психиатрией в СССР в политических целях». За прошедшие годы озабоченность на Западе подобными злоупотреблениями в СССР только усилилась, и русским грозит опасность приостановки их членства в международной организации психиатров, а то и исключения из ее состава на Конгрессе в Вене, назначенном на июль 1983 г.

В кабинет быстрым шагом вошел заместитель Снежневского, доктор Марат Вартамян, в сопровождении еще двух психиатров. Вартамян — крепкий мужчина лет 50 — выглядел даже моложе, чем на Гавайях: он сбросил не менее 30 фунтов, двигался быстрее и увереннее, и был одет в хорошо сидящий полосатый костюм западного пошива. За эти пять лет он стал выглядеть живым воплощением процветания и успеха.

«Вы, конечно, помните доктора Райха, — обратился Вартамян к Снежневскому. — Вы встречались с ним в Гонолулу». Снежневский подтвердил — да, помнит. Он пригласил нас расположиться за элегантным столом для заседаний. Вошла секретарша, неся изящный фарфоровый сервиз.

Хотя Снежневскому уже исполнилось 78, и с нашей последней встречи он несколько поправился, на лице у него было все то же выражение, которое его бывшие студенты в разговоре со мной называли «сардоническим» — иронически насмешливое. Я хорошо

¹ Статья была опубликована 30 января 1983 г., русский перевод 2008 г. Размещение предлагаемого текста в настоящей рубрике призвано продемонстрировать высокую актуальность исторических текстов, тем более, когда история в очередной раз начинает подменяться воспитательно-пропагандистской мифологией.

помнил эти губы, сложенные в пренебрежительной улыбке, превращавшейся в издевательский смех всякий раз, когда он слышал нечто, что ему не нравилось.

Советские психиатры начали расспрашивать меня о моей собственной профессиональной деятельности; я рассказал о подготовке научной конференции по вопросу об эффективности психотерапии. Вартаган толерантно улыбнулся. Снежневский расхохотался: «Психотерапия — было бы что изучать!»

В Советском Союзе психотерапия, как ее понимают американцы, почти не практикуется. И эта ситуация отнюдь не случайна. В этой стране к психотерапии относятся с сильным недоверием с 1930-х гг., когда идеи Зигмунда Фрейда, основоположника «разговорного» метода лечения, были признаны несовместимыми с постулатами марксистской науки.

Однако у советской психиатрии есть и другие отличия от американской. В США за последние десятилетия обращение к психиатру стало восприниматься как вполне «нормальный» способ поведения людей, оказавшихся в состоянии эмоционального срыва. В СССР необходимость психиатрического лечения зачастую считается чем-то постыдным. Кроме того, здесь применяются не столько «разговорные», сколько медикаментозные методы лечения.

Сами концепции о душевных заболеваниях в обеих странах по некоторым аспектам совпадают. Среди населения СССР и США одни и те же болезни встречаются примерно с одинаковой частотой. Однако их определения, а порой и представления о причинах заболевания, у советских и американских психиатров различаются. Если в США врачи-практики в целом уделяют больше внимания так называемым неврозам, то в деятельности их советских коллег куда большее место занимают острые состояния, известные как психозы.

В последние годы советская психиатрия уделяет основное внимание самой серьезной и распространенной форме психоза — шизофрении. И в первую очередь именно благодаря своей концепции и определению шизофрении Снежневский преобразовал советскую психиатрию — преобразовал, и встал у ее руля. Он сумел это сделать не по указанию сверху, а потому, что его исследователи, ученики и сторонники, представляющие так называемую «московскую школу» психиатрии, распространили его теории по всей стране, превратили их в стандартный, и действительно общепринятый, подход к пониманию, диагностике и лечению душевных заболеваний.

Нам подали отличный кофе — такого мне в Советском Союзе еще не приходилось пробовать. На столе появились льняные салфетки, хороший коньяк, черная икра. Большой кабинет с высоким потолком украшен дореволюционным антиквариатом — восточными коврами, кожаными креслами, статуэтками. По стенам развешаны портреты русских врачей, которых Снежневский считает своими кумирами, и огромная

фотография Эрнеста Хемингуэя в свитере. «Мой любимый писатель, — пояснил Снежневский. — В нашей стране он очень популярен». За происходящим издали наблюдал Ленин: его бюст в кабинете тоже был.

Мои собеседники в этой встрече заинтересованы не меньше, чем я. Разговоры о злоупотреблениях советской психиатрии ходят уже давно. На Западе уже много лет обвиняют советских психиатров в признании душевнобольными заведомо здоровых политических диссидентов. По словам западных критиков и самих диссидентов, КГБ — особенно после того, как его в 1967 г. возглавил нынешний советский лидер Юрий Андропов — регулярно направляет диссидентов на психиатрическое обследование для постановки подобных диагнозов, чтобы избежать «неудобных» публичных судебных процессов и дискредитировать инакомыслие как плод больного воображения. Оказавшись в психиатрических лечебницах — как правило, речь идет о специальных учреждениях для душевнобольных преступников — диссиденты, как утверждается, подвергаются особо жестоким методам лечения: например, им делают инъекции, вызывающие абсцессы, судороги и вялость, или заворачивают в мокрые простыни, сдавливающие их тела при высыхании.

В 1971 г., на Пятом конгрессе Всемирной психиатрической ассоциации в Мехико, западные врачи предприняли первую попытку «вынести порицание» своим советским коллегам. Однако тогда обвинения в злоупотреблениях только начали появляться, а кампания велась неорганизованно, и Снежневскому, возглавлявшему советскую делегацию, удалось выйти сухим из воды. В своей отповеди он назвал эти утверждения «маневром в рамках «холодной войны», выполненным руками специалистов».

В 1977 г., на конгрессе Ассоциации в Гонолулу, Снежневский вновь отстаивал психиатрические методы, практикуемые у него на родине. К этому времени, однако, обвинения уже стали привычными, и вызывали бурную реакцию, поэтому резолюция с осуждением советских врачей все же прошла значительным большинством голосов. Снежневский был сильно уязвлен; члены его делегации обвиняли во всем «сионистов».

Впрочем, еще более тяжкий удар русским, возможно, придется пережить на Седьмом конгрессе Ассоциации в Вене в июле этого года [1983]. На момент написания этих строк на рассмотрение Всемирной психиатрической ассоциации представлено два проекта резолюции. В одном, подготовленном национальной психиатрической ассоциацией США, говорится о приостановке членства советского Всесоюзного общества психиатров и невропатологов в этой международной организации. В другом, представленном британцами, предлагается исключить советскую ассоциацию из ее состава.

Думаю, Снежневский и Варганян согласились встретиться со мной весной прошлого года [1982] прежде всего из-за стремления советских властей избежать такого исхода. Они несомненно знали, что я не раз критически отзывался о советской психиатрии. Тем не менее, поскольку официальные научные обмены между США и СССР были фактически прекращены после советского вторжения в Афганистан, любые контакты с американским психиатром, даже приехавшим в Москву с частным визитом, как я, можно было использовать, чтобы продемонстрировать: советские врачи — разумные профессионалы, готовые обсуждать расхождения во взглядах и объяснять свою позицию.

Уверен также, что у Снежневского были и личные причины, чтобы встретиться со мной. На Западе он давно уже подвергается нападкам как «живое воплощение» злоупотреблений советской психиатрии. Он лично ставил диагнозы или был причастен к ряду известных историй с диссидентами, в том числе математиком Леонидом Плющом и биологом Жоресом Медведевым, его обвиняют в том, что он цинично разработал диагностическую методику, предназначенную для использования в политических целях. Считая себя выдающимся клиницистом и теоретиком, наследником и продолжателем психиатрической традиции, берущей начало в немецкой медицине XIX века, Снежневский часто и возмущенно сетовал на эти обвинения, пятнающие его репутацию за рубежом и даже в глазах некоторых советских коллег. Более того, его могут лишиться почетного членства в Американской психиатрической ассоциации, которое было ему присвоено в более благоприятные времена — 12 лет назад.

Итак, эта встреча была выгодна советской психиатрии и Снежневскому, но то же самое можно сказать и обо мне. Я начал отслеживать сообщения о злоупотреблениях советской психиатрии в начале 1970-х гг., вскоре после того, как они впервые достигли Запада. Возмущенный тем, что коллеги по профессии манипулируют своими знаниями и доверием пациентов, я хотел понять, что именно происходит и почему. Поэтому я беседовал со многими из советских диссидентов, которые тогда начали эмигрировать на Запад, в том числе и с теми, кто, после соответствующего диагноза, были госпитализированы как душевнобольные. Со временем я встретился и с советскими эмигрантами-психиатрами — среди них были диссиденты, бежавшие от политических неприятностей, но большинство просто хотели уехать из СССР. Из этих последних несколько человек работали научными сотрудниками и клиницистами в «цитаделях» советской психиатрии — институте Снежневского и других крупных исследовательских центрах.

Вскоре мне стало очевидно, что опыт советской психиатрии может о многом рассказать — и не только о методах политических репрессий в СССР, но

и о том, как люди, живущие при советской системе, мыслят, говорят, как они воспринимают друг друга. И еще он содержит немало важных уроков о том, насколько уязвима психиатрия к злоупотреблениям — в любом обществе. Некоторые черты советской психиатрии, результатом которых стали неправильные диагнозы в отношении диссидентов, представляют собой абберации стандартной психиатрической логики, теории и практики. Одним словом, история советской психиатрии — типичный пример того, что может пойти не так в любой профессии и обществе.

В результате моих бесед и исследований с особой наглядностью стало ясно, что диагнозы и госпитализация советских политических диссидентов в наибольшей степени были обусловлены воздействием одного фактора — разработанной Снежневским теорией шизофрении. Именно эту теорию мне и хотелось обсудить с ее автором. Когда я отправлялся в Москву, моей целью было поднять вопросы, связанные с его подходом, которые не давали мне покоя с начала моих изысканий, и выяснить, что он может мне сказать в ответ.

На следующее утро после приезда в Москву я позвонил Варганяну из номера гостиницы «Интурист». «Да, доктор Райх, — с готовностью ответил он (Варганян свободно говорит по-английски). — Конечно, нам надо встретиться. Я сейчас это организую». По его словам, он только что вернулся из командировки, и лишь этим утром обнаружил письмо, отправленное месяц назад нашим общим знакомым — американцем, в котором сообщалось, что я скоро буду в Москве и ему позвоню.

На следующей неделе у гостиницы меня ждала посланная за мной черная «Волга». Шофер вел машину молча; мы пересекли Москву-реку и оказались в одном из старых уголков столицы — Замоскворечье. Повернув возле будки охранника, мы проехали за ворота и оказались на обсаженной деревьями территории Психиатрической больницы имени Кащенко; здесь же расположен и Институт психиатрии Академии медицинских наук СССР. Машина остановилась, и вот я перед главным зданием института, за деятельностью которого я издали наблюдал столько лет.

Я не взял с собой на встречу магнитофона; мои собеседники, насколько я могу судить, тоже его не использовали. Изложение нашей беседы основано в первую очередь на записях, которые я сделал сразу после возвращения в гостиницу. Цитаты и пересказ реплик настолько близки к оригиналу, насколько я смог их запомнить. Помимо Снежневского и Варганяна, на встрече присутствовали заместитель Снежневского по клинической работе доктор Рубен Наджаров, и доктор Андрей Пятницкий — глава отдела института по внешним связям. Говорил я в основном по-английски; переводил Варганян.

Первый вопрос, который я задал Снежневскому и Варганяну, был связан со статьей, появившейся

в «Правде» за неделю до моего отъезда из США. Там сообщалось, что институт Снежневского будет преобразован в более масштабный Научный центр психического здоровья в составе трех институтов, один из которых займется проблемами превентивной психиатрии.

Я спросил советских коллег, с какими психическими заболеваниями, по их мнению, можно бороться превентивными методами. Они ответили, что в эту категорию входят, в частности, «пограничные» случаи — люди, чье заболевание протекает в относительно мягкой форме и не сопровождается симптомами психопатического разрыва с реальностью вроде галлюцинаций или бреда, типичными для расстройства, которое уже семьдесят лет определяется как шизофрения. Это дало мне возможность попытаться оспорить концепцию Снежневского относительно этой болезни — а точнее, ряда заболеваний, поскольку, вероятно, существует несколько шизофренических состояний, демонстрирующих одинаковые симптомы, но обусловленных разными (и по большей части неизвестными) причинами, связанными как с биологическими факторами, так и с воздействием среды.

Снежневский утверждает, что существует три основные формы шизофрении. В «непрерывной» форме, отметил он, болезнь прогрессирует. Для «рекуррентной» или «периодической» формы характерны острые приступы заболевания, однако после каждого из них здоровье пациента восстанавливается. Для «приступообразно-прогредиентной» формы также характерны обострения, но после каждого из них здоровье пациента наносится все больший ущерб, и его состояние прогрессивно ухудшается. Для каждого из этих болезненных состояний, по словам Снежневского, характерен широкий спектр остроты. Так, человек может страдать от непрерывной шизофрении «злокачественного» типа, когда его умственное расстройство усиливается очень быстро, или, напротив, от очень мягкого типа болезни, который Снежневский называет «вялотекущей шизофренией».

Именно диагноз «вялотекущая шизофрения» чаще всего ставится диссидентам. Однако эта концепция широко используется и в обычной практике советской психиатрии. Наибольшую тревогу здесь вызывает тот факт, что, согласно критериям Снежневского, диагностировать «вялотекущую шизофрению» можно даже на основе очень слабых, лишенных психотического характера характеристик поведения, — характеристик, не подпадающих под принятое на Западе определение психоза, и, возможно, даже не считающихся у нас отклонением от нормы.

Беспокойство вызывает и вопрос о качестве исследований, проводившихся сотрудниками института после того, как в 1962 г. Снежневский стал его директором, — исследований, призванных доказать справедливость его теоретических постулатов. Метод ученых заключался в обследовании родственников боль-

ных шизофренией, чтобы выяснить, не проявляются ли и у них какие-либо психические аномалии, в особенности шизофренического характера. Если исследователи обнаруживали такие отклонения, они почти всегда делали вывод, что родственники страдают либо той же формой шизофрении «по Снежневскому», что и сам больной, либо ее более мягким вариантом. Другими словами, если первый пациент болен «приступообразно-прогредиентной» шизофренией, то, при наличии у него родственников-шизофреников, у последних фактически неизменно обнаруживали ту же форму заболевания. А если у него были родственники, не страдавшие шизофренией, но демонстрировавшие определенные психопатологические черты, эти черты считались в каком-то смысле аналогичными симптомам и иным признакам, сопровождавшим, по классификации Снежневского, «приступообразно-прогредиентную» шизофрению.

В ходе этой работы были обследованы сотни пациентов и тысячи их родственников, включая детей больных шизофренией. Теоретически результаты исследований могут считаться полным подтверждением концепции Снежневского, поскольку они, казалось бы, в весьма значительной степени демонстрировали, что описанные им формы шизофрении «сохраняют чистоту» — то есть передаются по наследству (генетическим, а значит биологическим путем).

Если бы это было так, можно было бы говорить о настоящей революции в психиатрии. Многие психиатры-теоретики, особенно в Европе, классифицируют различные формы шизофрении по клиническим характеристикам — то есть на основе того, как пациенты говорят и ведут себя. Таким образом, если пользоваться наиболее распространенной классификацией, параноидная шизофрения отличается, скажем, от кататонической тем, что, хотя обе формы болезни имеют ряд аналогичных признаков, первая характеризуется одним набором специфических симптомов (галлюцинации, мания преследования или величия), а вторая — ярко выраженным ступором или возбужденностью.

Однако доказать, что эти две формы болезни «сохраняют чистоту», не удалось. Так, если у больного параноидной шизофренией был двоюродный брат-шизофреник, врачи не обнаруживали, что у него тоже неизменно проявлялась параноидная форма заболевания. Однако исследования ученых из института Снежневского создавали четкое впечатление, что их шефу удалось открыть клинические принципы, с помощью которых у любого больного можно диагностировать одну из трех форм шизофрении, каждая из которых имеет четкую генетическую основу.

Когда мои гостеприимные хозяева перешли к описанию программы по изучению «пограничных» состояний, которая планируется для будущего центра, — на мой взгляд, эти состояния ничем не отлича-

лись от некоторых мягких типов шизофрении по классификации Снежневского, в особенности «вялотекущей», — я решил поспорить с ними о теории Снежневского и исследованиях, призванных подтвердить их правоту.

Начал я с исследований их института: лично я не могу принять их результатов — слишком уж идеальными они выглядят, и слишком многими изъянами страдала их методика. При обследовании семей, указал я, диагнозы родственникам ставили те же врачи, что обследовали и первого пациента, то есть они знали, кто с кем находится в родстве. Другими словами, эксперимент проходил не «вслепую», как следовало бы в соответствии с общепринятыми принципами научной методологии. Таким образом, даже если участники исследований не пытались ничего подтасовать, они могли слишком легко поддаться воздействию цели своей работы, — доказать правоту Снежневского — и поддаться ему в достаточной степени, чтобы выявить одну и ту же форму шизофрении у пациента и его родственника.

В конце концов, заметил я, ученые проверяли теории собственного шефа — теории, на которых строилась его международная репутация. Во многих случаях Снежневский выступал непосредственным разработчиком или вдохновителем методики исследований. Некоторые их участники работали над диссертациями, и получение степени зависело от успешных результатов. Другие только начинали свою карьеру в институте, и стремились остаться в его штате. Таким образом, в исследовательской работе возникал импульс, толкавший ее в одном направлении — подтвердить теории Снежневского. В условиях столь единообразной и целенаправленной культуры доказательства психологическое давление на исследователей, «доказывавших» очередной тезис Снежневского, должно было быть значительным. И вряд ли это давление смягчал тот факт, что главным редактором «Журнала невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова» — единственного советского периодического издания по проблемам психиатрии, а значит, единственного издания, где они могли опубликовать полученные результаты — является никто иной как Андрей Снежневский.

«Послушайте, — обратился я к Варталян; он, насколько мне известно, не принимал личного участия в этих исследованиях, — Вы же ученый. Вы же понимаете, с каким зыбким материалом приходится иметь дело психиатрам, и что объективность даже самого честного ученого подвергается неприемлемому испытанию, когда он проверяет гипотезу собственного директора, которая в его академической среде считается общепринятой и преобладающей. Вы же понимаете, что в таких условиях исследователи должны всеми возможными способами страховаться от собственных искажений. Но в данном случае таких защитных мер принято не было».

Варталян пожал плечами. Он заметил, что работа, о которой я говорю — дело прошлое, и сейчас проводятся новые исследования, по более совершенной и надежной методике, посвященные другим проблемам.

Я выпрямился на стуле. Похоже, Варталян дистанцируется от теорий собственного шефа. У Снежневского, не подозревавшего об этом повороте в нашей беседе, поскольку Варталян не стал переводить ему свой ответ, на лице сохранялась та же сардоническая усмешка, что и на протяжении почти всего разговора. Я тоже улыбнулся, но Варталян, надеясь получить от него некое подтверждение этой скрытой нелояльности. Тот, однако, не улыбнулся в ответ.

Затем я перешел к вопросу о практической полезности идей Снежневского. Даже если разработанная им система диагностики обоснована, применять ее в клинических условиях слишком опасно. Она носит чересчур общий характер, чересчур инклюзивна, слишком велика вероятность, что в результате ее использования ярлык шизофреников будет клеиться людям с другими заболеваниями — хотя бы с теми «пограничными» состояниями, которые должен изучать его новый институт превентивной психиатрии.

Возможно, продолжал я, у некоторых родственников шизофреников проявляются слабо выраженные симптомы, поскольку они страдают той же болезнью, но в мягкой форме. Но как быть, скажем, с человеком, которого вы встретите на улице Горького, и заметите те же слабо выраженные симптомы — но при этом родственников-шизофреников у него нет? Можно ли назвать его шизофреником? Вдруг это просто эксцентричный художник? Или у него было тяжелое детство? Или он испытывает какой-нибудь стресс? Вполне может оказаться, заметил я Снежневскому, что многие, или даже большинство людей, чьи симптомы соответствуют его критериям для «вялотекущей шизофрении», на самом деле этой болезнью не страдают и никогда не будут страдать. Поведенческие характеристики, которые у них проявляются, следует приписать невротическому состоянию, аномалиям характера, или просто квалифицировать как нормальное поведение.

Снежневский раздраженно заявил: перечисленные мною опасности в плане диагностики никакого значения не имеют. Хороший клиницист, настаивал он, всегда сможет отличить мягкую форму шизофрении от нешизофренического состояния.

Я с ним не согласился. Опирается на проницательность клинициста — предложение спорное, поскольку сами суждения диагноста очень во многом определяются его теоретическими взглядами. Я заметил, что Варталян отнюдь не рвется на помощь своему начальнику. Мне пришло в голову, что эта встреча, вероятно, важна и для него, но по собственным соображениям.

Много лет Вартамян — армянин по национальности — оставался в тени Снежневского, но теперь перед ним открываются весьма многообещающие карьерные возможности. Психиатр по профессии, он специализируется в области биологической психиатрии, и долгое время возглавлял основную биологическую лабораторию института. Теперь, когда Снежневский должен скоро уйти на покой, Вартамян вероятно унаследует его «мантию», став директором нового крупного психиатрического исследовательского центра, о создании которого только что объявила «Правда».

Очевидно, что в Москве предстоящее назначение Вартамяна встречает противодействие — прежде всего со стороны его главного соперника, доктора Георгия В. Морозова², возглавляющего Институт судебной психиатрии имени Сербского: именно там ставились диагнозы диссидентам в самых печально известных случаях злоупотребления психиатрией. Согласно моим источникам, у Морозова есть сторонники в высших эшелонах КГБ. Однако его имя теперь настолько тесно связано с самыми вопиющими нарушениями в области психиатрии, что на международной арене он никакой пользы властям принести не сможет. Поэтому, как мне сообщали, его противодействие назначению Вартамяна вряд ли увенчается успехом.

Вартамян уже начинает выполнять функции главного «полпреда» советской психиатрии за рубежом. Встречу со мной перед предстоящим в следующем году международным конгрессом психиатров он почти наверняка рассматривал как одно из мероприятий в рамках этих новых обязанностей. Если СССР исключат из Ассоциации или приостановят его членство, советские власти воспримут это как определенное свидетельство о неспособности Вартамяна выполнить важнейшую задачу — отстаивать интересы Москвы. И любой возможный способ предотвратить эту катастрофу по крайней мере стоило испробовать.

Поэтому именно Вартамян, а не Снежневский или я, поднял вопрос о злоупотреблениях психиатрией. Советским диссидентам, настаивал он, диагнозы ставились правильно: «На Западе этот вопрос всячески раздувают, и исключительно в политических целях».

Советские психиатры, продолжал Вартамян, хорошо знакомы с моими статьями на эту тему, и с отчете-

² Георгий Васильевич Морозов (1920 – 2012) 32 года с 1957 по 1990 г. возглавлял Институт судебной психиатрии им. В. П. Сербского, когда неожиданно был смещен в ходе Всесоюзного съезда с поста председателя Правления Всесоюзного общества невропатологов и психиатров, а в 1990 г. с поста директора Института (как одно из условий возвращения ВОП в ВРА на Афинском конгрессе), но оставался почетным директором Института. В 2020 г. к его 100-летию на здании Института была торжественно открыта мемориальная доска в его честь (правда, не со стороны улицы).

том о повторном обследовании генерала Петра Григоренко.

Случай с Григоренко, конечно, имел самое прямое отношение к обсуждаемой теме. Этот советский офицер, герой войны, в 1960-х гг. примкнул к диссидентскому движению, отстаивая права крымских татар — немногочисленной этнической группы, депортированной Сталиным из Крыма в Центральную Азию за нелояльность, проявленную в ходе Второй мировой войны. Григоренко арестовывали, дважды направляли в психиатрические лечебницы, а затем выдворили из страны. В 1978 г. его повторно обследовала в Нью-Йорке группа психиатров, психологов и других медиков и специалистов по душевным болезням из Колумбийского, Гарвардского и Йельского университетов, в которую входил и я. Мы пришли к выводу, что на момент нашего обследования Григоренко не страдал душевным заболеванием, и вероятнее всего, не был болен и в то время, когда в СССР ему ставили противоположный диагноз. Мой отчет об обследовании был опубликован в печати.

«Слушайте, — заметил Вартамян, — когда Григоренко был здесь, он был болен. Он — выдающийся человек, но с этими крымскими татарами и с некоторыми другими вопросами у него возникла идея-фикс. Когда вы и ваши коллеги повторно его обследовали, он находился в Штатах, вдали от этой среды и этого стресса, и потому с ним было все в порядке».

То же самое, по его словам, относится и к диссиденту Владимиру Буковскому, которого в СССР тоже признали душевнобольным, а на Западе — здоровым: «Я бы хотел, чтобы вы посмотрели его историю болезни. Если бы мы — четыре-пять специалистов из двух наших стран — сели и вместе изучили их, вы бы поняли, что он был болен».

Я возразил. Если бы Григоренко и Буковский действительно страдали заболеваниями, которые были им диагностированы в СССР, хотя бы некоторые признаки этих недугов должны были бы проявиться даже спустя долгое время и в изменившейся социальной среде.

Вартамян сменил линию аргументации. Чтоб продемонстрировать, как он выразился, всю абсурдность западных обвинений, он указал: некоторые критики дошли даже до того, что утверждают, будто Снежневский разработал свою теорию шизофрении, включая и тезис о ее мягкой, «вялотекущей» форме, специально для того, чтобы создать диагностическую «нишу» в которую советские власти могли бы помещать диссидентов.

Снежневский рассмеялся — так он выразил свое полное презрение по отношению к этим обвинениям. Я ответил: изучив процесс создания теорий Снежневского, могу согласиться с тем, что подобные утверждения, вероятнее всего, не соответствуют действительности. Эти концепции появились в 1940 – 1950-х гг. под влиянием ряда его учителей, и обрели оконча-

тельный вид в его голове и статья в конце 1950-х — начале 1960-х гг., задолго до того, как помещение диссидентов в психиатрические лечебницы приобрело сколько-нибудь заметные масштабы. Одним словом, я признал, что теории Снежневского возникли вне связи с их предполагаемой полезностью для постановки диагнозов инакомыслящим.

Но это не означает, добавил я, что концепции Снежневского вообще не имеют отношения к подобным диагнозам. Именно ошибки, содержащиеся в этих теориях, позволили с такой легкостью применять их в отношении диссидентов. Наличие этих концепций, подчеркнул я, стало лишь одной из причин, по которым диссидентам в СССР ставят диагнозы душевных заболеваний, но в то же время причиной весьма важной.

Я убежден, заметил я, что в некоторых случаях госпитализация диссидентов происходила на основе сознательно поставленных неверных диагнозов. Подозреваю также, что кто-то из госпитализированных диссидентов действительно страдал душевными заболеваниями. В конце концов, инакомыслие в СССР, при наличии весьма репрессивной системы, представляет собой маргинальное явление, а «обочина» любого общества содержит необычно высокий процент душевнобольных людей. Тем не менее, мне кажется, что большинство госпитализированных советских диссидентов были признаны больными не потому, что КГБ приказал психиатрам поставить именно такой диагноз, и не потому, что они действительно страдали психическими расстройствами, а по другим причинам.

В контексте советского общества, приводил я свои доводы, диссидентство представляет собой отклонение от нормы. Диссиденты говорят и ведут себя не так, как другие советские граждане, и по этой причине их считают «странными». В конце концов, задал я риторический вопрос, разве не странно если человек говорит и делает то, что в условиях советской политической системы, как все знают, просто небезопасно? Более того, судя по рассказам самих диссидентов, есть немало данных, что имея с ними дело, многие сотрудники КГБ и советские чиновники бывают ошеломлены их странным поведением, и это ощущение только усиливается, когда диссиденты начинают читать им лекции о своих правах в рамках советской конституции. А если какой-то человек кажется вам странным, за этим довольно часто следует подозрение — а не связана ли странность с душевным заболеванием? И как только такое подозрение возникает в голове у представителей советских властей, у них появляются серьезные причины, чтобы направить диссидентов на психиатрическое обследование.

Во-первых, советский Уголовно-процессуальный кодекс требует: если у следователя возникают какие-либо сомнения относительно душевного здоровья обвиняемого, последнего следует в обязательном

порядке — а не только в «политических» делах — направлять на психиатрическую экспертизу. Учитывая бюрократический характер советской правовой системы, следователь постарается подстраховаться, устрой такую консультацию у психиатра, чтобы в дальнейшем не заслужить упрека в том, что он этого не сделал. Кроме того, в ходе процесса над диссидентом, признанным душевнобольным и нуждающимся в госпитализации, к прокурору предъявляются менее жесткие требования, чем на обычном суде, поскольку свидетелями выступают в основном психиатры, диагностировавшие болезнь. Это становится еще одной причиной, чтобы обратиться к врачам даже в случае малейших сомнений в психическом здоровье диссидента.

Моя реплика превращалась в настоящую лекцию, которую советские коллеги слушали молча, но я тем не менее продолжал. Психиатры, к которым власти обращаются за диагнозом — тоже советские граждане. Они выросли в рамках той же культуры, на них воздействуют те же политические реалии, у них возникают те же социальные перцепции. А поскольку решение психиатра о том, болен человек или здоров, во многом зависит от его представлений о том, что в его обществе считается обычным и ожидаемым, он может, вступив в контакт с диссидентом, испытать то же ощущение, что и сотрудник КГБ, — ощущение, что он имеет дело со странной личностью — а затем и заподозрить в нем душевнобольного.

Если в голове у психиатра возникнет такое подозрение, ему будет нетрудно разрешить свои сомнения, подобрав для диссидента «подходящую» категорию психического расстройства. И чаще всего, напомнил я Снежневскому, этой категорией становится выделенная им «вялотекущая шизофрения». Причем все это возможно и в отсутствие сознательного намерения поставить неверный диагноз.

Снежневский сердито хмурился; другие, похоже, были также недовольны. Когда я начал объяснять свою позицию, говоря о том, как диссидентов воспринимают в советском обществе, Вартамян кивал в знак согласия, но под конец моей аргументации уже сидел неподвижно.

Похоже, мои идеи вызывали у них двойственное чувство. В отличие от большинства западных критиков, я не утверждал, что все диагнозы относительно душевных болезней ставились диссидентам психиатрами, заведомо знавшими, что они здоровы. Некоторые из таких психиатров, по моему мнению, понимали, что имеют дело со здоровыми людьми, но не все, и возможно даже меньшинство. Я также не утверждал, что Снежневский намеренно создал инструменты для постановки таких подтасованных диагнозов. Я говорил о том, что из-за характера политической жизни в Советском Союзе и сформированных этой жизнью социальных перцепций, поведение инакомыслящего здесь искренне воспринимается как странное,

а из-за характера разработанной Снежневским диагностической системы эту странность в некоторых случаях квалифицируют как шизофрению. Другими словами, я выразил мнение, что во многих, а возможно и большинстве случаев постановки таких диагнозов не только сотрудники КГБ и другие соответствующие чиновники, но и сами психиатры действительно были убеждены в том, что диссиденты страдают душевной болезнью.

Это, заметил я, представляется даже более пугающим, чем обычная версия о злоупотреблениях в советской психиатрии — монохромная картина по принципу «КГБ приказывает, врачи подчиняются». Если сложилось такое положение дел, что это говорит о состоянии советской психиатрии и общества в целом? Мои собеседники молчали. Потом Вартамян произнес: «Что нам нужно, так это сесть и совместно решить вопрос. Нам следует изучить конкретные случаи и достичь какого-то взаимопонимания. Все это не должно использоваться в политических целях».

«Тут речь идет не только о политической выгоде», — парировал я. Отчасти проблема связана именно с тем, что он считает, будто эти истории с дисси-

дентами используются на Западе исключительно в политических целях. Обвинения в злоупотреблениях психиатрией звучат не потому, что это удачный пропагандистский ход, а потому, что врачи-профессионалы и другие люди на Западе считают — с советской психиатрией происходит что-то неладное. Если Вартамян действительно хочет обсудить эту проблему, — а ведь такая дискуссия связана с риском для его западных оппонентов, поскольку она может сорвать их планы добиться исключения СССР из Психиатрической ассоциации в июле будущего года — то и он должен быть готов идти на риск. Он должен смириться с тем, что, возможно, советской стороне придется публично признать как минимум, что неверные диагнозы могли иметь место.

«Вы сможете наладить с нами диалог по этому вопросу, — подчеркнул я, — только в том случае, если будете готовы признать — то, что говорит другая сторона, может быть, хотя бы отчасти, справедливо. И если вы готовы учесть и признать это, то как минимум возникает риск, что вам придется признать и свои ошибки».

«Мы готовы», — ответил Вартамян. Он встал и доел.

МЕЖДУНАРОДНАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ, ПОСВЯЩЁННАЯ ВСЕМИРНОМУ ДНЮ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Организаторы:

Каф. психиатрии и наркологии Тульского государственного университета,
Тульская обл. клиническая психиатрическая больница им. Н.П. Каменева,
Ташкентский педиатрический медицинский институт

15 – 16 октября 2021 г., Тула, Ташкент

**Юбилейная научно-практическая конференция с международным участием,
посвященная 40-летию НИИ психического здоровья
и 130-летию кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии СибГМУ**

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ

28 октября 2021 г., Томск

ИЗ КЛАССИЧЕСКОГО НАСЛЕДИЯ



Вольфганг Бланкенбург — один из ведущих представителей экзистенциально-феноменологического направления психиатрии своего поколения. Родился в Бремене. С 1947 г. изучал философию в Фрайбурге у Ойгена Финка, ученика и последователя Э. Гуссерля и Вильгема Силаши (W. Szilasi), последователя Л. Бинсвангера, и психологию у Роберта Хайса, а с 1950 г. психосоматику в Гейдельберге у Хельмута Флюгге. Заведовал психиатрическими клиниками Фрайбурга (с 1959 г.), Гейдельберга (с 1969 г.), где сменил Вальтера фон Байера (W.v. Baeuer), Бремена (с 1975 г.). В 1979 – 1993 гг. зав. кафедрой и директор психиатрической клиники Марбурга. Начиная с исследования пространственно-временных измерений в конечных состояниях шизофрении. Докторская диссертация «Утрата естественной самоочевидности» (или «Потеря само собой разумеющегося») у больных шизофренией в трактовке «жизненного мира» Гуссерля. Исследовал внутреннюю структуру шизофренической реальности как целокупности актов — поставщиков значения, а не структур сознания. В проекте «Семейная ситуация и повседневная ориентация больных шизофренией» сблизился с проблематикой понимающей социологии. Определил понятия многих психических заболеваний в различных лексиконах. В предлагаемом тексте показано принципиальное различие феноменологической, эйдетической и трансцендентальной редукции (свободной вариации) в философии и психопатологии как науке.

**Вольфганг Бланкенбург
(1928 – 2002)**

ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД¹

Если для нашего исследования мы пользуемся наименованием «феноменологический», то необходимо точно сказать, что нужно под этим понимать. Этот термин имеет за собой долгую историю и вследствие этого отягощен обилием двусмысленностей, которые следует разьяснить прежде всего. Мы ограничиваемся при этом заслуживающим внимания для психопатологии. Все имеющее лишь философско-историческое значение остается исключенным.

¹ Глава из монографии Вольфганга Бланкенбурга «Утрата естественной самоочевидности. К психопатологии бедных симптомами шизофрений». Штутгарт: Ferdinand Enke Verlag, 1971. 154 с. — *Прим. пер.*

А. ФЕНОМЕНОЛОГИЯ В ПРЕДЕЛАХ ЕСТЕСТВЕННОЙ УСТАНОВКИ

В естественных науках понятие «феноменологический» относится к обозначению описательного подхода². Под этим девизом стремятся, насколько это только возможно, к свободной от теории дескрипции. При этом, правда, часто упускается из виду уже внутренне присущая всякому-даже самому незамысловатому — описанию проблематика. Дотеоретическую

² Согласно *Эйслеру* (2 изд. 1922) понятие в этом смысле означает «рассмотрение, описание и анализ найденного, фактического в какой-либо области знаний».

близость к «феноменам» нельзя осуществить так легко, как обычно считают. Теория по большей части уже находится в категориях, которыми мы описываем воспринятое — которыми мы его не только описываем, но уже до этого восприняли. Лежащий в основе описания, якобы столь нехитрый опыт содержит, поэтому, уже предпосылки, которые нелегко распознать. Это означает: Без *основательной ревизии понятия опыта* невозможна методически фундированная феноменологическая работа.

Нередко полагают, что при феноменологическом описании речь идет просто о том, чтобы установить, что нечто здесь, сейчас, проявляет себя так, то есть, о чем-то вроде сбора данных. При каждом распознавании или сборе данных, однако, не только категории «здесь», «сейчас», «так» уже предполагаются в качестве проясненных, но, сверх того, также то «нечто», на которое наталкиваются констатации. То, о чем делаются высказывания, всегда уже заметно как то или иное. Оно даже специально не тематизируется. Как с самого начала самоочевидно известное (*Gekanntes*) оно остается на заднем плане. Оно кажется слишком банальным, слишком само собой разумеющимся, чтобы возбуждать научный интерес. В предзнании о сущности того, о чем должны быть сделаны высказывания, содержится, тем не менее, уже немалая доля теории, которая вносит коррективы в вид научного подхода; теория, которая тем действеннее, чем менее она специально делается темой. Почти каждое т. н. «чистое» описание неизбежно является поэтому более или менее теоретически отягощенным, и именно тем более, чем менее описывающий это осознает.

Задавать вопрос о сущности того, о чем делаются констатации, считалось долгое время излишним или, во всяком случае, не относящимся к специальной науке. Сегодня в отдельных исследовательских областях, к которым также принадлежит психиатрия, это изменилось. Правда, экспликация вопроса о сущности не является делом феноменологической дескрипции в смысле обсуждаемого в этом разделе понятия феноменологии. Но если вопрос о сущности с самого начала считается irrelevantным, и доступ к нему остается принципиально закрытым, опыт получает одностороннюю акцентуацию; опытное является тогда идентичным с констатируемым. *Х. Куниц* (1957, 31) говорит об «эмпирически» укороченном значении опытного. То же самое имел в виду *Гете*, отмечая, что «опыт — всегда только половина опыта»³.

Соответственно, непредвзятое «феноменологическое» описание предполагает способность к элементарной открытости для встречающейся сущности, а также способность к констатирующему схватыванию, т. е., опытную способность, которая *in ipso* соединяет две противоположные установки. Это два

различно направленных способа доступа к вещам (*zur Sache*), которые находятся друг с другом в комплементарном, диалектическом отношении. Этот соединяющий взаимоисключающее, подобный Янусу характер опыта, лежащего в основе всякого беспредпосылочного описания, необходимо принять во внимание. Он содержит в зародыше в той же мере способность к развитию к науке о сущностях (*Wesenswissenschaft*), как и к науке о фактах (*Tatsachenswissenschaft*), но по отношению к двум этим возможностям развития сам остается индифферентным. Встречающееся в мире еще не разделилось на факт и сущность. Хотя и то, и другое содержится в зародыше, опыт на этой ступени еще в значительной мере нейтрален по отношению к возможностям научно-фактической и научно-сущностной проблематики.

Лежащий в основании такого феноменологического описания опыт точно так же в значительной мере нейтрален по отношению к противоположности опыта целостности и опыта частности. Различие целого и части само представляет собой лишь продукт определенного познавательного подхода к действительности. Целое встречающегося (например, отдельного больного) не суммируется из отдельных деталей, а является всегда уже соиспытанным (*miterfahren*). То, что в т. н. «первом впечатлении» — вспомним о «*Праесоxerlebnis*» (*Рюмке*), которое репрезентирует прототип феноменологического опыта в естественной установке — часто выступает больше, нежели позже при более тщательном исследовании, связано с тем, что первое впечатление воспринимается еще относительно в небольшой мере «эмпирически укороченным». Это значит, что оно наталкивается еще не на конфигурированную или же фиксированную категориальную установку, но на ту изначальную опытную способность, которая только и приписывает категориям их значение.

Подобным образом в направленности к открытости и изначальной широте опыта также становится сомнительным привычное субъект-объектное расщепление. Не является ли все же и оно лишь результатом определенного — правда, уже очень рано произошедшего — вмешательства в тотальность опытной действительности.

Такая дескрипция, полученная из дотеоретического и донаучного опытного измерения, конечно, еще не является «феноменологической» в смысле феноменологии *Э. Гуссерля*. Последней она может самое большее послужить в качестве своего рода предварительной ступени. Феноменология в смысле *Гуссерля* никогда не исчерпывается простым воспроизведением испытанного или пережитого, но устремляется всегда в то же время осознанно методически к логосу проявляющегося как тому-в-чем (*Worinnen*) соответствующего проявления (*Хайдеггер* 1927, § 7). Однако, описание, полученное из дотеоретической близости к встречающемуся, остается всегда открытым для ме-

³ Изречения в прозе № 712.

тодического усовершенствования в этом направлении, посредством которого оно из донаучного способа рассмотрения только и превращается в научный.

В. ФЕНОМЕНОЛОГИЯ В СМЫСЛЕ ЯСПЕРСА

Ясперсовское понятие феноменологии очень похоже на описанное в предыдущем разделе, однако, оно относится исключительно к душевному. Уже в 1912 году он писал: «Это всегда новое усилие и всегда заново через преодоление предрассудков приобретаемое благо: эта феноменологическая установка... Мы сейчас уже не удовольствуемся несколькими скудными категориями, но беспредпосылочно отдадимся феноменам, и если мы видим один, то пытаемся полностью вызвать его в своем воображении...» (2 изд. 1963, с. 322). Отличию от естественнонаучного понятия феномена, которое состоит в том, что вещь, которая должна быть постигнута — а именно КАК переживания другого человека — не дана непосредственно, *Ясперс* не придавал слишком большого значения: «То, что при этом психологическом методе это происходит иначе, нежели в естественнонаучных описаниях, является очевидным: сам предмет не существует чувственно для нашего глаза; опыт является только воображаемым. Но логический принцип тот же самый». Этот логический принцип он видел в воздержании от всех теоретических предвзятых мнений и объяснений.

Феноменология, таким образом, означает для *Ясперса* « deskриптивную психологию ». Этот термин он перенял из «Логических исследований» (1901) раннего *Гуссерля*. Дальнейшее развитие к эйдетической и трансцендентальной феноменологии — дальнейшее развитие, которое с самого начала было определено у *Гуссерля* — он, напротив, решительно отвергал. Он подчеркивал: «Феноменология является нам здесь эмпирическим методом», не связываясь при этом в обозначенную выше проблематику понятия опыта. *Брокман* (*Broekman*) (1965) полагает, «что это с такой дескрипции, в сущности, упраздняется, когда феноменологию под защитой ее развития понуждают к усмотрению сущности». Это правильно, когда фактически всякая возможность такого раскрытия принципиально пресекается, поскольку оно означало бы недооценку фактически данного в феноменологическом опыте. На определенной ступени научного развития или в рамках особой постановки задачи вполне целесообразно и плодотворно можно все-таки ограничиться тем, что *Ясперс* назвал феноменологией.

Если, однако, подробнее рассмотреть основополагающую работу, в которой *Ясперс* (1912) впервые описал и пропагандировал феноменологическое исследовательское направление, обнаруживается, что он не так уж далеко отошел от исследования сущности, как он сам позднее полагал. В пределах феноме-

нологического подхода он отделяет от «ограничивания» («*Begrenzen*») отдельного душевного феномена его же «упорядочивание» («*Ordnen*»). Обычные, принесенные извне категории порядка являются феноменологически недостаточными. В противоположность этому он требовал «порядка, который сопоставляет душевные феномены согласно их феноменологическому родству», как, например, бесконечно многообразные цвета в хроматическом круге или цветовом шаре сделаны феноменологически удовлетворительно обозримыми» (2 изд. 1963, 324). На этом пути приходят к тому, чтобы констатировать «феноменологические переходы» и «феноменологические пропасти». Но разве это нечто иное, нежели неприятная предшествующая форма подлинного дескриптивного исследования сущности? Разве феноменологический порядок означает нечто иное, нежели то, что принципы порядка должны быть заимствованы из являющегося (*Erscheinende*) как такового, т. е. из его сущности? Как возможно, в соответствии с требованием *Ясперса*, «увидеть» подобия, переходы и пропасти, если не на основании усмотрения того, что является существенным в наблюдаемом? Прежде всего, в противном случае разве мог бы *Ясперс* сказать: «Вникающее погружение в отдельный случай учит феноменологически часто общему для бесчисленных случаев»? Это общее, которое после вникающего погружения может показать уже отдельный случай, соответствует не обобщению эмпирических данных, оно совершенно неправомерно до тех пор, пока оно не основывается на (по возможности статистически обеспеченном) наблюдении многих случаев, — а только узрению эйдоса в *гуссерлевском* смысле.

Правда, *Ясперс* мог бы возразить, что такое описывание и упорядочивание хотя и невозможно без усмотрения сущности, но последнее при этом все-таки в действительности не становится темой, а выступает только как орган этого описывания и упорядочивания. В этом заключается эмпирический характер подразумеваемой им феноменологии. С этим можно полностью согласиться. Только *Ясперс* должен был бы в таком случае также допустить, что требуется лишь незначительное изменение установки, чтобы из этой эмпирической образовалась эйдетическая феноменология, которая раскрывает условия возможности такого описывания и упорядочивания. — *Ясперсовское* отступление от *Гуссерля* является поэтому не столь значительным, как он сам — отчасти на основании методологических самозаблуждений — полагал. Только так можно понять то, что *Гуссерль* мог считать *Ясперса*, вопреки его внутреннему сопротивлению, подлинным феноменологом в своем смысле (*Ясперс* 1951, 328).

В дальнейшем мы постараемся сохранить позитивное феноменологии *Ясперса*, прежде всего, ее строгую связь с опытом, не содействуя ради этого его

сопротивлению эйдетической и трансцендентальной феноменологии.

С. ФЕНОМЕНОЛОГИЯ В ОРИЕНТАЦИИ НА ГУССЕРЛЯ

Гуссерлевское понятие феномена, которое нужно теперь обсудить, было предвосхищено уже многим. Мы не можем вдаваться в его философскую проблематику. Существенное об отношениях между психопатологией и феноменологией *Гуссерля* обнаруживается, не принимая во внимание некоторых старых авторов, с различных точек зрения у *Л. Бинсвангера* (1922 – 1965), *Бьютендейка* (1959), *Кискера* (1960, 1963), *Хэфнера* (1961), *Куна* (1963), *Штрауса* (1963), *В. Й. Штайна* (*W. J. Stein*) (1963), *Брокмана* и *Мюллер-Суура* (1964), а также *Брокмана* (1965), более фундаментально у *Силаши* (*W. Szilasi*, 1959, 1961), *Дрюе* (*Drue*, 1963), *Штрассера* (1964).

1. *Ясперсовское* понятие феномена отличается от *гуссерлевского* не только сопротивлением эйдетической направленности вопроса, но более самобытно и решительно его игнорированием феноменологической редукции и связанной с ней проблематики коренного изменения установки. Эта редукция обосновывает и оправдывает не только чисто дескриптивную позицию по отношению к явлениям сознательной жизни. Она в то же время лишает их — сохраненного у *Ясперса* — фактического характера и стирает с них все, что ставит их на один уровень с данностями фактической реальности. Осуществленное с этой редукцией изменение установки дает феноменологии вообще пока только ее методическую основу. Действительность в т. н. *эпохе* «заключается в скобки», т. е. она сохраняет только значение как интенциональный коррелят, представляет собой не что иное как нозму поэзиса. Лишь на этом пути интенциональность проявляется в полной мере.

Напрашивается вопрос, какую пользу должен принести такой подход как раз по отношению к психопатологическим явлениям. Правда, только на этом пути получают полное представление об интенциональности сознательной жизни, трансцендентально исполняющейся жизни, как называет это *Гуссерль*. Но какой смысл может иметь исследование интенциональности аномальных актов? В нормальных актах конституируется общий для нас всех мир, в частности также мир научного исследования. Здесь исследование сознательной жизни с целью феноменологической экспликации имплицированных смыслов представляется вполне уместным. Но по отношению к патологическим способам переживания такой подход на первый взгляд нуждается в доказательствах. Может ли здесь содействовать делу иной вопрос, нежели о фактических условиях, при которых они осуществляются? Какую пользу может здесь принести феноменологический анализ интенциональности, конститу-

ции самости и мира? Этот вопрос касается не только бессмысленных представлений, т. е. бреда, но не в меньшей мере бессмысленного поведения, чуждого смыслу процесса выражения и проблематичных способов переживания. Этому противостоит тезис феноменологической психопатологии: Только в возвращении к универсально исполняющейся жизни, которая конституирует как нормальное, так и аномальное, существует надежда — за постоянным допущением того, что «нормально» и «аномально» — поставить встречные вопросы вплоть до того, что конституирует то и другое (и в то же время различие между обоими). При этом, правда, необходимо осознавать, что при состоянии нынешнего исследования только в ограниченной степени можно справиться с этой задачей.

2. *Гуссерль* не останавливается на феноменологической редукции, а создает на этой основе метод эйдетической редукции, т. е. идеации. Этот метод является методом свободной вариации⁴. Он позволяет выделить эйдос как инвариант из многообразия явлений. Однако, при внимательном рассмотрении обнаруживается, что эйдос не отыскивается посредством этого метода, а только изображается. Этот метод служит исключительно тому, чтобы задним числом препарировать ранее всегда уже схваченное (*Miterfaßte*) и узренное (*Miterschaute*). Свободное пространство возможностей, в пределах которого совершается свободная вариация, само уже определено эйдосом. Род и способ, которым эйдос уже в допредикативном опыте дает знать о себе, *Гуссерлем* — прежде всего, в раннем периоде — слишком мало принимался во внимание. Но как раз для психопатологии это имеет решающее значение.

Эйдетическая феноменология устанавливает совершенно новое отношение эмпирии и теории. Они уже не разобщаются: «Воззрение, о котором говорит феноменология, включает ... <видение> (<Sehen>) и <понимание> (<Einsehen>))» (*Штрассер* 1964, 230). Это важное, в его значении еще не оцененное достижение феноменологии *Гуссерля*, содействие таким способом преодолению традиционной бездны между опытным познанием и сущностным познанием без нивелирования их различия.

Пусть даже не для фактов сознания, а только имея в виду природные феномены, подобного требовал уже *Гете*: «Есть тонкая эмпирия, которая нерасторжимо идентифицируется с предметом и благодаря этому становится теорией» (Изречения в прозе № 906). *Бинсвангер* (1964, 631 и сл.) убедительно указал на связи между понятием феномена *Гете* и *Гус-*

⁴ *Гуссерль* во многих местах своего труда разъяснял этот метод; ср. *Гуссерлиана* I 103 и сл., V25 и сл., 131 и сл., IX 69 и сл., Опыт и суждение 1948 § 86 и сл., Формальная и трансцендентальная логика 1929, 218 сл. К философской проблематике ср. *Э. Тугендхат* 1967 § 7.

серля, присоединяясь к *Й. Кёнигу* (1926). Предметом такой эмпирии является сущее (*das Seiende*) не только в своей фактической определенности, но и в своем способе бытия.

Следующий шаг в преодолении вышеуказанной бездны предприняла послегуссерлевская феноменология, взяв в расчет вербальный смысл слова «сущность» новым, радикальным способом.

Сегодня вопрос уже не только в том, чтобы противиться путанице между сущим и его способом бытия, т. е. между тем, что приобретается из опыта, и тем, что в опыте. Это — с разной точки зрения — во многом сделано как философской, так и естественнонаучной традицией. Нынешняя задача феноменологии, скорее, заключается в том, чтобы относительно этого разработать не только то, что разделяет, но и в той же мере то, что объединяет. Познания, которые приобретаются «в» опыте, не являются независимыми от опыта, а только — постепенно — независимыми от его контингенции. Что не исходит из опыта, начинается все-таки только с ним⁵. Какую связь с опытом выражает это «начинание-с-ним», т. е. взаимное отношение априори и апостериори, есть важная проблема феноменологического исследования. Сегодня еще утверждать, что и то и другое целиком разобщается, было бы абсурдно, когда уже есть компьютер, чье программирование не является независимым от обработки данных.

Феноменологическая эйдетика занимается встречающейся отдельной сущностью не относительно ее фактической определенности, а относительно ее способа бытия. Там, где речь идет об исследовании определенных, ограничивающих и учреждающих трансцендентальный проект способах бытия, *Гуссерль* говорил о «региональных онтологиях». Всякое феноменологически-эйдетическое описание психопатологических данностей содействует, в конечном счете, региональной онтологии душевно аномального.

Речь об «онтологии» в этой связи скрывает, правда, возможность серьезных недоразумений. *Во-первых*: Это слово обозначает здесь не нечто вроде догматической науки о бытии. Напротив, феноменологическая онтология означает в соответствии со своим методическим смыслом упразднение всякого догматического полагания бытия. Однако, следует признать, что этот методический смысл не везде выдерживался строго. Уже у самого *Гуссерля* в отдельных местах обнаруживаются метафизические позиции, которые заметно замутняют чисто дескриптивный характер его анализов. Так, *Ландгребе*, конечно, не без оснований говорил о случайном «переходе методического понятия конституции в метафизическое». В отличие от этого мы стараемся придерживаться чисто дескриптивного характера феноменологии.

⁵ Ср. *Кант*, Критика чистого разума, изд. В, с. 1; у *Канта* только иначе расставлены акценты.

Во-вторых: Интенции феноменологической психопатологии необходимо строго отличать от интенций философской онтологии, которая — как, например, онтология *Хайдеггера* — ставит вопрос о смысле бытия в центр внимания. В рамках такой постановки вопроса анализы отдельных способов бытия — вспомним о тревоге, страхе, любопытстве и т. д., но также, прежде всего, об особенно интересующих нас анализах привычного бытия (*Vertrautsein*) соотв. непривычного бытия (*Unvertrautsein*) — служат только примером. Сущность тревоги, страха, любопытства, привычного бытия, непривычного бытия и т. д. исследуется не ради их самих, а только ввиду того, что можно выгадать из этого для вопроса о бытии. Очевидно, что такая постановка вопроса принадлежит философии и не может быть нашей. Если психопатолог вообще ввязывается в вопрос о бытии, то только для того, чтобы получить возможность описать отдельные способы бытия более подходящим образом, и это опять только для того, чтобы лучше постигнуть больного и то, что мы у него непосредственно или опосредованно выявляем. Для этого требуется иная компетентность, нежели та, которой обладает философ. Весьма спорное разделение между философией и отдельной или специальной наукой не следовало проводить в такой мере между наукой о сущностях и наукой о фактах, как, напротив, между наукой, которая рассматривает сущее из-за его способа бытия, и этот последний опять ввиду вопроса о смысле бытия, и, с другой стороны, наукой, которая занимается вопросом о бытии исключительно для лучшего постижения определенных способов бытия и вместе с ними опять только для лучшего постижения тех сущих, с которыми она имеет дело. Наиболее важным поэтому был бы не предмет (*Sache*), а *направленность* вопроса. То, что держится в фоне ориентации одного случая, является в другом темой, и наоборот. Выходящие за эти пределы вопросы о компетенции малопродуктивны.

В этом смысле можно сказать: Там, где мы трудимся над феноменологическими анализами психопатологических данностей, мы работаем — даже если это не является особой целью — косвенным образом всегда в то же время над «региональной онтологией» аномального, пусть даже в противоположной, по сравнению с работой философа, направленности вопроса. *Кискер* указал на это уже в 1960 году и сослался при этом на интерпретацию *Ландгребе* 2-го тома «Идей» (*Гуссерлиана* т. IV). Специально для нашего круга вопросов это означает поиск «?morphī шизофреника как определенного выразительного типа человеческого» (*Кискер* 1963), причем, конечно, «возможность регулярных изменений человеческого» также предполагается в патологических способах бытия.

Это требование имплицитно тяжелые проблемы. «Аномальное», «шизофренное» может, пожалуй, быть еще темой региональной онтологии, но не в том

же самом смысле аномальный, шизофреник, т. е. душевно аномальный или больной человек. Возникает затруднение, что учение о сущности человека — например, в разработке регионального априори в смысле Гуссерля — невозможно тем же образом, как учение о сущности пространственных тел, неорганического, органического или только одушевленного бытия. Попытки в этом направлении — такие, как *Н. Гартмана*, в известной степени также *М. Шелера* — не могут полностью удовлетворить. Здесь находится один из отправных пунктов экзистенциальной онтологии *Хайдеггера*, которая исходит из того, что человек не может просто, как прочее, стать предметом учения о сущности; или иначе — что тогда слово «онтология» с необходимостью должно получить другое значение. Все же нужно учесть, что человеческое бытие охватывает множество способов бытия очень разной онтологической структуры, и притом не только такие, которые можно интерпретировать исключительно экзистенциально (*Штраус* 1963). Ни эйдетическая феноменология, ни экзистенциальная герменевтика, по-видимому, не смогут когда-либо сами по себе справиться с этой задачей. Если одной недостает возможностей подхода к природе человека, которая больше, нежели только привативная интерпретация (Бытие и время, с. 50, 58), то другой — неприкрытого взгляда на субъективность человеческого субъекта. Правы ли *Брокман* и *Мюллер-Суур* со своим мнением, что задача скорее может быть решена в рамках структурной антропологии, представленной в начинаниях *Плеснера*, должно показать исполнение.

3. У Гуссерля ответ на вопрос о субъективности человеческого субъекта дается через третью ступень феноменологии, т. е. через трансцендентальную редукцию. На этой ступени все данное как таковое (также сам эмпирический субъект) описывается как конституированное в трансцендентальном эго: «Мир со всеми своими реальностями, в том числе также с моим человеческим реальным бытием, представляет собой универсум конституированных трансценденций...» (1929, 222). Связанная с этим проблематика обнаруживается разработанной в эгологии или монадологии позднего творчества Гуссерля. Для психопатологии она приобрела значение в интерпретации *Силаши* благодаря последним публикациям *Л. Бинсвангера* (1960 – 1965). *Кискер* (1961) и др. скептически вопрошали, может ли эта феноменологическая эгология, как бы она ни была интересна в теоретических аспектах, стать плодотворной для психиатрии. В противоположность этому *Брокман* и *Мюллер-Суур* (1964) и *Брокман* (1965) защищали точку зрения, что поздний труд Гуссерля — поскольку он объясняет отношения между эмпирическим и трансцендентальным эго — должен сыграть решающую роль именно для проблемы шизофрении как «вопроса о конституции в пределах эгологической сферы».

Этот «феноменологический поворот» (*Кискер*) отнюдь не должен означать отказ от дазайн-анализа. *Бинсвангер* (1965), правда, подчеркнул, что чем более он ценил онтологические интенции *Хайдеггера*, тем с большим скепсисом он относился к их «применению» в науке. Однако, это не означает, что из-за этого он оставил важнейший, ставший возможным благодаря «Бытию и времени» подход дазайн-анализа. *Бинсвангер*, напротив, до последнего придерживался «онтологически-дазайн-аналитического основания» (1965, 17 и сл.). В-мире-бытие — не как формально-онтологическая структура, а — как совершающееся в разнообразных модификациях⁶ и подлежащее детальному описанию событие для нас тоже остается исходным пунктом. Расширение и углубленное основание, которое проблема интенциональности Гуссерля получила благодаря *Хайдеггеру*, не отбрасывается. Главной темой по-прежнему является трансцендирование *Da-Sein*'а, причем словечко «sein» получает вербальное и в то же время транзитивное значение (ср. *Бланкенбург* 1962). И все-таки возвращение к феноменологическому начинанию Гуссерля делает возможным беспредпосылочный подход. Для этого нет необходимости, как это делал *Бинсвангер*⁷, возвращаться от анализа *Dasein*'а к анализам структуры опыта. Решающим является, скорее, возобновление феноменологической проблематики конституции. Она не обязательно предполагает ориентацию на предметную интенциональность, одностороннее акцентирование которой Гуссерль только в позднем творчестве мало-помалу — но никогда полностью — преодолел. Также *Da-Sein* или в-мире-бытие можно понимать как исполнение трансцендентально «исполняющейся жизни» в смысле Гуссерля и исследовать для установления его конституции или генезиса. Тем самым сохраняется определенная польза отдельных анализов (например, модальностей понимания бытия) «Бытия и времени», однако, в открытых рамках феноменологического описания трансцендентальной конституции или генезиса восстанавливается то, что хотя и противоречит онтологическим интенциям «Бытия и времени», но предвещает плодотворную связь со специальным психопатологическим исследованием. Развитие в таком случае, принимая во внимание все то, что с тех пор внесли различные феномено-

⁶ Босс оспаривал право говорить об изменениях в-мире-бытия. См., тем не менее, *Хэфнер* (1961, 28 и сл.), *Кун* (1963), *Бланкенбург* (1965а).

⁷ Отношение *Бинсвангера* к феноменологии и онтологии является очень сложным и, несомненно, пронизано разнообразными заблуждениями, в особенности также самозаблуждениями. Это не должно нас здесь занимать. Более старую критику *Бинсвангера* см. *Куниц* (1949), *Силаши* (1951/1961), более новую — *Кискер* (1962), *Фонессен* (1965/66), *Зоннеман* (1969).

логические школы, в особенности также французские, пошло бы в том направлении, в котором его вел поздний Гуссерль. Это, очевидно, также входит в замысел Брокмана (1965), когда он подчеркивает, что интерпретации «Бытия и времени» являются, в сущности, анализами жизненного мира в смысле Гуссерля, только в других условиях или в рамках другой «установки».

Опасность, что на этом пути возникнет смешивание различных точек зрения и методических ориентаций, велика. Отдельные термины, такие как «мир», «Dasein», «трансцендентальный» и т. д., имеют у отдельных авторов очень разное значение. Невозможно обсуждать эти расхождения в каждом отдельном анализе. Феноменологический психопатолог должен, однако, постоянно помнить о них, даже там, где нет возможности разбирать их *expressis verbis*, иначе возникает угроза утраты ясной ориентации среди избытка двусмысленностей. Поэтому предшествующие обсуждения также были неизбежны.

Терминологическая многоколейность в феноменологическо-антропологически ориентированных работах, как и в настоящей, является неудовлетворительной, но при нынешнем состоянии исследования ее вряд ли можно избежать. В любом случае неприемлемо во имя методического пуризма или для обеспечения однозначности терминологии догматически отдавать только *одному* феноменологическому направлению. В настоящее время нет ни одного, которое объединило бы в себе определенную выгоду всех других. Но это не означает, что различные исходные пункты и методические установки, а также вытекающие из этого мнения вне всякой связи располагались бы друг подле друга. Как раз при знании их различия сегодня все более и более вырисовывается определенная предметом (Sache) конвергенция, и это дает надежду, что различные, в настоящее время еще диспаратные феноменологические исследовательские направления сольются в единый поток традиционной науки.

Нужно дифференцировать не только между исходными пунктами различных феноменологических направлений. Также при строгом принятии научной систематики Гуссерля для методической ориентации возникают различные промежуточные ступени. Дрюе (Driue) (1963, § 17) разработал пять из них. Не терминологически, однако же по существу во многом вслед за Гуссерлем, он обозначает их как

1. психофизическая психология,
2. чистая психология,
3. эйдетическая психология,
4. трансцендентальная психология,
5. трансцендентальная феноменология,

причем вместо психологии всюду с тем же успехом можно было бы поставить психопатологию, тем более что Дрюе заимствует примеры, на которых он разъясняет эту последовательность, в большинстве случаев из психиатрии.

Мы не можем более подробно остановиться на этой разнице. Знание о ней, однако, важно для предварительного упорядочивания разного рода усилий в области психопатологии. Если учитывают к тому же попытки Кискера (1964, 1965) внести порядок в многообразии психиатрических методов, то получают примерный обзор большого количества возможных методических проблем в нашей научной области. Вместо того чтобы вести бесплодный спор о правомочности или даже приоритете какого-либо исходного пункта, следовало бы лучше направить все усилия на то, чтобы посредством продуманной командной работы из диспаратного многообразия методов, которое, согласно *ф. Гибзаттелю*, в пределах психиатрии в настоящее время допускает только аспектологию, создать *спектр* методов, в котором психопатологические факты в своей многомерности могут описываться богаче и полнее.

Предпринятое *Бинсвангером* в его последних публикациях смещение акцента от дазайнааналитического к чисто феноменологическому подходу влечет за собой в качестве радикальной утраты, прежде всего, отказ от проблемы жизненной истории. Если бы этот отказ был окончательным, его вряд ли бы уравновесила какая-либо иная выгода. Его, тем менее, можно расценивать только как временный. Удовлетворительное объяснение структур данного в-мире-бытия, — исходя из терминологии и точки зрения *Хайдеггера* можно также сказать: конституции самости, мира и тела в феноменологическом смысле, т. е. «трансцендентальной организации»⁸ (*Бланкенбурге* 1962, 1965b, c), — одновременно включая всю жизненную историю, ос-

⁸ Под «трансцендентальной организацией» мы понимаем структуру фактической трансценденции определенного человеческого Dasein'a, т. е. структуру условий возможности всегда активного отношения к себе и миру. «Трансцендентальная организация» есть большее, нежели только «интенциональная структура» (*Гилберт*), поскольку она также включает в себя доинтенциональное отношение к себе и миру. Мы употребляем этот термин вместо «конституции Dasein'a» (*Бинсвангер*) и подобных обозначений, поскольку он предотвращает их статический характер (так, как если бы диалектика непосредственности и опосредования должна была бы безоговорочно обратиться к односторонней выгоде первого). То, что философски представляется формальной априорной структурой, здесь в качестве фактической, осмысленной в постоянном изменении, структуры становится предметом феноменологически-дескриптивных исследований. Эмпирически-позитивистский поворот, который тем самым дается понятию «трансцендентальный», не соответствует унаследованным философским интенциям. Его обоснование не может быть задачей этого сочинения. Для этого было бы необходимо принять во внимание предпосылки, которые имплицитно традиционное употребление этого понятия. Можно сомневаться в том, насколько целесообразно при этих обстоятельствах держаться за столь обремененное слово, как «трансцендентальный». До сих пор, однако, еще не найдено более подходящего термина.

тается целью, но сталкивается с большими трудностями. Поэтому из научно-экономических оснований проблему жизненной истории целесообразно пока что несколько отодвинуть в сторону, чтобы затем на созданном основании вновь более глубоко усвоить ее.

Д. АЛИЕНАЦИЯ (ОТЧУЖДЕНИЕ) ШИЗОФРЕНИКА В ЖИЗНЕННО-МИРОВОЙ ПЕРСПЕКТИВЕ

В связи с вопросом о (допараноидной) алиенации шизофренического Dasein'a мы ограничиваемся, следуя в этом за Э. Штраусом и Натансоном (1963), проблемой его жизненно-мировой фиксации. Речь идет об «опыте помешанного как составной части нашего общего жизненного мира и о способах того опыта, который конституирует для помешанного особый жизненный мир» (Кискер 1963, с. 10)⁹. Тем самым выражена далеко идущая программа. Речь идет об исследовании, которое основывается на опыте больного; а именно, больного в двояком смысле *genitivus-objectivus* и *subjectivus*. Во-первых, речь идет о дотеоретическом и допредметном опыте, который мы имеем перед лицом больного, во-вторых, о вопросе: как конституируется для него особый жизненный мир, который формирует его опыт, переживание, действия и проявление себя. Наше переживание странности (*Befremdung*) и его отчуждение (*Entfremdung*) противостоят и в то же время отсылают друг к другу. Способ, которым они вступают в феноменологический опыт алиенации, должен быть обсужден в дальнейшем:

I. В рамках феноменологической задачи опыт помешанного и его помешательства, как он возникает для нашего дотеоретического, существующего в наивном обращении с встречающимся сознанием, со всей серьезностью должен быть принят в полном объеме. Эта стадия опыта была названа Гуссерлем жизненно-мировой. Она во многом совпадает с тем, что было изложено в первом разделе о «Феноменологии в пределах естественной установки». В качестве донаучной ступени опыта она в то же время является ненаучной. Она поэтому также легче всего характеризуется в отграничении от ступеней позитивистского научного сознания.

Это последнее устанавливает факты, пытается объяснить установленное и, если возможно, сделать управляемым. Оно проецирует встречающееся на в каждом случае заданный априорным проектом соот-

⁹ Можно было бы вместо «жизненного мира» использовать равным образом «мир», и проблема тем самым получила бы новый масштаб. Вместе с термином «жизненный мир», однако, акцент изначально должен переместиться на дотеоретическое отношение к миру — в особенности на «аксиомы обыденного мира» (Штраус).

ветствующей науки и поэтому в значительной степени фиксированный уровень реальности. Все, что не подчиняется этой процедуре, выносится за скобки или, точнее, как «субъективное» не принимается всерьез с научной точки зрения. Благодаря этому научное исследование обеспечивает себе ясный подход и может управлять имеющимся в наличии. Отличие разных способов бытия не становится темой, а создает исключительно разнообразные трансцендентальные проекты отдельных отраслей науки. Это с необходимостью означает ограничение общего опыта действительности, ибо то, что таким образом выносится за скобки, отнюдь не является только субъективным, а содержит как субъективные, так и объективные моменты — правда, трудно разделимые-объединенными в себе.

Жизненно-мировой опыт не ведает этих ограничений научного опыта и, поэтому, является дополнительным. Но если он даже открыт для встречающегося в его различных способах бытия, то он претерпевает последние все же не как таковые, а смешивает их неметодически и бесконтрольно как с предметными, так и с субъективными элементами опыта. На этом зиждется его ненаучность. С другой стороны, он охватывает научный опыт и содержит его «забытый смысловой фундамент» (Гуссерль). С научным познанием я ориентируюсь в мире. Мир в этом — лишь благодаря феноменологическому исследованию теоретически доступном — смысле принципиально отличается от всего, что в качестве «мира» (= внутримировое в смысле Хайдеггера) может стать предметом естественнонаучного исследования. Поскольку всякий теоретический научный подход в то же время является деятельностью и представляет собой, тем самым, один среди прочих возможных способов овладения миром, он, наряду с теоретической, всегда в то же время предполагает практическую ориентацию, которая принадлежит жизненно-мировому опыту¹⁰.

Феноменологический опыт в смысле Гуссерля, как уже подчеркивалось, не есть нечто идентичное с этим жизненно-мировым опытом. Он рассматривает его преимущественно как таковой и исследует его интенциональный коррелят: жизненный мир¹¹. Он, таким образом, отнюдь не просто осуществляет его наивные установки, — будь это так, он был бы не менее нена-

¹⁰ Опыт в этом жизненно-мировом смысле никогда не подразумевает исключительно опыт чего-то, но всегда одновременно опыт, который мы получили с чем-то или кем-то (Силаши 1965). В конечном счете он имеет своим основанием практику.

¹¹ Относительно эпистемологического значения <жизненного мира> у Гуссерля ср. среди прочего Тугендхат (1967), Пажанин (1969).

учным, — но также не просто выносит его *за* скобки, как предметное исследование, а заключает *в* скобки. Это заключение в скобки делает возможным, однако, изучение его конститутивных моментов, от которых также всякое естественнонаучное исследование, вопреки всем усилиям вынесения за скобки, сохраняет нелегко постигаемую зависимость¹².

Возможно, это прояснит пример: воспроизводящее неререфлективное впечатление донаучное суждение: «Х. вел себя неприлично — свихнулся» в рамках феноменологической постановки вопроса не просто остается без внимания как ненаучное, еще менее принимается без лишних слов. Напротив, задается вопрос об условиях возможности, при которых определенное поведение может вызвать впечатление «неприлично-го», «свихнувшегося» («*ver-gückt*»), и какие существуют возможности это впечатление дифференцировать и исследовать его субъективные и объективные моменты. Не удовлетворятся констатацией того, что это выражение употребляется здесь только метафорически, но займутся выяснением условий возможности для переноса используемого обычно только в пространственном отношении обозначения на своеобразное поведение. Здесь можно было бы упомянуть все, что, исходя из пациента, нас каким-либо образом впечатлило, т. е., например, взгляд, мимика, жестика, поведение, а также многое, что проявляется уже не в пассивном воздействии на себя, а лишь в активном общении с ним.

Это означает: Феноменологический опыт пытается, с одной стороны, оставаться безоговорочно более открытым для всех способов бытия встречающегося — т. е. быть более непосредственным, более «естественным», — чем естественный, наивный донаучный опыт. С другой стороны, он старается в той мере быть более научным, чем обычный научный опыт, в какой он не связывает себя в каждом случае только *одним*-всегда предполагаемым — трансцендентальным проектом, а принимает во внимание различные концепции реальности и изучает их скрытые «смысловые фундаменты» (*Гуссерль*).

Он, в частности, спрашивает о разных способах бытия встречающегося и их конституции в феноменологическом смысле этого слова. На этом пути более подвижную, более восприимчивую к нюансам впечатлительность донаучного сознания нужно еще усилить, а затем систематически применять к объекту и, стало быть, в то же время к органону нового опыта. Речь, таким образом, идет отнюдь не *только* о более откровенной встрече с больным и его свихнутостью

(*Ver-gücktsein*) как одним, из общего нам жизненного мира выделяющемся случае, — одно это, несмотря на всю свою важность, не имело бы еще ничего общего с наукой, — но в то же время о феноменологической обработке, т. е. просвечивании этого опыта. Субъективное переживание странности (*Befremdung*) должно стать прозрачным в направлении к объективному опыту способа бытия странного (*Befremdliche*), постигаемого через это переживание.

II. Если обозначенный цифрой I подход к способу бытия больного и его болезни (*Kranksein*) уже не является простым, то подход к «способам того опыта, который конституирует для свихнувшихся особый жизненный мир» (*Kiscker*) еще труднее. Анализы конституции *Гуссерля* прежде всего поднимают вопрос — даже если в сущностной общности — о конституции чего-либо когда-нибудь в моем сознании, как возможен опыт трансцендирования другого? *Штраус* (1963) справедливо указал на то, что *ясперсовское* требование наглядного представления того, что происходит в больном, совершенно игнорирует вопросы о возможности диалога и понимания и, вместе с тем, основную проблему психиатрии. Эта проблема до сих пор не получила удовлетворительного разрешения. Важные указания обнаруживаются у *Кунца*, *Бинсвангера*, *Силаши*, *Куна*, *Штрауса* и др. Ввиду неоднозначности понятия понимания необходимо, отмежевываясь от феноменологии *Ясперса*, подчеркнуть, что цель заключается не только в наглядном представлении того, что происходит в больном. Речь идет не о том, чтобы как бы натянуть на себя кожу больного, чтобы сопереживать то, что он переживает. До какой степени подобное возможно, зависит от субъективных условий, которые меняются от исследователя к исследователю. Отмежевываясь от этого, подразумеваемый здесь феноменологический способ рассмотрения пытается постичь *через* самоописания больного его способ бытия. Это двоякий подход: во-первых, через самоэкспликацию больного, во-вторых, через герменевтическую коммуникацию. *Бинсвангер*, следуя за *Силаши*, ясно установил эту «двойную коммуникацию» (отчетливо впервые в 1958 году в рамках полемики с *Х. Кунцем*). То, что мы постигаем на этом пути, способ бытия больного, более детально его *душевное состояние*, является не чем иным, как тем, что становится доступным на описанном под цифрой I совсем другом, во многих отношениях противоположном пути. Цель в обоих случаях одна и та же: постижение всегда соотносящейся с телом конституции самости и мира у больного.

¹² Доказательством этого для нашей области науки послужила значительная часть творчества *Э. Штрауса*.

Шизофрения или шизофреноформная маска депрессии?

Разбор¹ ведет Андрей Аркадьевич Шмилович³,
врач-докладчик Екатерина Юрьевна Бурлак³

Пациентка: Александра В. (имя изменено), 01.07.1999 г.р. (21 год).

Анамнез: Объективных данных о психопатологически отягощенной наследственности нет. Известно, что родители пациентки посещали психолога в связи с семейными дисгармониями. Отец злоупотреблял спиртными напитками, что часто являлось причиной домашних ссор. Мать по характеру человек эмоциональный, вспыльчивый, резкий. Работает медсестрой в Ожоговом Центре. Пациентка родилась от тяжело протекавшей (с токсикозом) беременности, недоношенной, на 7 месяце, путём кесарева сечения, единственным ребенком в семье. В раннем возрасте перенесла простудные заболевания, ветряную оспу без осложнений. Детский сад посещала неохотно, «было страшно с людьми». Обучение в средней общеобразовательной школе начала в возрасте 6 лет. Отношения с одноклассниками не складывались, адаптировалась в коллективе с трудом, была «белой вороной», испытывала насмешки со стороны сверстников. По характеру формировалась тревожной, ранимой, застенчивой. В тот период впервые осознала, что с ней «не хотят общаться». Понимала это на основании того, что её «не замечали». «Знала», что одноклассники, стоявшие в стороне, обсуждали её, негативно отзывались. Дома плакала по этому поводу, посещала школьного психолога. Успевала преимущественно на «хорошо» и «удовлетворительно». Из предметов выделяла русский язык и физику, математику не любила. В средней школе отношения с одноклассниками не улучшились, по-прежнему являлась объектом насмешек и издевательств. Была уверена, что причиной этому являются её «симпатичная внешность и длинные волосы». В тот период ежедневно на протяжении двух

лет платила по 100 рублей однокласснице, чтобы её «не трогали». Попыток отказаться от этого не предпринимала. В единичных случаях (дважды за школьный период) случались физические стычки с одноклассниками, которые пытались вытащить деньги из её сумки. С 12 лет посещала музыкальную школу по классу шестиструнной гитары. Обучение нравилось, однако спустя два года его оставила. Имела единственную подругу, с которой после школы смотрела видеofilмы, вместе гуляли.

Примерно в 12 летнем возрасте впервые заметила, что практически не реагирует на оскорбления сверстников. В школе «называли крысой, но было без разницы». В связи с посредственной успеваемостью в 10 классе для продолжения обучения ее не оставили. По настоянию матери и протекции тётки поступила в 2017 (2018) г. в строительный колледж. В возрасте 14 лет, после смерти отца от онкологического заболевания, резко снизилось настроение, снизилась успеваемость в колледже, «скатилась на тройки». В тот же период переехала из г. Чехов МО к тётке в Москву, в связи с более удобной возможностью посещения московского колледжа. Отношения с одноклассниками в колледже также не складывались. Была убеждена, что окружающие настроены по отношению к ней негативно, так как поступила в колледж «по благу» (тётка являлась знакомой директора колледжа). Отношения с тёткой также не задалась. Болезненно воспринимала её требования приходить к определённому времени вечером, питаться в колледже, не общаться с антисоциальными сверстниками. Через два месяца вновь переехала в г. Чехов МО к родителям. В период обучения в колледже испытывала почти постоянную апатию и тревогу, «не хотелось вставать, потому что в колледже ждут одни неприятности». В тот период испытывала частую бессонницу, которую связывала с необходимостью раннего подъёма (в 5 утра) для поездки в Москву на обучение. Вместе с тем, занималась йогой, бегом, фитнесом. В период обучения в колледже «занималась вокалом», посещала студию типа «свободный микрофон», писала песни, стихи. При этом публичных выступлений не стеснялась. В период обучения в колледже в результате

¹ Психиатрическая клиническая больница № 4 им. П. Б. Ганнушкина, 15.04.2021.

² Д.м.н., зав. кафедрой психиатрии и медицинской психологии РНИМУ им. Н. И. Пирогова.

³ Ординатор 2-го года обучения Национального медицинского центра психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского.

случайного происшествия получила травму головы, квалифицированную неврологом (со слов мамы), как «лёгкое сотрясение головного мозга». По окончании колледжа в 2019 г. по специальности не работала. Со слов матери, предпринимала многократные попытки найти работу, однако долго нигде не удерживалась. По настоянию матери поступила на платное отделение в Московский международный университет по специальности «менеджмент». Прочувшись два месяца, стала утомляемой, испытывала сниженное настроение (со слов матери). Отказывалась от еды, говорила матери: «Нужно экономить, я не работаю и есть не буду», была фиксирована на идее найти работу. На фоне отказа от приёма пищи отмечались обмороки. В связи с этим была консультирована неврологом, принимала «какую-то терапию» (объективных данных у матери и пациентки нет). Состояние частично стабилизировалось, принимать пищу стала в достаточном объеме, обмороков больше не отмечалось, однако пациентка оформила академический отпуск. Продолжила обучение с сентября 2020 г. дистанционно ввиду эпидемиологической ситуации. В ноябре 2020 г. вновь испытывала тоскливое и подавленное настроение, «постоянно хотелось спать». Спала с 9.00 утра до 20.00 часов, ночное время бесцельно проводила за компьютером, пыталась дистанционно продолжать обучение. Два раза в неделю посещала частного психолога с жалобами на «несложившуюся жизнь», многократные неудачные поиски работы. Была переведена на второй курс дистанционного обучения, который в настоящее время осваивает. В последней сессии в декабре 2020 г. сдала зачёты по «основам менеджмента», экономике, английскому языку, не справилась со сдачей предмета «трудовое право». Дистанционные занятия предпочитает проводить в ночное время: «ночью голова лучше работает».

В периоды временных отъездов матери конфликтовала с соседями, считала, что они специально громко смеются, проходя мимо квартиры, специально не пускают ее домой, закрывая дверь тамбура на засов на лестничной клетке после ее длительных ночных прогулок по Москве. По словам матери, последние несколько лет пациентка изменилась в поведении, стала замкнутой, требовала разменять квартиру, чтобы жить отдельно. Неоднократно пробовала устроиться на работу, однако удерживалась не более недели. Последние два месяца стала агрессивной к матери, бросается с кулаками, провоцирует драки, в связи с чем мать уехала на съемную квартиру. Накануне госпитализации 21.03.2021 г. после очередной прогулки обнаружила дверь тамбура закрытой, попасть домой не смогла, переночевала в гостинице. Вернувшись домой 2 марта 2021 г., в своей квартире громко плакала, ругалась с соседями, которые будто бы хотели завладеть её квартирой и проникнуть в неё. В телефонной переписке с матерью сообщила, что сожжёт её фотографии, если мать не выделит ей долю в квартире для

отдельного проживания. Сожгла фотографии, легла спать и была разбужена работниками службы спасения «112», которые демонтировали входную дверь по вызову соседей. Из рапорта сотрудников полиции известно, что после вызова о задымлении в квартире, пациентка прибывшим на место сотрудникам полиции дверь не открывала, дверь была вскрыта силами сотрудников МЧС. Пациентка сидела в комнате и жгла на полу фотографии. При этом громко кричала, что ее «все достало», что «мать заставила сжечь фотографии», что у нее «родители все отобрали, нет машины, квартиры». Осмотрена дежурным психиатром. В приемное отделение доставлена в недобровольном порядке с диагнозом: «Истерическое расстройство личности, состояние декомпенсации F-60.42».

При осмотре в приёмном отделении: Сознание ясное. Ориентирована в собственной личности, месте и времени верно. Зрительный контакт поддерживает непродолжительное время, старается его избегать. Продуктивному контакту доступна. Во время беседы остается тревожной, напряженной, раздражительной. На беседу с врачом пассивно соглашается, самостоятельно её не иницирует, этическую дистанцию соблюдает. Речь в нормальном темпе, модулированная. На поставленные вопросы отвечает развернуто, не всегда в плане заданного, соскальзывает на эмоционально значимые темы. Суждения инфантильные, легковесные. Утверждает, что «мать заставила сжечь фотографии», однако причину не объясняет. Негативно настроена по отношению к матери, упрекает ее в том, что «она не хочет разменивать квартиру, чтобы я жила одна», «продала машину отца, которую он хотел мне оставить». При этом сообщает, что водительских прав не имеет. Говорит, что ее «все достало», «на работу никуда не берут, а если берут, то не выплачивают деньги». Утверждает, что с 14-ти лет пытается устроиться на работу.

Фон настроения снижен. Эмоционально неустойчива. Аппетит снижен на протяжении последних двух месяцев. Не возражает против госпитализации, обследования и лечения. Подписала информированное добровольное согласие на госпитализацию, обследование и лечение».

В дальнейшем в отделении предъявляла жалобы на сниженный фон настроения. К общению с другими больными не стремится, предпочитает быть одна. В свободное время рисует, раскрашивает раскраску. На беседу соглашается, спокойно проходит в кабинет, садится на предложенный стул. Зрительный контакт устанавливает на непродолжительное время, взгляд блуждает по кабинету. Во время беседы беспокойно перебирает пальцами, грызёт ногти. Мимика маловыразительная, голос средней тональности, маломодулированный. На вопросы отвечает не всегда в плане заданного, иногда соскальзывает на побочные ассоциации. Причину госпитализации внятно объяснить

не может, сведения направительной документации отрицает, при просьбе рассказать свою версию событий говорит путано и сбивчиво. Определённых планов на будущее не имеет. Формально высказывает желание устроиться «куда-нибудь» на работу. Суждения инфантильные.

Психический статус. Выглядит моложе паспортного возраста, на беседу соглашается с некоторой тревогой, опаской. Передвигается замедленно, движения угловатые, шарнирные. Лицо маскообразное, без эмоций, глаза широко распахнуты. Сидит в закрытой позе, скрестив руки на груди. На вопросы отвечает тихим, едва слышным голосом. Ориентировка всех видов не нарушена. Активно жалоб на здоровье не предъявляет. Себя считает психически здоровой. Тут же продолжает, что на протяжении многих лет консультировалась у психолога (в школе и частным образом) по поводу «несложившейся жизни»: трудностей общения с коллективом, со сверстниками, с родителями. На уточняющие вопросы отвечает пространно, около, не всегда по-существу. Приводит многочисленные примеры невозможности трудоустройства, когда удавалось поработать всего 1 – 2 недели, однако потом, без получения оплаты, вынуждена была оставить работу. Путано и противоречиво перечисляет места работы на административной должности в ГБУ «Жилищник», в ресторане быстрого питания KFC. В качестве жалоб выделяет несложившиеся отношения с мамой и тётей, которые требовали соблюдения режима дня, систематического обучения в школе и колледже. Повышая голос, с раздражением, безапелляционно заявляет, что её мать, будто бы, препятствует её трудоустройству, потому что в этом случае семья перестанет получать пособие по потере кормильца. Приводит примеры, когда мать не разбудила её на работу, в связи с чем она допустила прогул и была уволена. Скороговоркой и с обидой продолжает, что мать продала долю в папиной квартире, которая была от него унаследована, поэтому в настоящее время вынуждена проживать с матерью, настойчиво требует от матери размена квартиры для отдельного проживания. Анамнестические сведения излагает путано, противоречиво, непоследовательно, часто теряет нить рассуждений. Затрудняется в датировании даже основных жизненных событий: так, не помнит в каком возрасте или в каком году пошла в школу, не помнит года её окончания, путается в обстоятельствах дистанционного обучения в ВУЗе, называя его «академическим отпуском». То сообщает об успешном окончании сессии, то называет предметы, которые «не сдала». Не может сообщить год рождения мамы и папы. Неудачи в жизни связывает с тем, что они «передались от отца по наследству... у него то же самое было, тоже не мог найти работу». Уверена, что «его тоже все ненавидели, даже брат и сестра, из-за того что дедушка его любил больше». Не скрывает, что мысли о своей безуспешности «постоянно крутятся

в голове». Вне контекста диалога заявляет, что в детстве стала тонуть на речке, а «кто-то снизу вытолкал из воды», после этого случая «поверила в Бога». Однако, церковь не посещает, церковные праздники не соблюдает, их значение объяснить не может. Вспоминает, что в школе «никто не хотел дружить, одноклассники делали вид, что не видят меня, смотрели в сторону, когда я находилась рядом». Убеждена, что случайная ссора и драка двух одноклассников в школе, в результате которой она упала и ударилась шеей, была специально ими инсценирована, чтобы причинить ей физический вред. В отношении обстоятельств госпитализации поясняет, что находится в конфликтных отношениях с соседями, подозревает их в стремлении завладеть квартирой. Рациональных объяснений этому не предлагает. Уверяет, что соседи «специально» на ночь закрывают квартирный тамбур, чтобы её не пускать. Вернувшись домой после ночи в гостинице, снова требовала от матери размена квартиры, чтобы «жить отдельно» и «чтобы ей досадить», сожгла на полу в комнате документы и фотографии матери. После этого помнит лишь сотрудников МЧС, которые вскрывали входную дверь.

Эмоциональные реакции нивелированы, однообразны. Мышление в неравномерном темпе, с соскальзываниями, нечёткое, с частыми уходами на побочные ассоциации. Память невысокого уровня. Критики к заболеванию нет.

Психический статус. В кабинет входит по приглашению. Сидит на стуле в скованной позе, наклонившись вперед и облокотившись на руки, закрыв ими нижнюю часть лица. Во времени, месте и собственной личности ориентирована верно. Внешне выглядит опрятно, моложе паспортного возраста. Напряжена, несколько подозрительна, насторожена. Фон настроения снижен. Зрительный контакт почти не удерживает, взгляд отводит. Мимика сглажена, выражение лица тревожное. В контакт вступает неохотно, в беседе не заинтересована, инициатива полностью исходит от врача. При общении вежлива, дистанцию соблюдает. В начале беседы на вопросы отвечает односложно, в основном в рамках заданного. В переживаниях раскрывается только к концу беседы, отвечая на вопросы более развернуто, иногда игнорирует вопрос, «соскальзывая» на более эмоционально значимые для нее темы. Голос тихий, но становится громче при беседе о важных для нее проблемах. При воспоминании об отце плачет, быстро успокаиваясь при смене темы беседы. Раздражается, говоря о соседях, при этом улыбается. Фиксирована на внутренних переживаниях. Не может правильно назвать годы поступления в школу, колледж, ВУЗ. Путается в анамнестических данных. Связывает это с «плохой памятью». Причину снижения памяти объясняет так: «толкнули в колледже, когда рядом дрались два одноклассника, я упала и ударилась шеей». Заявляет, что

драку устроили специально рядом с ней, чтобы «как будто случайно задеть и толкнуть меня».

Рассказывает, что «в жизни ничего не получается», причину объяснить не может, «не знаю, везде стараюсь», при прицельном расспросе связывает это с тем, что «неудачи от отца по наследству передалась, у него то же самое было, тоже не мог найти работу». «Его тоже все ненавидели, даже брат и сестра, из-за того что дедушка его любил больше». Сообщает, «что мысли о безуспешности постоянно в голове». Рассказывает о том, как в детстве стала тонуть, а «кто-то снизу вытолкнул из воды», после этого случая «поверила в Бога», но церковь не посещает. Выражает недовольство, что «все против меня, никто в меня не верит». В школе «никто не хотел дружить, одноклассники делали вид, что не видят меня, смотрели в сторону, когда я находилась рядом». Рассказывает, что «в школе издевались», «из-за того что одна девочка мне завидовала, что я красивая и у меня длинные волосы». В колледже «хотелось общаться с людьми, но все были настроены против меня», «за спиной шептались, называли крысой и смеялись надо мной, говорили, что у меня ничего не получится», утверждает, что слышала такие разговоры о ней, когда проходила мимо сверстников. Недоброжелательное отношение связывает с тем, что в учебное заведение поступила с помощью тети. Высказывает переживания о том, что «соседи плохо к ней относятся», «специально делают всякие подлянки», «с целью заполучить квартиру». Утверждает что «громко смеются у моей двери», «они специально закрыли дверь в общую прихожую и не открывали, когда я стучала», «специально это сделали, чтобы я не смогла попасть домой». Отмечает что с 14 лет «стало пошатываться настроение», «раньше от этого помогал спорт и творчество, сейчас не помогает». О творчестве сообщает, что любит писать стихи и «слышит рифму во сне», на ходу сочиняет четверостишие: «Время как песок, ветер как расцвет, думать важно о главном, мысли лучше во сне». После прочтения стихотворения ждет одобрения. Сначала объясняет, что когда «начала чувствовать себя плохо» после поступления в ВУЗ, пришлось взять академический отпуск, в то же время утверждает что училась удаленно и отпуск не требовался. Считает, что учится на 2 курсе. Отношения с матерью описывает как «двойки», «утром хорошо, вечером плохие». О матери отзывается по-разному, то «она меня обманывает», «плохие отношения, не хочу с ней жить в одной квартире», то говорит о том что «переживаю за маму, как там она без меня». Рассказывает, что мать не выпускала из квартиры, причины называет разные, то «был карантин, и она волновалась, что я заболела», то «она не хочет, чтоб я работала, потому что потеряем выплаты по потере кормильца». Причиной госпитализации считает то, что «соседи вызвали МЧС, хотели мне насолить». О мотивах сжигания фотографий говорит так: «мать не хотела продавать

квартиру, я хотела назло ей это сделать». Критика к своему состоянию отсутствует, считает себя полностью здоровой. Высказывает переживания по поводу того, что в институте узнают о диагнозе. Эмоционально лабильна, внимание неустойчиво. Интеллектуально не соответствует возрасту, суждения инфантильные, поверхностные. Мышление паралогичное, аморфное с элементами амбивалентности. Галлюцинаторная симптоматика на момент осмотра не определяется. Суицидальные мысли отрицает.

Заключение психолога. Пациентка верно ориентирована во всех отношениях, доступна контакту. Выглядит значительно моложе своих лет. В начале беседы вялая, в контакт вступает неохотно, на психолога не смотрит, на вопросы отвечает тихим, монотонным голосом, двигателью скована. По мере развития контакта начинает вести себя более непринужденно, улыбается. Жалоб на психическое состояние не высказывает, отрицает объективные основания для госпитализации, сообщает, что соседи по этажу ее «раздражают», периодически в общении с ними возникают конфликты из-за общей металлической двери, говорит: «Когда я жила в Чехове, у нас не было никаких металлических дверей!». При обсуждении отношений с соседями, матерью раздражается, несколько повышает голос, при переходе к другим темам быстро успокаивается. Обследование воспринимает без возражений, инструкции усваивает, выполняет тщательно, в медленном темпе, сообщает, что ранее уже неоднократно самостоятельно проходила тест на IQ в формате онлайн, потому что ей «хотелось набрать 100 баллов, однако не получилось». Явления утомления отрицает.

Экспериментально-психологическое исследование было проведено с использованием следующих методик: заучивание 10 слов по Эббингаузу, серийный счет по Крепелину, исследование ассоциативных процессов, опосредованно-произвольного запоминания при помощи методики «Пиктограммы», диагностика интеллектуальных процессов при помощи методик «Классификация предметов», «Толкование метафор и пословиц», количественная оценка уровня развития интеллекта при помощи теста «Стандартные прогрессивные матрицы Равена»; исследование эмоционально-личностной сферы при помощи теста цветочных выборов М. Люшера, проективных рисуночных тестов «Рисунок дерева», «Рисунок несуществующего животного», опросника «Мини-мульти».

По объективным данным: Объем произвольного внимания умеренно сужен, распределение при работе с большим объемом материала затруднено, что приводит к замедленному выполнению ряда заданий. Устойчивая продуктивная концентрация пациентке практически недоступна, неспособна без ошибок выполнить задание на серийное отсчитывание даже в упрощенном варианте (50-3). Показатель непосредственного запоминания значительно ниже возрастной

нормы, динамика воспроизведения составляет 6, 9, 8, 8, ретенция – всего 4 слова из 10. Опосредование доступно, протекает без выраженных затруднений, в несколько замедленном темпе. Эффективность опосредованно-произвольного запоминания составляет 75%. Ассоциативные образы адекватные, сугубо конкретные, сюжетного плана, вычурных неадекватных ассоциативных связей не выявляется, по содержанию образы инфантильные (например, для запоминания понятия «смелый поступок» изображается Супермен, спасающий детей). Графика пациентки имеет отчетливо выраженные «органические» особенности, свойственные обследуемым с органической патологией ЦНС раннего генеза. Мышление пациентки замедленное по темпу, выявляются трудности на этапе планирования интеллектуальной деятельности. Уровень интеллектуального развития соответствует невысокой норме (IQ пациентки равен 87 баллам). Выявляется недостаточная сформированность высших форм интеллектуальной деятельности, пациентке недоступно обобщение высокого уровня, слабо развита способность к абстрагированию. При выполнении методики «Классификация предметов» создает большое количество групп с опорой на плоско-конкретные связи между объектами, объединяет, в частности, женщину с метлой с домашним обиходом, моряка с кораблем, врача с градусником, а ребенка с предметами одежды. При выполнении данной методики справляется лишь с первыми двумя этапами задания (со вторым этапом при условии помощи психолога), выполнение этапа сверхобобщения пациентке недоступно. Отмечается низкая культуральная осведомленность, испытываемая способна пояснить смысл простых метафор, однако все предьявленные пословицы, даже относительно простые, поясняет сугубо конкретно. Например, пословицу «Не в свои сани не садись» поясняет как «не садись на чужое место». Эмоционально-личностная сфера характеризуется инфантилизмом, зависимой позицией, повышенной чувствительностью к внешним факторам, критике, идеалистичностью, некоторым ослаблением связи с реальностью, преобладанием защитных форм агрессивного поведения в ответ на действия окружающих лиц, ограничивающие свободу и независимость субъекта. По результатам проективной диагностики выявляется преобладание ригидно-импульсивного паттерна поведения в конфликтных ситуациях, избирательность в контактах, обособленность, стремление избегать глубоких привязанностей, чтобы не испытывать разочарования, недостаточная степень развития коммуникативных навыков. Фрустрирована аффилиативная потребность, характерна сосредоточенность на своих проблемах. По результатам тестирования пациентки опросником «Мини-мульт» обнаруживается тенденция к искажению результатов, показатели по шкале лжи выше 70 баллов. В рамках индивидуально-профиля присутствует отчетливо выраженное по-

вышение по шкале «Импульсивность, психопатия», что свидетельствует о трудностях контроля поведения в стрессовых ситуациях, сниженной социальной нормативности.

Таким образом, по результатам психологического исследования на первый план выступает комплекс нарушений, характерных для «органического» патопсихологического симптомокомплекса: дефицитарность сферы внимания, значительное снижение показателей непосредственной памяти, конкретность, недоступность абстрагирования высокого уровня в мышлении у инфантильной, импульсивной личности.

Динамика состояния. Психическое состояние на фоне проводимого лечения с положительной динамикой, стала более упорядочена. Поведенческие расстройства не отмечаются, однако, при упоминании конфликтов с матерью начинает плакать, но быстро успокаивается, в беседе многократно задает вопросы, касающиеся выписки. Самостоятельно отмечает, что чувствует себя несколько лучше, чем при поступлении в стационар, снизилась тревожность, нормализовалось настроение. Наличие суицидальных мыслей категорически отрицает. Активной психотической симптоматики в виде бреда и обманов восприятия не обнаруживает. Режиму отделения следует пассивно, время проводит преимущественно в одиночестве, контакт с другими пациентами носит формальный характер. К продуктивной деятельности не стремится, большую часть времени проводит в коридоре, занимается себя просмотром телепередач, собирает пазлы. Планирует доучиться на менеджера и пойти погулять по любимым местам.

Обследование специалистов.

23.03.2021 Общий и клинический анализы крови, мочи — в пределах нормы.

25.03.2021 УЗИ органов малого таза: патологических изменений не выявлено.

23.03.2021 ЭКГ. Ритм синусовый. ЭОС — нормальная.

30.03.2021 Электроэнцефалография. Легкие диффузные изменения биоэлектрической активности головного мозга в виде недостаточно организованной корковой ритмики (при физиологических артефактах движения). Межполушарной асимметрии нет. Типичной эпилептиформной активности нет.

Д-з психиатров: F60.3. Эмоционально неустойчивое расстройство личности, импульсивный тип.

Ведущий: Спасибо, вопросы какие, коллеги? И присутствующие здесь, и кто в Он-лайн нас смотрит. Вопросы к врачу и к психологу по состоянию и анамнезу, по динамике, по терапии, по психологическому исследованию.

— У меня наивный вопрос. Про бредовую структуру говорите, а антидепрессанты не нормативно по-

лучает человек. — *Дело в том, что вообще она сейчас наблюдается с эмоционально неустойчивым расстройством личности — F60. Эта терапия, которую ей дают в отделении.*

— Консультация предыдущего консультанта не привела к изменению ни диагностики, ни терапии. Вы пишете в статусе и говорите вслух, что активно бредовых идей не высказывает, но они еще не дезактуализировались, Вы должны пояснять, что Вы называете бредовыми идеями. — *Хорошо, просто я не стала это расписывать. Она считает, что соседи хотят отнять квартиру. К матери она стала нормально относиться, то есть, агрессии никакой не испытывает, но в отношении соседей по-прежнему убеждена, что соседи подстраивают всякие неудачи, хотят отнять квартиру, специально ей вредят... Вот это еще у нее осталось.* — Понятно. То есть, ее интерпретация – конфликт с соседями и с матерью с Вашей точки зрения является бредовым расстройством. — *Да, я имела в виду это.*

Ведущий: У меня еще вопрос. Может быть, я упустил в анамнезе, в тот день, когда она жгла фотографии и документы, какие именно документы она жгла, известно? Это были личные документы матери? — *Из сопроводительной документации известно, что там были еще и какие-то документы. Но, она сама сообщает, что жгла фотографии мамы с ее друзьями, знакомыми. То есть, любые первые попавшиеся фотографии, чтобы насолить матери, потому что она не хочет разминивать квартиру.* — При этом дома мамы не было, мама уехала на работу? Она осталась одна. — *Мама уехала за некоторое время на другую квартиру. Сняла, чтобы дать дочери пожить одной – на три дня или неделю.* — То есть, это было примерно на третий день самостоятельного отдельного проживания. До этого она ничего не жгла. — *До этого не жгла, но конфликты с мамой были.* — По телефону? — *Нет, лично. Потом мама съехала, и по телефону видимо тоже были.* — Вот эти три дня? Как она с ней конфликтовала? — *Требовала разминивать квартиру.* — Звонила? — *Да-да. И в сообщениях.*

Ведущий: Еще один вопрос. Вдруг появилась информация про гостиницу. «Вернувшись домой после ночи в гостинице» — это что? Это когда она уже жила одна? — *Она вечером, гуляла, пришла домой поздно. У них с соседями обшая прихожая, которая закрывается изнутри, а она не взяла ключи почему-то от этой первой двери и не смогла попасть домой. Стучалась к соседям, они не открыли, и она поехала в гостиницу ночевать. А уже после гостиницы на следующий день приехала, и все это устроила, расценив, что они это сделали специально.* — Это было поздно ночью? — *С ее слов около 10 вечера.* — А до этого времени она просто гуляла? Не сообщает, что это была за прогулка? — *Нет, говорит, просто гуляла.* — Это мы у нее спросим, спасибо.

Врач-докладчик: Я вспомнила еще один факт, в анамнезе это не представлено. По поводу личной жизни. У нее был какой-то роман в колледже — один месяц она встречалась с молодым человеком. Как она рассказывает, дарили друг другу цветы и писали стихи. И все, больше личной жизни у нее нет, друзей нет. Стихи она пишет.

Ведущий: И опять о том эпизоде, накануне стационарирования. Вот, она жжет фотографии, после этого помнит лишь сотрудников МЧС, которые вскрывали входную дверь. Получается, был какой-то период времени, который она амнезировала. — *Как она сообщает, она сожгла фотографии и легла спать. И проснулась от того, что МЧС уже дверь вскрывали. Говорит, что ничего другого не помнит.* — Она не слышала звонков в квартиру? — *Да, не слышала звонков. Говорит, что услышала только, когда начали вскрывать дверь.* — Складывается впечатление, что она амнезировала эти вещи на фоне истеричности. — *Да. Но она описывает, что легла спать.* — Хорошо, а если было задымление? Она просто подохла и легла спать? — *В сопроводительной документации написано, что, когда они приехали, она сидела, кричала что-то и жгла фотографии. Сама она описывает, что легла спать.*

— Какие у нее отношения с алкоголем, с наркотиками? — *Не употребляет ни алкоголь, ни наркотики.* — Или не помнит? — *Нет, скорее всего, нет.* — В тот момент опьянения не было у нее? — *Нет, нет. Не употребляет.*

— Касаемо прогулок... В конце указали, что она хочет вернуться, погулять по любимым местам. Она постоянно по одним и тем же местам ходила или просто куда-то? — *В конце она просто сообщает, что хочет погулять. Я указала это, чтобы подчеркнуть, что она глобальных планов на будущее не строит. Это подчеркивает ее инфантильность.*

— Я правильно понимаю, что она поступает в порядке недобровольной госпитализации, а здесь она дает согласие, спустя какое-то время? — *Да.* — Значит, ей проводили комиссию. — *Насколько я знаю, нет.* — Взяли согласие и успокоились? В приемном отделении взяли согласие? Или уже в отделении, куда ее положили? — *В отделении.* — Но, все равно, обычно в такой ситуации врач приемного отделения дает обоснование для добровольной госпитализации. — *Да.* — А какой был диагноз у врача приемного отделения? — *У врача приемного отделения — эмоциональная неустойчивость. Нет, истеричное расстройство...* — У Вас нет истории болезни? Просто интересно, как обосновывается недобровольная госпитализация по эмоциональному неустойчивому расстройству. — *К сожалению, я не из того отделения. Можем по видеоконференции спросить у лечащего врача.*

— Какая из трех частей двадцать девятой статьи здесь тогда была? — *Скорее всего, опасность для ок-*

ружающих. — Опасности для себя не было? — *Если она жгла квартиру, я думаю, можно было это расцелить. Жгла фотографии. Если МЧС вызвали, значит, сильное задымление было.*

Ведущий: Сколько пациентка находится в отделении? — *Две недели.* — И как она относится к госпитализации? — *Она хочет домой, устала здесь находиться. Тяготеет к пребыванию, но никак активно это не выказывает. Ничего особенного. Хочет домой, говорит, что ей здесь надоело.*

Ведущий: Давайте тогда пригласим пациентку.

Беседа с больной.

— Здравствуйте, очень приятно. Меня зовут Андрей Аркадьевич. Саша, здесь присутствуют исключительно сотрудники больницы. Это врачи, психологи, те, кто знают, что такое неразглашение врачебной тайны. Так, что Вы не волнуйтесь. Все, что Вы скажете здесь, все останется между нами. И мы здесь собрались, как консилиум для того, чтобы разобраться, что с Вами происходит и как Вам лучше помочь. Других целей нет. Расскажите, как Вы себя чувствуете. — *Нормально.* — Как Вы сюда попали, что произошло. — *Попала из-за того, что соседи. Потому что с соседями сложность, с родителями сложность. Конфликт с соседями, не просто с родителями.* — И с родителями? — *Да.* — У Вас мама и папа? — *Мама просто.* — А папа? — *Папы нету.* — Родителями Вы называете маму? — *Маму, просто маму.* — Только маму. Хорошо. И что это за конфликт? — *Просто она не хотела переезжать. Я спрашиваю: «Зачем ты продала мою квартиру? Я думала, ты сдавала». Хотела у нее узнать, но она мне ничего не говорила. С соседями из-за того, что они... Я ставила новую дверь в тамбуре, замки поставила, и они сломали ячейку. Я приходила вечером, просто ключи вставляла, кто-то закрыл внутри, и я не могла открыть дверь.* — Вы не смогли попасть в свою квартиру? — *Да.* — А мама Ваша живет сейчас в другой квартире? — *Нет, в этой же.* — А где мама была? — *Мама уехала. Она работала.* — В Москве? — *Да.* — У нее что, дежурство? Это же было поздно. — *Она в поликлинике работает.* — Можно было бы ее подождать. — *Нет. Она решила подрабатывать там.* — Нет, я сейчас не об этом. В этой ситуации, в которой Вы оказались, что Вы звонили в дверь соседям. — *Я звонила в дверь соседям, я звонила маме, она не отвечала, я звонила тётё, она не отвечала.* — Вы звонили маме, и она не отвечала? — *Да.* — Но она при этом работала? — *Да. Она мне сказала, что она работать поехала.* — А где она работает в это время? — *Она сказала, что в больнице подрабатывает. Останется в больнице просто ночевать.* — В больнице? — *Да. У себя.* — Понятно. Она медсестра? — *Да.* — Я понял. Понятно. А тётя? — *А тётя не отвечала.* — А тётя тоже живет с Вами в этой квартире? — *Нет.* — У нее своя квартира? — *Она просто рядом*

с Комаровского шоссе живет. Я просто хотела бы к ней пойти. — К тётё? — *Да.* — И что же? — *И она не отвечала.* — Не отвечала на телефон, правильно? — *Да.* — Тогда может быть стоило к ней подъехать и позвонить ей в дверь? — *Я звонила, она тоже не отвечала.* — Вы подъезжали к ней? — *Да.* — В дверь никто не отзывался на Ваш звонок? У Вас были деньги, Вы поехали в гостиницу. — *Да. Потому что это было поздно, мне никто не открывал, не отвечал.* — А где Вы были в этот день, что Вы делали? — *Я вернулась поздно с массовки.* — Вы снимались? — *Да.* — Вы любите сниматься в кино? — *Нет, просто это первый раз, подзаработать на Евровидении и все.* — На Евровидении? — *Да.* — А где были съемки? — *В Мосфильме.* — В студии большой, да? — *Да.* — И Вы там кричали, визжали. — *Нет, мы просто сидели, хлопали.* — Вы там были с кем-то, у Вас была компания? — *Нет, я одна.* — А у Вас вообще есть друзья, подруги, знакомые? — *Подруги и друзья есть, но мы только в университете общаемся, вот и все. А так в Чехове были друзья. В Москве, где я училась, в школе были друзья.* — Может быть, можно было им позвонить в тот момент? — *У меня контактов их не осталось. Потому что, я сим-карту поменяла.* — Вы поменяли сим-карту? — *Да.* — А что случилось? — *Ну, потому что...* — Только честно. — *Потому что, меня МТС не устраивал, и я на Tele-2 перевелась.* — Тогда получается, что все Ваши контакты, все Ваши абоненты, которые в Вашей книжке записной, они не могут теперь до Вас дозвониться? У Вас другая сим-карта. — *Ну, да.* — Вы стали недоступны для всех. А давно Вы это сделали? — *Давно, да.* — Когда? — *Недавно.* — Все-таки недавно? — *Да.* — Когда, можете сказать? Прямо перед больницей? — *Нет. На Новый год.* — На Новый год? Понятно. Кстати, раз уж мы про Новый год заговорили, может, Вы расскажете, как Вы его провели, с кем? — *С мамой. До этого тоже на массовку ездила.* — Подождите, Вы же сказали, Вы первый раз на массовке. — *Я второй раз ездила, просто.* — Ясно. — *На Евровидении первый раз была.* — А там что, за это платят деньги? — *Да.* — Понятно. И Вы где-то в интернете находите, да? — *Да. В интернете, да.* — Как сняться в массовках? — *Да.* — И Вам предлагают? Планируете и дальше так зарабатывать? — *Дальше так, но еще и вакансии параллельно ищу.* — Какую? — *Разные.* — Какие у Вас предпочтения? — *До этого я проходила практику в строительном. Потом я в агентстве недвижимости проходила риэлтором. А сейчас просто хочу в Синергию устроиться.* — Кем? — *Просто на звонки отвечать, записывать учеников.* — Секретарем? — *Да-да.* — В университет? А почему туда? — *Там хорошо платят.* — Это Вы сами нашли эту вакансию, да? Так получается? — *Да.* — Хорошо. А зачем тогда Вам учиться в университете? — *Я параллельно учусь в университете для того, чтобы, если я не устроюсь, то пойду у мамы*

работать. — Куда пойдете? — У мамы работать. — В больницу? Кем? — Не знаю, она сказала, что там есть менеджеры, которые ходят, проверяют. — Что проверяют? — Не знаю, ремонт, сказала. — Вы представляете себе эту работу, хотя бы о чем она? — Управляющий организацией. — Вы умеете управлять организацией? Прекрасно. Это непростая работа. Вы должны управлять персоналом. — Да. — Хорошо. Как же Вы будете работать с мамой, если у Вас с ней конфликт? — Нормально. Я просто маме говорю, что у нас соседи не очень хорошие, давай переедем. — Нет, Вы не так говорили маме. Вы маме говорили: «Давай ты переедешь». — Я ей сказала: «Давай, переедем». Потому что, во-первых, с соседями сложности были, а во-вторых, место мало в квартире. — Мне известно, что Вы, напротив, высказывали очень активные требования маме, чтобы она съехала из той квартиры, где Вы живете. — Не она съехала, а чтобы мы переехали, я хотела. — Вы говорили даже о размене квартиры. — Да, размен хотела сделать. — Чтобы у Вас была отдельная жилая площадь. А Вы говорите, что это квартира маленькая? — Да. — Как же ее тогда обменять? Если только уехать куда-то из Москвы. — У нас сорок пять метров. — Как ее разменять, эти сорок пять метров? Что это? Я даже не представляю себе. Куда-то далеко уехать? И потом, возможно, для этого размена нужны еще средства. Они есть? — Нет. Мама говорит, что можно разменять. — Говорит, что можно. Почему же она этого не делает? — Не знаю. — Она как-то тоже это объясняет, наверное? — То, что надо точно знать людей, которые правильно разменяют. Просто боится, что обманут. — Мама боится. Может, Вы, поэтому и ходили на практику риелтором? Как Вы сказали, да? А Вы сами можете это сделать? — Да. — Вы же взрослый совершеннолетний человек. Как Вы будете менять квартиру? Порядок действий можете сказать? Что Вы будете делать? — Сначала фотографировать. — Фотографировать. Хорошо. Потом? — Потом выставлять на сайт фотографии и описание. — Так. — И также цену данного объекта. Ну и все. — На какой сайт? — Можно на Авито, можно на сайт Плавис. — Это сайты по продаже недвижимости? Понятно. С риелтором то проще это делать. — Да. — А Вы доверяете риелторам? — Да. — Вы вообще доверчивый человек? — Ну, да. — Как мне известно, что не очень. Не случайно у Вас так мало друзей. Может быть, это потому, что Вы не можете никому доверять? — Нет. Просто сложно общение складывается с ними. — Со сверстниками? В том числе и вот сейчас с однокурсниками в университете? — С однокурсниками в университете только общаюсь из-за того, что узнать, когда приходит на учебу, какие задания. — А без них Вы можете об этом где-то справиться? Только у них можете узнать? — Да. — А они у кого узнают? — А они у старосты узнают. — Понятно, вот так вот. А Вы можете старосте позвонить? — У меня напрямую нет

телефона ее. У нас только ВКонтакте и группа. — Что там за предметы, в этом университете? — Экономика, потом управление организацией, документооборот, английский, управление документацией. — Можете немножко мне рассказать про экономику? Какие-то книжки, учебники Вы читаете по этому поводу? У Вас, может быть, уже был экзамен или зачет? — Да. — Или, может быть, Вы писали курсовую работу по экономике? — Курсовую не удалось написать. — А какая тема сейчас у Вас из последних, о чем? — У нас презентации только-только. — Вы делали презентацию? — Да. — Скажите, какая тема Вашей презентации? — Экономика в стране, в странах СНГ и России. — Прямо название такое? Экономика в странах СНГ и в России? Можете сказать, какие страны СНГ там у Вас были представлены? — Подмосковье это, получается. Чехов. — Подмосковье, Чехов? — Одинцово. — Одинцово. Это Вы сейчас перечисляете страны СНГ? А еще? — Я писала курсовую насчет Москвы только. — Понятно. Экономика в Подмосковье. Что же, как сейчас обстоят дела в Подмосковье с экономикой-то? Как там? — Не очень. Рабочих мест нет. — Нет рабочих мест? Все занято? — Да. — Ни одной вакансии? — Есть, конечно. — Экономисты — это ведь еще специалисты, которые хорошо разбираются в математике. Как у Вас с математикой? Неплохо? — Нормально. — Нормально? Помните таблицу умножения? Семью восемь? — Пятьдесят шесть. — Отлично. А девять на четыре? — Тридцать два. — Девять на четыре. — Двадцать восемь. — Подумайте. Девять умножить на четыре. Четыре раза по девять — это сколько? — Пятьдесят шесть. — А в России-то, какая столица? Вы говорите, Вы сравнивали экономику в России и Подмосковье. А в России, какая столица? — Москва. — Москва? Точно? — Да. — Хорошо. Может быть, знаете еще какие-нибудь города? Допустим, на Урале. Знаете Урал в России? — Да. — Есть горы такие. Какие там города знаете, на Урале? — Барнаул. — Барнаул — это на Алтае. А на Урале? Может быть не надо на Урале, хорошо. Рядом с Москвой какие еще города кроме тех, что Вы перечислили. Может быть, какие-то области есть? — Владивосток. — Не совсем это рядом с Москвой, конечно, далекоовато, но есть такой город. Вы вообще любите путешествовать? — Да, но редко путешествую. — А желание есть такое? — Есть. — Куда бы Вы хотели поехать? — В Турцию. — Вы хотели бы в Турцию? Почему? — Не знаю. — Потому что, там море? Есть же море и у нас, в России. Вы же знаете наши города российские, которые на Черном море? Известные города. — Крым, Севастополь. — Севастополь. Может быть, еще знаете? — Не знаю. — Где олимпиада была зимняя в 2014 году, помните? Тоже город на Черном море. — Крым? — Крым — это не совсем город, но это не там было. — Не помню. — Не помните? Ладно. Хорошо, я понял. Это обучение платное, где Вы учитесь сейчас? — Да.

— Это мама нашла Вам средства для того, чтобы учиться? — *Да.* — Получается, что мама к Вам очень хорошо относится. Смотрите-ка, она старается, работает, находит возможности Вам помогать финансово сейчас. В принципе, как я услышал от Вас, она говорит о том, что эту квартиру можно разменять. Она не так уж и против этого, получается. Верно? — *Да.* — Откуда тогда у Вас такая к ней категорическая неприязнь, что Вы даже жжете ее фотографии. Что это? Я понимаю, бывает, знаете, проблема отцов и детей, подростки, но Вы уже не подросток. Вы уже довольно взрослая девушка. Вам двадцать один, да? Вы уже из подросткового возраста выросли, когда вечно ссоры с родителями. Откуда сейчас-то вдруг такой конфликт? Что это? Какая-то между Вами пробежала кошка или собака. Что случилось? — *Просто мама иногда ночью плачет, я ее не могу успокоить.* — Вот в чем дело. Об этом Вы не говорили. Мама плачет ночью? И это бывает громко? — *Когда как.* — Вы знаете причину? Слушайте, когда человек плачет, это же эмоции, это с чем-то связано. Какая причина? — *Она говорит, что устала.* — Не понял. — *Устала просто.* — От усталости не плачут. — *Я узнавала у нее причину, она и говорила.* — Вы назвали это основной причиной вашего конфликта, верно? То, что она плачет по ночам. Так? А что в этом такого для Вас? Что это для Вас означает? — *Не знаю.* — Это мешает Вам спать? — *Да.* — Эта причина, что мама не дает Вам спать ночью своим плачем. Есть еще какие-то причины? — *Иногда просто ругалась со мной и просто выгоняла меня на улицу, это было где-то вечером, даже в час ночи, и я до пяти просто ходила в торговый центр.* — Она Вас не пускала домой ночью? — *Да.* — Слушайте, это серьезный, уже такой довольно тяжелый конфликт. Почему она так делала-то? Какая причина была Вашей ссоры? — *Я не знаю.* — Ладно. Из-за чего Вы могли с ней так поссориться, что она Вас выгоняла из дома? — *Я у нее узнавала, она мне ничего не говорила.* — Что там у нее узнавать? Вы же участник этого конфликта. Вы не помыли посуду, Вы не застелили свою кровать, Вы не помогли ей убрать квартиру? Бытовые какие-то вопросы? — *Нет.* — Вы, кстати, ей помогаете? — *Да.* — Вы умеете готовить, стирать, гладить? — *Да.* — Хорошо. Значит, это отмечается. Может быть, она высказывала Вам претензии, что Вы плохо учитесь, что Вы прогуливаете занятия, не делаете каких-то учебных дел? — *Нет.* — Вы ленились и не хотели, и вот слово за слово конфликт. — *Нет.* — Что же тогда? — *Просто насчет переезда тоже.* — Одна и та же тема. Между Вами только эта тема. А давно эта тема вообще встала? — *Да. Потому что.* — Почему? — *Хочется куда-то уехать, отдохнуть, а средств нету.* — Подождите, а причем здесь размен квартиры? — *Размен, потому что побольше места в квартире. Готовить неудобно, потому что маленькая кухня.* — Путаница какая-то у нас с Вами. Вам хочется куда-то поехать отдохнуть, но средств у

Вас нет на это. Это первый аргумент. Второй аргумент, надо разменивать квартиру, потому что мало площади. Какая связь между этими двумя понятиями? — *Говорила мама: «Если мы разменяем, то у тебя останется».* — А, вот как. Размен с какими-то дополнительными еще финансами. И услышав про то, что Вы после размена можете получить сумму денег, Вы подумали, что сможете на нее поехать отдохнуть? Одна или нет? — *Одна.* — Одна? Вы хотите одна поехать? Вам не страшно одной? — *Нет.* — Вы разберетесь в аэропорту? — *Я иногда с группой езжу, иногда одна.* — Куда? — *С группой я на Эльбрус съездила.* — О, расскажите-ка про это. Это интересно. Вы покорили Эльбрус? — *Почти что.* — Добрались до вершины? — *Почти что.* — А почему не до конца? — *Там скользко было.* — Вы испугались? — *Да.* — Остались внизу? А группа дошла. — *Мы дошли, но там еще надо было пешком идти долго.* — И тогда Вы повернули и пошли обратно? — *Да.* — Так что ли? — *Да.* — А они пошли дальше. Вам было не жаль потраченного времени? — *Они дальше не пошли, они тоже вниз спустились, нам сказали: «Время».* — А почему? — *Потому что, мы группой все места объезжали.* — Почему? — *Мы с группой все места объезжали. Мы и на водопад ездили «Девичьи косы». По разным местам. За один день надо было объездить.* — Понятно. А Вы знаете высоту Эльбруса? — *Две тысячи четыреста восемьдесят шесть.* — Две тысячи. Ну что Вы, две тысячи. Слушайте-ка, а это, вообще, в каком месте-то находится? — *Кабардино-Балкария.* — Правильно. Карачаево-Черкесия. Хорошо. Вы не смогли туда попасть. Это, конечно, очень жаль. Вы думаете еще раз туда пойти? — *Да.* — Вам для этого нужны деньги? — *Да.* — Или для Турции? — *Для Турции и для Эльбруса.* — А когда деньги кончатся, тогда как? — *Подработаю.* — Что произошло, когда Вы сожгли фотографии? Какое это имело для Вас значение? — *Никакое. Я просто маме отправила, как протест смс-кой.* — Вы сфотографировали? Вы фотографировали сожженные фотографии? — *Да.* — А Вы помните это? — *Да.* — Как Вы жгли, сжигали. — *Ну, да.* — Это был протест? — *Да.* — Понятно. А слушайте-ка, когда приехали и звонили Вам в дверь, там же дымно было, да? — *Ну, я.* — Но почему не открыть то? — *Я не открыла, потому что я в восемь часов встала, я спала. Я потом уже проснулась из-за того, что было слышно какой-то скрежет.* — Вы спали восемь часов? — *Да.* — Это же нормально. — *Я проснулась из-за того, что был скрежет, и я им кричала, они меня не слышали.* — Понятно. Хорошо. Если Вы не возражаете, может, несколько вопросов еще Вам зададут наши коллеги. Хорошо? Прошу Вас.

— Здравствуйте, я хотел бы задать такой вопрос. Вы здесь уже длительное время, три недели, да, все правильно? — *Да.* — А у Вас настроение как-то улучшилось? Какие-то изменения заметили? — *У меня улучшилось настроение, да.* — А в чем это выражает-

ся? Спать лучше стали, менее раздражительны? В чем выражается улучшение настроения? — *Спать лучше стала.* — Спать лучше стали. А раздражительность на том же уровне осталась? — *Я раздражительность не чувствую.* — А до этого чувствовали? — *До этого тоже не чувствовала.* — Спасибо.

— Скажите, пожалуйста, давно ли традиционными заболеваниями болели? Помните? Простуда, грипп, было что-то недавно? — *Нет, не болела.* — Запах не перестали чувствовать? — *Нет.*

— Скажите, пожалуйста, у Вас есть какие-нибудь увлечения, хобби? — *Хобби есть. Я музыкой занимаюсь.* — А Вы играете на каком-то инструменте? — *На пианино, на гитаре класс закончила, вокалом занимаюсь с преподавателем.* — Все? Может, подробней немножко об этом расскажете? А то мы не знали об этом даже. Это Вы куда-то ходите или к Вам приходят? — *Я хожу.* — Как часто и как регулярно у Вас эти занятия? — *Часто, да.* — Вы поете? — *Да.* — Все-таки это платные занятия или нет? — *Платные.* — Мама опять выплачивает? — *Нет, я.* — А из каких средств? — *Из своих же.* — А где Вы зарабатываете? — *Мне просто платят из-за того, что я учусь в университете.* — Вам платят? — *Из-за того, что я учусь в университете.* — Из-за того, что Вы учитесь? — *Да. Потому что, папы нету, мне платят.* — Пенсия по потере кормильца. И вот эту пенсию Вы тратите на занятия по вокалу? Хорошо.

— Саша, я знаю, что Вы стихи пишете. — *Да.* — Могли бы что-нибудь прочитать? Пару четверостиший. — *Ветер днем летящей походкой уходит вновь в дверь. Снова день проходит мимо, вспоминая каждый миг. Люди, уходящие вдаль, рисуют новый день. Любят, скорбят, улыбаются и верят в новый день.* — Это из последнего? — *Да.* — Хорошо, спасибо большое. Экспромт, правильно? — *Да.* — Вы только что это придумали? — *Да.* — Хорошо.

— Скажите, пожалуйста, а в школе, потом в институте друзей почти не было? — *В школе были.* — Было какое-то чувство переживания одиночества? — *В школе были, в институте были, но мы просто общались, как в обычной школе. Ну, большие нет.* — А близкой подруги нет у Вас? — *Нет.* — Есть чувство одиночества и хотелось бы какого-то тепла от других людей? — *Есть, конечно, да. Хотелось бы.* — А Вы сосредоточены на своих желаниях? Трудно к людям как-то дорогу найти? О чем-то говорить с ними? — *Просто, тему сложно подобрать для общения.* — Может быть, своими переживаниями? — *Да. Своими вопросами.* — А о чем? — *О жизни. Чтобы все успеть.* — А что хотелось бы успеть? — *Больше в творчество, больше в театральное. Потому что, я еще в театральные кружки ходила. В детстве я занималась танцами и фигурным катанием, плаванием, бегом.* — Как Вы изменились по характеру с годами? За последние три-пять лет. — *Я стала более адекватно смотреть на мир, что есть и добрые люди, есть*

и злые люди. То, что должен сам добиваться в этой жизни своих успехов. — Саша, а бывало такое, что окружающий мир воспринимался как враждебный, что может быть, какая-то угроза со стороны других людей исходила, может быть, что-то подобное чувствовали? — *Нет.* — Спасибо.

— Вот мы с Вами говорили о том, что все-таки есть недопонимание с соседями, которые вроде бы покушаются на жилплощадь. Расскажите чуть подробнее о своих мыслях на эту тему. — *Мне скорее кажется, что они как-то негативно просто настроены.* — Может быть. — *Потому что я им то, что сделала им тамбурную дверь за счет своего счета, хотела им добро сделать, а они взяли...* — На щеколду закрывают ее? — *Да, и оплатили по-другому.* — А почему завладеть квартирой-то хотят в итоге? — *Не знаю, но я думаю, что для себя.* — А насколько Вы считаете реальной возможность захвата жилплощади, учитывая, что Вы дееспособный человек, у Вас есть мама? Реальность вообще этого процесса? Тем более Вы, я так понимаю, с риэлторством знакомы, посещали курсы. Вы там услышали какие-то истории об этом или на опыте? — *Я там слышала истории, и у меня было на опыте. Я в детстве в трехкомнатной с мамой жила, и получается так, что брат двоюродный взял и продал долю свою другим людям. И после этого нам приходилось снимать квартиру очень долго. Мы очень долго судились с ними, но ничего не получалось.* — Как Вы предполагаете, что они могут сделать? Какие-то конкретные мысли. — *Я думаю, например, что мама может продать свою долю.* — Мама общается с соседями? — *Общается.* — Отношения неконфликтные? — *Иногда как. Иногда они нормальные, иногда конфликтуют.* — Может быть, сговор там между мамой и соседями? — *Я тоже думаю насчет этого. Не знаю. У меня просто тётя тоже первый раз узнала то, что мама просто взяла, все продала.* — Я просто думаю, если мама продаст все, допустим, то где она жить-то будет? — *Не знаю.* — Может ли такое быть, что мама вообще может покушаться на Вас? В сообществе с соседями? — *Покушаться не знаю.* — Чтобы Вас не было? — *То, что она руку на меня поднимала, это было очень часто.* — Хорошо, я понимаю. Я про будущее, может ли такое быть, что они вместе с соседями сотворят какое-то нехорошее дело, чтобы Вас истребить? — *Может быть.* — Вы допускаете такое? — *Да.* — Что они могут Вас истребить? — *Не истребить, но она может продать им просто квартиру и сама снимать.* — Без вашего согласия она же не может ее продать? — *Она один владелец в этой квартире. То есть до этого у меня была доля в Северном Тушино, а сейчас она сделала как она один владелец, поэтому такая история.*

— Если можно, в продолжение вопроса по поводу людей и по поводу сложностей в контактах. Саша, у Вас есть желание получать тепло от людей? Действия

какие-то есть в этом направлении? — *Я с ними общалась очень долго. — С кем? — С университета с людьми. — Вы сейчас говорите про прошлое, сейчас их нет. Думаете ли Вы как-то увеличить вокруг себя окружение людей? — Да. — Как? — Большие общаться, большие гулять. — С кем? Вы же одна гуляете? — Большие посещать выставки, знакомиться там. — Знакомиться на выставках? — Да. — Вы планируете знакомиться на выставках? — Да. — Еще как-нибудь? — Потом общаться в университете пробовать. Через интернет знакомиться. — Вот слушайте, Вы только недавно были в массовке, в Мосфильме, и Вы ни с кем так и не познакомились. — В массовке была я. — Это ж массовка. Чего Вы не познакомились? — Не успела. — Может быть, есть что-то еще, что препятствует этому? — Мне кажется, нет. — А мама может этому препятствовать? — Мама, нет. — А отношения с молодым человеком Вы планируете какие-то? Думаете о семье? — Да. — Вы вообще хотите семью? — Да. — Детей? — Да. — Ладно, но пока у Вас нет никого? И не было? Или были отношения? — Были, но они несерьезные. — Но романтические? — Да, были.*

Ведущий: Еще вопросы? Я думаю, стоит заканчивать нашу беседу, может быть, есть какой-то вопрос у Вас или просьба, я не знаю, пожелание? — *Мне хочется побыстрее выписаться. — Быстрее выписаться, чтобы? — Чтобы гулять, общаться с людьми. — Я надеюсь, в этом списке через запятую еще и учиться? — Да, и учиться. — Хорошо, ладно. Отпустим тогда, да? Всего Вам доброго. — Спасибо. — До свидания, Саша. — Спасибо, до свидания. — Всего хорошего.*

Ведущий: Начнем с докладчиков. Сейчас включат Вашу презентацию.

Врач-докладчик: Там несколько вариантов диагнозов. Два нижних диагноза: органика и простая форма шизофрении — это предположил другой профессор на прошлом разборе. Мы не согласны с этими диагнозами. Эмоционально неустойчивое расстройство личности — диагноз при поступлении, с которым тоже мы не согласны. Мы проводили дифференциальную диагностику между начальным F20 и шизопатоподобной шизофренией F21.4. Все-таки, склоняемся больше к F21 к шизотипическому расстройству. Преморбид шизоидный, она в детстве была тревожной, ранимой, не складывалось общение со сверстниками ни в детском саду, ни в школе, людей сторонилась. По отношению к одноклассникам у нее прослеживаются такие идеи отношения: она считала, что они шепчутся за ее спиной, специально не смотрят в ее сторону, не хотят с ней общаться. Дезадаптация. То есть, в школе ее обижали. Платила по 100 рублей какой-то девочке, чтоб ее не трогали. Когда-то в конфликтах была замешана. Опять же конфликты с родственниками: с тетей, с мамой. В колледже конфликты. Также эта идея или бред, если можно так выра-

зиться, что два одноклассника специально начали рядом драться, чтоб ее толкнуть. Они толкнули, она какую-то травму получила. Мама говорит, что легкое сотрясение мозга. Она считает, что инсценировали драку специально, чтобы ее толкнуть. Потом были бредовые идеи отказа от еды. Она не ела, потому что не зарабатывает, денег не приносит, и еды недостойна. Это со слов мамы. Сама она об этом не рассказывает. Академический отпуск она взяла, когда начала учиться в институте на втором курсе. Была тоска, апатия, слабость, не хотелось идти в институт, чувствовалась подавленность. Спала днем. Бред в отношении соседей. Социальная несостоятельность.

Лечащий врач: Я хотел сказать, что в части диагностики нас сильно сужают. Понятно, что девушка больная. Вы помните заключение психолога, все-таки это объективные методики в эксперименте. И никуда не денешь ее крайне невысокие свойства: органические, интеллектуальные, какая-то непонятная инфантильность. И сочетание этой органики — непонятно какого генеза, — с теми данными, которые перечислил врач-докладчик, создают картину, не дотягивающую до параноидного статуса. Но вместе с тем имеет место ее олигофреноподобный дефект. И вот эта параноидальность, и масса органических знаков, перечисленных психологом, все вместе, сложно укладывается в какую-то из рубрик, поэтому здесь нужно выбирать, и, наверное, любой выбор будет все равно таков, что останется масса другой симптоматики, не укладывающейся в какую-то картину.

Ведущий: Вот смотрите, занятия: игра на гитаре, фортепьяно, вокал, кино, стихи, университет. И как это сочетается с пунктом F 80? — *Социальная несостоятельность. Все-таки она в обществе не состоятельна. Она не могла учиться в школе, не могла учиться в колледже. По сути, не может учиться в университете, потому что из двух лет полтора на дистанционном обучении. На работу не может устроиться. Везде ее через неделю выгоняют. Интерпретирует все это таким своеобразным образом, хотя и занимается тем, что перечислил Андрей Аркадьевич. — Это же определенная социальная жизнь, все-таки. — Мы видели качество ее стихов. Качество ее игры на инструментах, полагаю, примерно такое же. Все, что Вы перечислили в качестве хобби, таких псевдотворческих, это все-таки к социуму не имеет особого отношения. Только к ее каким-то фантазиям. — Очень хорошо. Вы думаете, что это все фантазия? Что этого нет? — Нет, это есть, но в столь ничтожной мере и в таком же состоянии, как качество ее стихов. Они все-таки далеки от традиционной поэзии. Точно так же, как качество ее игры на музыкальных инструментах это, наверное, все-таки не консерваторский уровень. Поэтому эти ее слова: я занимаюсь музыкой, стихами, и т.д. надо воспринимать с осторожностью. Это нельзя назвать твор-*

чеством. И к социальному это не имеет никакого отношения, возможно.

— Вы говорите, «социальная несостоятельность». Я присутствовал на прошлом разборе, она говорила, что она познакомилась с молодым человеком на улице в Москве. Это как состыковывается? И еще, она ходит на массовки. Ей присутствовать в социуме несложно. И при этом она говорит, что это достойный заработок, и она может в этом участвовать. Тут у нее все нормально. Как тогда быть с социальной несостоятельностью? — *Да, действительно, она ходит на эти массовки, где зарабатывает свои 500 рублей за визит. Она приходит и выполняет инструкции, которые ей дает ведущий в процессе съемок этой массовой сцены. Сложно называть это полноценной социализацией, тем более что в ходе расспроса выяснилось, что она так и не познакомилась ни с кем. Она не сторонится социума, но это еще не значит, что она адаптировалась.*

— А с молодым человеком она познакомилась. Это как? — *Я думаю, это тоже ее придумки, если так можно выразиться. Она рассказывает, то они в колледже познакомилась, то на улице, все время по-разному. Поэтому я думаю, что это... Вообще, она какой-то псевдолог, потому, что это уже восьмая версия событий, которую она озвучивает в процессе расстройств. Сколько бы мы с ней не разговаривали, всегда разная версия.*

Ведущий: Эльбрус — это псевдология? — *Первый раз от нее про Эльбрус слышу. — Я понимаю. Но как Вы думаете? — Думаю, что нет. Просто она понятия не имеет, где она была. Каково значение Эльбруса в географической карте мира, в натуральном контексте.*

— Вопрос можно задать? Она была на массовках, антителя на COVID исследовали? На прошлом разборе она была очень заторможенной, все психические процессы были замедлены, настроение было более снижено объективно. — *Вы думаете, что у нее COVID? У нас, к сожалению, нет пока научных работ о том, как COVID влияет на психическое состояние, на весь этот процесс. — В отделении находят коронавирусную инфекцию, а у нее преморбид органический, поэтому возник такой вопрос. Просто предположение, не больше того. — Вы имеете в виду, что она перенесла до больницы, да? — Возможно, она перенесла. Это как версия.*

— По ощущениям, первый разбор и сейчас очень отличаются. У нее совершенно другое мышление. Она начала более быстро говорить, более качественно. Вам кажется, что она говорила тихо, но в прошлый раз это было очень тихо, приходилось прислушиваться. Сейчас у нее какие-то эмоциональные реакции более выраженные. Она поменялась очень сильно. У нее динамика чувствуется.

Ведущий: Очень хорошо, что Вам удастся сравнивать состояния. Вы видели ее в динамике. Это давно было? — *Это было около двух недель назад. —*

И в каком плане она поменялась за эти две недели? — *Она допускала ошибки в примерах, даже в простых вычитаниях, а сейчас она, хоть и с ошибками, но даже может умножать. Сейчас она начала отвечать как-то более собранно, и, возможно, это результат терапии, которую она получает. И эмоционально она была более сглажена, была очень тихой, медленной.*

— Плюс размышление такое, предварительное. Кажется, что пациентка не вовлечена совершенно в беседу, а она, в общем-то, малодоступна контакту, она как будто бы погружена в свой какой-то мир, отвечает быстро, но эти ответы настолько поверхностные. Они случайные, даже какие-то, поверхностные. И ощущение какой-то опустошенности. Непонимание вообще людей, окружающего мира, какого-то своего места в мире. Может было так и раньше. Я склоняюсь к тому, что это ноогенный процесс, видимо с детства и приведший к какому-то опустошению. Но возможно и ранее личность была небогатой. Какая-то формальность в беседе, выхолощенность, опустошенность. Мимика ничего не значит, она улыбается, но это какое-то пустое все. Возможно, что это такой разлад мыслительный, и она, по-моему, усилие не хочет сделать, у нее, может быть, не хватает прямого усилия посчитать. И совсем какие-то странные дает ответы, ее спрашивают про страны СНГ, а она называет города, ей как будто все равно, что сказать, как будто она не здесь, а в каком-то своем мире, но и там, по-моему, пустота тоже. Какое-то опустошение личности. — *Начавшееся в детстве или когда? — Вероятно, в детстве. Потому что невозможно определить какую-то паранойальную идею бытовую. Не получается, нет цельности, даже и бытовой цельности нет. Невозможно выяснить в симптоматике что-то завершенное, целостное.*

Ведущий: Спасибо большое, какие-то есть еще мнения? Соглашусь я в том, что это очень непростая с диагностической точки зрения больная, нуждается, конечно, в серьезном детальном обсуждении. Видели ли кто-нибудь что-то еще, что имеет значение диагностическое с вашей точки зрения? Давайте попробуем консолидировать наши мнения. Это важно, потому что здесь, действительно, если уж не тотальная, то несостоятельность довольно серьезная, мы это понимаем прекрасно и видим. И как мы можем в этой связи помочь как врачи? Назначения, действительно, не совсем как-то связано выглядят в смысле диагноза, даже с учетом диагноза эмоционально неустойчивое расстройство. Такое назначение обычно делают пациентам с депрессивным эпизодом, с тревожной депрессией. В общем, эсциталопрам, 10 миллиграмм и 400 мг карбамазепина. И у нас есть данные о том, что она улучшается. Может быть, тогда мы имеем дело с какой-то депрессией? И эта опустошенность.

Лечащий врач: Вообще, моя гипотеза, как раз в этом и состоит. То, что мы наблюдаем такую динамику на этой терапии, у нее немного собралось мыш-

ление... Это выглядит как умственная отсталость, а у нее, мне кажется, депрессия. Когда ее спрашивают, возможно, она просто не понимает некоторые термины, которые есть, не может объяснить своими словами, не может выразить. И мы имеем дело с депрессией, которая протекает на фоне каких-то когнитивных расстройств. — *Спасибо, а когнитивные дисфункции откуда?* — Органические. — *Органическая перинатальная патология?* — Да. — *Хорошо, но ведь не было ЗПР в детстве.* — Может, и было. — *У нас есть данные, что не было.*

Психолог: Мама описывает ее как обычного ребенка. — *Поступила в школу в семилетнем возрасте, не испытывала сложностей в обучении?* — Были сложности в обучении, я ее спрашивала, когда проводила обследование, у нее были сложности. — *И это расходится с тем, что говорит мама.* — К маме вообще очень много вопросов. — *Если не сложно, расскажите нам. Какие вопросы к маме?* — Вы знаете, наверное, мои вопросы вытекали бы из той гипотезы, которая у меня есть. Гипотеза, конечно, психологического рода, так как я психолог. Там отец, если я ничего не путаю, страдал алкоголизмом. И, наверное, обстановка в семье была не самая здоровая. Могу предположить, что мама созависимая. И мама была погружена в проблемы дисгармоничной семьи. Возможно депрессивная, судя по тому, что, как говорит девочка, мама плачет. Возможно, она не уделяла ребенку, у которого была какая-то органическая отягощенность, вследствие того, что она родилась недоношенной, и роды были тяжелые, столько внимания, сколько нужно такому ребенку. И эта ситуация с ЗПР вполне вероятна, ведь дети с ЗПР заканчивают среднюю школу. — *Ну да, все зависит от степени и от формы.* — У нее, все-таки, не такая тяжелая форма, она набирает около 80 баллов, это просто низкий интеллект. Так что, мне кажется, гипотеза относительно ЗПР имеет право на существование, потому что ЗПР предполагает гармоничное, то есть равномерное отставание всех сфер: и эмоциональной, и когнитивной. На сегодняшний день, такие методики не входят в стандартное психологическое обследование, но есть методики на определение реального психологического возраста. И если измерять ее психологический возраст, то я бы предположила, что она двенадцати – тринадцати годам соответствует. И, конечно, когда мы задаем двенадцатилетнему — тринадцатилетнему вопросы, как ты планируешь, свое будущее в ближайшие годы, что мы можем услышать? Пример — то, что я сама слышала — я планирую снимать ролики для тик-тока, набрать сто тысяч подписчиков и на это жить. — *И это выглядит очень круто.* — Ну, это получается у единиц. Здесь такого нет. Это, скорее, про социальное.

Лечащий врач: Я общалась с мамой по телефону. Она интересуется дочерью, очень за нее волнуется. Мама ее очень жалеет, говорит: ей тяжело, она очень устает. Мама не говорит, что она что-то не по-

нимает, что она слабоумная, отстающая в обучении, развитии, что у нее задержка психического развития — ничего такого. — *А что мама говорит про конфликт?* — Мама говорит, что дочь вспыльчивая, постоянно с ней ругается, в последнее время стала очень много раздражаться. — *Она говорит по поводу чего? Она неряшлива? Это бытовые конфликты? Тратит деньги?* — Я, к сожалению, не уточняла. Мама лишь говорит, что Саша сама провоцирует конфликты.

Ведущий: Спасибо. Есть какие-то еще мнения, диагностические суждения или что-то еще? Я думаю, что если остаться на версии F 20 или 21, то тогда надо будет менять терапию. Какие у Вас рекомендации?

Лечащий врач: Нейролептик, возможно, подключить. — *Нейролептик, какой, и какова цель? Что мы будем ждать от нейролептика? Налаживание отношений ее?* — Возможно. Мышление собрать, но она уже более собрана, чем две недели назад.

Ведущий: Я выскажу свое мнение. Оно сугубо субъективное. Я не знаю, совпадет оно или нет с мнением моего коллеги, который проводил предыдущий разбор. Сегодняшний разбор лишний раз подчеркивает, что нам в психиатрии очень часто приходится двигаться в тумане, когда у нас нет четкого видения и представления о том, что было с человеком, что есть с человеком, каковы его истинные суждения, поступки, достижения, социальные контакты. Все покрыто густым слоем тумана. Перед нами действительно, как Вы очень точно выразились, молодая девушка с невероятной пустотой, пустотой внутри, не за что зацепиться. Вот у меня такой инстинкт психотерапевта присутствует, когда думаешь, за что бы зацепиться, чтобы как-то помочь, а не получается. Она абсолютно безразлична. Она абсолютно не интересуется, и у нее даже нет намек на запрос какой-то, в отношении того, что мы могли бы сделать и как мы могли ей помочь. Если это психопатка, которая с матерью вступила в какой-то непримиримый клинч, конфликт и так далее, она могла бы, во-первых, расцвести на публике, а во-вторых, воспользоваться этим и попросить нас: Вы не могли бы маму в конце концов как-то убедить в том, что я ее жертва. Помогите мне разобраться с мамой, сделайте с ней что-нибудь. Сколько можно, доколе. Это свое возмущение психопатическое как-то выразить полноценно эмоционально, тем более, что все-таки психопат, особенно эмоционально неустойчивый или истерический психопат, это, прежде всего, аффект, это, прежде всего, эмоции, это бурные эмоции, это импульсивный тип. Вот этого ничего нет, и мы в данном случае про этот полюс расстройств личности точно можем не говорить. Бросается в глаза, конечно, то, что человек 21 года, обучающийся в университете, неважно, что ни шатко ни валко, называет странами СНГ Подмоскovie и Одиново. Я думаю, что это ответ, соответствующей какой-то умственной отсталости. Я понимаю, что нынешнее поколение вообще может и не знать эту аббревиатуру СНГ, да и не понимать, о чем идет речь, но

все-таки был задан такой вопрос: «Какие страны входят в состав СНГ?». Страны. То есть, понятие «страны» человек должен знать, если он не умственно отсталый в 21 год. Видимо нет. Так же и с другими какими-то вопросами, я не могу сказать, что ей было все равно, как ответить. Нет, я, во всяком случае, здесь поближе, мне была видней ее мимика. Она напрягалась, она старалась. Видно было, что она думала, она вспоминала, но у нее не получалось. Не видно было и досады, что не получилось. Этого не видно, эмоциональности опять нет, но то, что она думала, и у нее не получилось, — это факт. То есть какая-то умственная отсталость, слабость интеллектуальных возможностей, деменция. Ну, как еще это объяснить? Возникает вопрос, настоящая ли это деменция, связанная с какой-то органической патологией, или это функциональное расстройство интеллекта, которое связано с чем-то другим. Это может быть псевдодеменция, например, с которой хорошо знакомы судебные психиатры, работающие с пациентками, находящимися под следствием или на допросе. И тогда они демонстрируют вот такой же уровень, говорят, что у них четыре пальца. И не знают, как из пяти вычесть два, и так далее. Либо это такое дементноподобное какое-то состояние, которое связано абсолютно с другим психопатологическим процессом, не органическим и не неврологическим. И то, что это все-таки так, то, что это второй вариант, подтверждает, как раз ваше наблюдение. Наблюдение за ней в течение двух последних недель. Вы говорите, что она стала интеллектуально лучше. Она стала точнее, она стала эффективнее в интеллектуальном плане по сравнению с тем, что было две недели назад. На этой терапии. Что может нам имитировать олигофрению или деменцию, что? Могут имитировать тяжелые шизофренические когнитивные нарушения, которые развиваются у пациентов, перенесших тяжелый приступ или в юношеском, или в детском возрасте. И этот приступ сократил вообще все шансы на какое-либо развитие интеллекта, и мы видим интеллектуальную несостоятельность с детской шизофренией, так называемый олигофреноподобный дефект. При каких-то состояниях мы можем видеть функциональные нарушения, похожие на умственную отсталость. Допустим, при кататонических состояниях, когда пациенты становятся очень вязкими, торпидными, медлительными, такими субступорозными. Мы можем предположить наличие слабостей интеллекта у пациента, который, например, недоступен. У которого есть бредовая симптоматика, и который не отвечает на вопросы просто потому, что он недоступен. И он подозрительно относится к нашим вопросам, а нам может показаться, что он не отвечает, потому что не осмысливает. И, наконец, очень часто мы видим дементноподобные состояния при депрессиях. Именно при депрессиях, при тоскливых, при вялых, при адинамических депрессиях. При депрессиях с явлением юношеской астенической не-

состоятельности. И депрессии могут быть настолько глубоки, настолько тяжелы, что эта выраженность идеомоторного торможения фактически создает облик интеллектуально несостоятельного пациента. Здесь мы знаем точно, что это не олигофрения, потому что, если это все-таки была олигофрения, она была бы с детства, и мы не видим здесь признаков олигофренического дефекта. И еще мы знаем, что это не органическое заболевание головного мозга, текущее. Например, какой-то органический процесс. Вот Вы предположили какую-то инфекцию или последствия интоксикации — был вопрос по поводу наркологических проблем или каких-то травм черепно-мозговых. Мы не видим этого ничего. Все-таки перинатальная патология, она обычно резидуальная. И у нее имеется тенденция к регрессирующему течению, если она была не тяжелой. Если там не было какого-то очень серьезного органического дефекта, то с годами, в общем, пациенты выравниваются, догоняют. Получается, что у нас нет олигофрении, нет органического заболевания головного мозга, которое могло бы привести к деменции, но есть дементноподобное состояние, состояние несостоятельности. Я думаю, что дифференциальный диагноз здесь нужно проводить между двумя заболеваниями. Между шизофреническим процессом, который течет где-то очень глубоко, и мы его фактически никак не можем увидеть, или депрессивными фазами. Тем более что я здесь отмечал по анамнезу: посмотрите, такой чувствительный ребенок, который с идеями отношения к сверстникам, одноклассникам и так далее, вдруг в двенадцать лет заметил, что практически не реагирует на оскорбления сверстников. Может быть, это эквивалентно депрессии в том возрасте? Вполне. В школе называют крысой, но «было без разницы». Вот такой апато-депрессивный компонент. Смерть отца. И сразу после смерти отца падает успеваемость. Мы можем предположить, что там тоже была какая-то депрессивная симптоматика, из-за которой снизилась и успеваемость. И потом, вроде бы, как-то все выровнялась через какое-то время. В период обучения в колледже испытывала почти постоянную апатию и тревогу. Не хотелось вставать, потому что в колледже ждут одни неприятности. Может быть это депрессия? Вполне. Дальше. Когда произошло похудание и расстройство пищевого поведения в анамнезе. Отказывалась от еды, говорила матери: «Нужно экономить. Я не работаю, и есть не буду». Мы можем предположить, что это какие-то эквивалентны идеи самоуничтожения или самообвинения: «Я не работаю, поэтому я не буду есть, я себя за это наказываю»? Вполне. Но при этом была фиксирована на идее найти работу. Это уже девятнадцатый год — расстройство пищевого поведения. Это все было недавно, буквально два года назад. — *Как раз, когда из института она ушла.* — Да. И вот дальше, смотрите. Продолжила обучение с сентября двадцатого, дистанционно. В ноябре двадцатого года вновь испытывала тоскливое

и подавленное настроение, постоянно хотелось спать. Здесь прямое указание, на такой сомнамбулентный вариант депрессивного расстройства, как это и бывает при астенодепрессивных состояниях. Спала с девяти утра до восьми вечера. И дальше произошла инверсия сна. В ночное время не спала, днем спала. Это тоже достаточно характерный признак, который часто встречается при депрессивных расстройствах. Дальше. Два раза в неделю ходила к частному психологу. Будет умственно отсталый пациент, истинно дементный пациент посещать два раза в неделю психолога с жалобами на несложившуюся жизнь, многократные неудачные поиски работы? Конечно, дальше мы видим какой-то эпизод, который можно предположительно рассматривать как психотический эпизод, потому что, есть три указания на бредовое поведение. Требовала постоянно менять квартиру, причем именно требовала. Это первое. Два месяца — такой ограниченный период времени, вдруг агрессия к маме, на которую бросается с кулаками, провоцирует драки и фактически выгоняет ее на съемную квартиру. Это прямо воинствующее поведение. И то, что она ругается с соседями, которые якобы хотят захватить ее квартиру, завладеть ее квартирой и так далее. Можно предположить, что здесь есть какой-то эквивалент бредовой продукции. Но у нас, к сожалению, недостаточно данных за то, чтобы квалифицировать это, как бред. Диагностика бреда всегда — дело очень сложное и скользкое в психиатрии. Скользкое, потому что мы прекрасно понимаем — эта диагностика всегда проходит где-то на грани с социально-значимыми, очень важными аспектами жизни человека. И я бы не стал здесь спешить все-таки с квалификацией этих состояний, как бредовых. Это очень важно, потому что, от этого зависит наша терапия. Назначать или не назначать нейролептик. Это же принципиальный вопрос, как мне думается, здесь. Потому что, вполне может быть, что это какая-то декомпенсация какого-то расстройства личности, но только не эмоционально неустойчивого, импульсивного типа. И что, возможно, в этих дисфориях и в этом конфликте тоже немалую роль сыграла депрессивная симптоматика. Не исключено. Я не знаю, как расценить сегодня мышление пациентки. Нам вроде бы нужно для диагностики или исключения шизофрении понять, есть или нет нарушения мышления по процессуальному типу. Получается у нас или нет картина резонерства, разноплановости суждений, паралогичности, и прочее. Не получается, просто потому что очень мало речевой продукции. Мы не можем это оценить объективно. Будет ли ее больше? Возможно, будет. Мы не знаем, какая она есть. Если мы квалифицируем этот статус, как депрессивный или выходящий из депрессивного, то не исключено, что через какое-то время контакт с этой пациенткой будет еще более живой, еще более разговорный, что называется. И тогда мы

уже сможем ответить себе на вопрос, был ли там психоз или нет, есть ли тут расстройство мышления процессуальное или нет. Потому что без этого, с моей точки зрения, для того, чтобы диагностировать шизофрению, у нас пока недостаточно аргументов. Но, конечно, мы это можем предполагать. Я остаюсь на позиции дифференциальной диагностики между какой-то формой шизофрении и рекуррентной депрессией. Возможно, простая форма шизофрении, но вряд ли психопатоподобная. Может быть, F-20, действительно, паранойяльный вариант, или манифест, и так далее. Но я не ставлю этот диагноз. Просто потому, что пока нет достаточных для этого аргументов. А вот второй вариант — с чем я могу дифференцировать, это рекуррентные депрессии, который возникают у пациентки со сниженным уровнем интеллекта, но, не достигающим, я согласен, уровня умственной отсталости. Как мы это говорим, педагогическая запущенность — раньше называлась у нас. И в этой связи, я бы тогда как раз делал упор именно на той терапии, которую сегодня она получает. Поставил бы ей диагноз рекуррентная депрессия и, соответственно, продолжал бы работать с ней психотерапевтически для того, чтобы выйти на основные переживания, связанные с ее конфликтом с матерью. Диагноз, может быть, потом и изменится, мы не знаем, но на сегодняшний день данных за депрессию больше, чем за процессуальное заболевание. Хочу еще раз сказать, особенно молодежи, которая у нас здесь присутствует, ординаторам, что депрессия далеко не всегда отличается классическими симптомами, описанными Ясперсом в своей триаде. Это далеко не всегда взгляд, опущенный вниз, пессимистические прогнозы на будущее, тихий голос, суицидальные мысли, витальная тоска. Это все очень часто представлено, особенно сегодня, под разными масками. И маски у депрессий бывают различные, и не только соматические. Случаются маски и психопатоподобные. Особенно у детей и подростков очень часто бывают психопатоподобные маски депрессий. Бывают шизофреноформные маски депрессий. Бывают маски депрессий энцефалопатические, если можно так назвать эту маску. И вдруг, спустя какое-то время человек выходит из депрессии и вся эта псевдоолигофрения или псевдодеменция, как ее называют, вдруг исчезает, и мы видим нормального достаточно интеллектуально развитого человека, который справляется на своем уровне со своими уроками. Это мое мнение. Я хочу поблагодарить за этот клинический разбор всех, кто в нем принимал участие. И здорово, что вы смогли сделать дважды клинический разбор одного и того же пациента, собрав мнения двух кураторов. Я очень рад, что так происходит. Это прекрасно. Это говорит о том, что в больнице жива клиническая мысль, и она должна жить и дальше. Спасибо всем большое.

Эвакуация?.. Или недобровольная госпитализация?

Ю. Н. Аргунова

Рассматривается вопрос об определении момента начала процесса недобровольной госпитализации в психиатрический стационар. Обосновывается позиция автора, согласно которой врач скорой психиатрической помощи, определив наличие признаков соответствия состояния лица критериям, предусмотренным ст. 29 Закона о психиатрической помощи, принимает решение не об эвакуации лица в психиатрический стационар, а о его недобровольной госпитализации и затем осуществляет действия именно по недобровольной госпитализации. Приводятся примеры из судебной практики.

Ключевые слова: недобровольная госпитализация в психиатрический стационар.

Согласно позиции Комитета ООН по правам человека помещение в психиатрическое учреждение и лечение лица против его воли представляет собой одну из форм лишения свободы и подпадает под действие положений ст. 9 Международного пакта о гражданских и политических правах от 16 декабря 1966 г. Лишение свободы должно осуществляться при уважении верховенства права и не быть произвольным. Понятие «*произвольность*» не следует приравнять к понятию «*противозаконность*». Его надлежит истолковывать более широко, включая элементы:

- *неприемлемости,*
- *несправедливости,*
- *непредсказуемости,*
- *несоблюдения процессуальных гарантий.*

Незаконное и произвольное помещение в больничный стационар может стать причиной психических и физических страданий и по смыслу ст. 7 Международного пакта о гражданских и политических

правах представлять собой *бесчеловечное и унижающее достоинство обращение или наказание*.¹

Решение о недобровольной госпитализации уполномочен принимать:

- врач-психиатр по месту жительства лица (врач ПНД, оказывающий амбулаторную психиатрическую помощь);
- врач-психиатр бригады скорой психиатрической помощи;
- врач-психиатр (дежурный врач) приемного покоя больницы;
- комиссия врачей-психиатров психиатрического стационара;
- судья.

Недобровольная госпитализация начинается с момента реализации принятого врачом-психиатром решения о помещении лица в стационар независимо от его желания после его освидетельствования по месту вызова, поскольку с этого момента в случае необходимости принимаются меры принуждения,² в т. ч. меры физического стесне-

¹ См. Сообщение Комитета ООН по правам человека от 28 октября 2019 г. по делу Зинаида Мухортова против Республики Казахстан. Комитет пришел к выводу, что недобровольные задержание и госпитализация Мухортовой в общей сложности более чем на 15 месяцев и применение к ней лечения, несмотря на ее возражения, с учетом того, что она не представляла опасности причинения вреда себе или другим лицам, *равносильны бесчеловечному и унижающему достоинство обращению и наказанию*. Три принудительных направления в психиатрические больницы в 2011 – 2013 г. были результатом произвольных решений и не имели надлежащего медицинского обоснования. Неоднократные госпитализации, сопровождавшиеся задержанием по месту жительства, причинили Мухортовой сильные переживания и душевные страдания, в т. ч. по причине постоянного страха за свое здоровье и свободу. Государство не представило достаточных доказательств того, что недобровольная госпитализация была необходима и служила цели защиты Мухортовой от серьезного вреда или недопущения причинения вреда другим. Даже если поставленный ей диагноз был принят, умственная и психосоциальная инвалидность сама по себе не может служить оправданием лишения свободы. Напротив, любое лишение свободы должно быть необходимым и соразмерным цели защиты лица от серьезного ущерба или предотвращения нанесения ущерба другим лицам. Комитет констатировал нарушения ст. 7 и 9 Пакта. (Из Обзора практики межгосударственных органов по защите прав и основных свобод человека № 4 (2020). Подготовлен Верховным Судом РФ).

² См. п. 3 Методических рекомендаций по организации работы бригад скорой психиатрической помощи (Приложение 4 к приказу Минздрава России от 8 апреля 1998 г. № 108).

ния.³ Для купирования или уменьшения выраженности психомотормного возбуждения могут быть назначены лекарственные средства особенно в случаях, когда пребывание лица в машине «скорой» занимает значительное время.

Как следует из разъяснений Пленума Верховного Суда РФ, касающихся сходных правоотношений, **помещение лица в медицинскую организацию включает период доставления лица** в соответствующую организацию,⁴ т. е. **начинается «с момента фактического ограничения свободы лица в целях его помещения в медицинскую организацию».**⁵ Соответственно и 48-часовой срок для обращения больницы в суд включает в себя время, в течение которого задержанное лицо выводилось из квартиры (иного места), размещалось в машине «скорой» и доставлялось в стационар.

Суды удовлетворяют требования граждан о компенсации морального вреда, если к ним без необходимой оценки их психического состояния применялось насилие при реализации решения врача-психиатра «скорой» о недобровольной госпитализации при том, что само помещение в стационар не состоялось. Нередко подобные госпитализации осуществляются прямо из приёмных органов власти, куда люди обращаются за защитой своих прав.

Так, Судебная коллегия по гражданским делам Иркутского облсуда (апелляционное определение от 19 декабря 2013 г. по делу № 33-10354/2013) оставила без изменения решение Кировского районного суда г. Иркутска, которым удовлетворены требования по иску М. Т. и М. И. к З., Н., Х. и МБУЗ г. Иркутска «Станция скорой медицинской помощи». С учреждением в пользу истцов взыскана компенсация морального вреда.

Истцы находились в фойе здания администрации г. Иркутска, ожидая встречи с Н. для подачи жалобы. Разговаривали между собой громко, поскольку истица пользовалась слуховым аппаратом. Замечаний им не делали. Приехавший в здание администрации Г., узнав причину нахождения истцов в фойе, заявил, что Н. их не примет, после чего поднялся по лестнице. Вскоре в фойе появились трое людей в форме медработников, старший из них поднялся по лестнице,

а двое остались в коридоре. Спустя 30 мин. старший вернулся, пообщался с охранником, вахтером и двумя санитарями. Внезапно все трое схватили М. Т. и потащили «волоком» через фойе к выходу с применением физической силы, не объясняя свои действия. С истицы упала шапка, слетели туфли. Она пыталась звать на помощь, ощутив реальную угрозу и страх. Ей были причинены телесные повреждения, не причинившие вред здоровью. Её муж — М. И. подошёл к машине с целью сопроводить жену, но санитары схватили его и стали душить.

Когда истицу привезли в стационар, медработники прошли в здание больницы, оставив истицу сидеть на полу автомобиля без обуви. К ней подошла В., которую М. Т. информировала о незаконном применении насилия, об обеспокоенности состоянием мужа, брошенного лежащим на асфальте. Она полагала, что доставление в стационар преследовало цель удалить её из помещения администрации города. По результатам беседы М. Т. было выдано заключение о её адекватном состоянии и поведении.

По словам истцов, они испытали физические и нравственные страдания, страх за своё здоровье, неуверенность в завтрашнем дне, унижение и оскорбление их человеческого достоинства и доброго имени. Считали, что указанные действия нарушают нормы врачебной этики и Конституции РФ.

Суд пришёл к выводу, что З., прибыв по месту вызова, в нарушение требований Закона о психиатрической помощи, приказа Минздрава России от 8 апреля 1998 г. № 108 «О скорой психиатрической помощи» неправильно оценил психотерапевтическую беседу, а потому не установил путём сбора анамнеза, осмотра М. Т., что она не нуждается в неотложной психиатрической помощи в недобровольном порядке. Не имея законных оснований, он *самостоятельно* при отсутствии письменного заявления, признаков соответствия состояния М. Т. критериям недобровольной госпитализации *решил вопрос о ее недобровольной госпитализации*. Врач не представился М. Т., не провёл с ней беседы по поводу её психиатрического освидетельствования и недобровольной госпитализации; не сделал записи в карте вызова.

³ Так, большой общественный резонанс вызвали события, произошедшие 23 августа 2021 г. в Ярославле. На видеокадрах с камер наблюдения жилого дома видно, как санитар и фельдшер Ярославской ОПБ жестоко избивают женщину в процессе ее недобровольной госпитализации как только оказываются вне поля зрения сотрудников полиции. Медработники затаскивают в лифт полураздетую со связанными руками женщину и в целях подавления ее сопротивления кулаками наносят ей множественные удары в различные части тела, преимущественно в грудь и живот. Женщина кричит, просит ее не трогать, зовет на помощь соседней. В ситуацию пришлось вмешаться Уполномоченному по правам человека в Ярославской области С. Бабуркину. К делу подключен СК РФ и прокурор области. Приказом главврача больницы санитар и фельдшер уволены.

⁴ См. п. 16 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».

⁵ Определение Конституционного Суда РФ от 19 июля 2016 г. № 1733-О.

Судебная коллегия согласилась с выводом суда и указала, что оснований для психиатрического освидетельствования и недобровольной госпитализации истицы не имелось. За свои действия З. был привлечён к дисциплинарной ответственности. Причинённые М. Т. и М. И. действиями выездной психиатрической бригады МБУЗ ССМП нравственные и физические страдания подлежат компенсации в силу ст. 1064, 150, 151 ГК РФ. В соответствии со ст. 1068 ГК РФ юридическое лицо возмещает вред, причинённый его работником при исполнении трудовых (служебных, должностных) обязанностей. Суд правомерно в силу ст. 40 ГПК РФ привлёк для участия в деле в качестве ответчика работодателя З., Н. и Х. — МБУЗ г. Иркутска «Станция скорой медицинской помощи» и возложил на него обязанность по возмещению морального вреда.

В направлении на госпитализацию психиатр должен дать предметное и доказательное описание психического состояния лица, из которого достаточно определено можно заключить, что оно соответствует критериям недобровольной госпитализации; должно быть указано, что пациент стационарируется недобровольно, а также какому именно пункту («а», «б», «в») ст. 29 Закона о психиатрической помощи его состояние соответствует. Врач-психиатр должен быть независим в своих решениях, однако это не означает для врача возможность принять решение о госпитализации исключительно по своему усмотрению. Врач-психиатр должен руководствоваться только медицинскими показаниями, врачебным долгом и законом (ч. 1 ст. 21 Закона о психиатрической помощи).

В приёмном отделении стационара доставленное лицо вновь осматривается врачом-психиатром, основной задачей которого согласно должностной инструкции является *оперативная верификация диагноза* психического расстройства у поступающего в стационар лица *и показаний для его госпитализации*. Врач должен провести клинико-anamnestического обследования. Оно включает в себя: клиническую беседу с пациентом и его родственниками, оценку физического и психического статуса пациента и всех сфер его психической деятельности, изучение направ-

тельной документации и получение сведений о поведении и состоянии пациента от членов бригады «скорой», доставившей его в психиатрический стационар. После установки диагноза врач соотносит заболевание с критериями недобровольной госпитализации.

При оценке реальной опасности пациента для себя или окружающих врач должен исходить из произведенного им последовательного описания психического состояния пациента, поскольку заявления родственников, очевидцев могут содержать субъективные сведения. Например, реакции возбуждения, беспокойства, тревожности как проявления аффективного спектра шизофрении должны быть неадекватными сложившейся ситуации. Их следует отличать от адекватного эмоционального состояния лица, вызванного обстоятельствами его доставления в стационар.

Если лицо доставлено в стационар не по путёвке врача ПНД и не по «скорой», а, например, сотрудниками полиции, врач приёмного отделения должен затребовать от них письменное объяснение о причинах доставления лица в психиатрический стационар. В противном случае госпитализация может оказаться незаконной.⁶

Врач-психиатр приемного отделения, будучи наделённым организационно-распорядительными полномочиями, является *должностным лицом*. В силу закона и должностной инструкции, он наделен правом принимать решение о помещении лица в психиатрический стационар в недобровольном порядке до вынесения постановления судьи. Если он не согласен с решением врача «скорой», он вправе отпустить лицо из приёмного покоя, если тот не даст согласие на госпитализацию.

Неисполнение или ненадлежащее исполнение врачом-психиатром своих обязанностей вследствие недобросовестного или небрежного отношения к обязанностям по должности, если это повлекло существенное нарушение прав и законных интересов граждан либо охраняемых законом интересов общества или государства, влечет уголовную ответственность по ст. 293 «Халатность» УК РФ.⁷

⁶ В качестве иллюстрации можно привести случай, описанный в приказе Минздрава России от 8 октября 1997 г. № 299 «О нарушении принципа добровольности при оказании психиатрической помощи». Врач приёмного покоя Калужской ОПБ в нарушение положений ч. 1 ст. 25 Закона о психиатрической помощи не затребовал от работников милиции, доставивших Ф. с места работы, письменное объяснение о причинах направления Ф. к психиатру. Вследствие этого состояние Ф. было ошибочно расценено как представляющее непосредственную опасность для себя и окружающих, т.е. подпадающее под п. «а» ч. 4 ст. 23 Закона. При заполнении истории болезни не было указано, от кого получены сведения о якобы агрессивном поведении Ф., не отмечены телесные повреждения, описанные в дальнейшем врачом отделения. Под диспансерным наблюдением Ф. не состояла, была выписана на второй день после госпитализации. Виновные медработники были привлечены к дисциплинарной ответственности.

⁷ См. приговор Кировского районного суда г. Астрахани от 6 ноября 2019 г. по уголовному делу № 1-389/2019. Суд осудил врача-психиатра приемного отделения Андронову О. В. по ч. 1 ст. 293 УК РФ и приговорил к 360 часам обязательных работ с лишением права заниматься врачебной деятельностью сроком на 3 года. На основании п. «а» ч. 1 ст. 78 УК РФ она освобождена от наказания в связи с истечением срока давности привлечения к уголовной ответственности. Суд взыскал

Разберем случай из судебной практики, иллюстрирующий неверное понимание врачом «скорой» своих функций либо, похоже, намеренное введение суда в заблуждение в отношении юридической природы своих действий. В этом деле становятся очевидными нестыковки в законодательстве, неправильное применение правовых норм, нарушения требований закона и врачом «скорой», и врачом приемного покоя больницы, а также ошибки, допущенные самим госпитализированным лицом при защите своих прав в суде, повлиявшие на исход дела.

Так, Октябрьский районный суд г. Санкт-Петербурга (решение от 2 июля 2019 г. по делу № 2-567/2019) отказал в удовлетворении иска Мачневой М. М. к СПб ГБУЗ «Городская станция скорой медицинской помощи» и СПб ГБУЗ «Психиатрическая больница Святого Николая Чудотворца» о компенсации морального вреда.

Истица утверждала, что 15 сентября 2016 г. была задержана за нарушение общественного порядка в прокуратуре Санкт-Петербурга и доставлена в отдел полиции. Оттуда бригадой «скорой» была принудительно госпитализирована в психиатрический стационар, где провела ночь среди больных, без необходимых ей лекарств, в отсутствие контактов с родственниками. Мобильный телефон у нее отобрали. Утром следующего дня врачебная комиссия не установила оснований для ее пребывания в стационаре, и она была отпущена. По мнению истицы, психическое расстройство, представляющее опасность, она не проявляла, основания для недобровольной госпитализации были сфальсифицированы врачом «скорой», выполнявшим заказ сотрудников полиции, которые вызвали «скорую» из личных неприязненных отношений к истице. В полиции протоколы по факту нарушения ею общественного порядка в прокуратуре не составлялись, к административной ответственности она не привлекалась.

Представитель «скорой» пояснил, что по решению врача психиатрической бригады осуществляется лишь **эвакуация** нуждающихся в медицинской помощи в лечебное учреждение (п. 14 Порядка оказания срочной, в том числе специализированной, медицинской помощи, утвержденного приказом Минздрава России от 20 июня 2013 г. № 388). Решение о госпита-

лизации принимает уже врач стационара. Сотрудники «скорой» не вправе были при наличии оснований оставить истцу без медицинской помощи, ввиду чего эвакуация в стационар нарушением ее прав не является. Поскольку недобровольная госпитализация начинается с момента помещения в стационар, причинно-следственная связь между действиями бригады «скорой» и госпитализацией Мачневой отсутствует.

Врач бригады «скорой» Пучков Ю. Г. заявил, что при осмотре Мачнева проявляла признаки бредового расстройства, на что указывало сильное возбуждение, несвязная манера речи, не поддающаяся коррекции, отсутствие продуктивного контакта с врачом (говорила то, что считала нужным), отсутствие критики к состоянию. Ввиду этого с целью предупреждения развития *негативных последствий* её состояния было принято *решение об эвакуации* истицы в психиатрический стационар. Решение о госпитализации Пучков не принимал.

Представитель МВД России указал, что правомерность действий по доставлению истицы в отдел полиции не обжаловалась, в установленном порядке они не признаны незаконными. Компенсацию морального вреда за вызов бригады скорой психиатрической помощи закон не предусматривает. Какие-либо действия по ограничению личной свободы и иных прав истицы сотрудники полиции не совершали.

Суд установил, что истица в приёмной прокуратуры города кричала, беспричинно ругалась, провоцируя дежурного прокурора на конфликт, размахивала руками, заявляя о проводимых ею аудио- и видео-записях, не имея на то письменного разрешения прокурора, т. е. нарушала общественный порядок, создавала препятствия к проведению приёма граждан, что послужило основанием для доставления истицы в отдел полиции. Полиция в соответствии с п. 11 ч. 2 ст. 14 Федерального закона «О полиции» вправе задерживать лиц, имеющих признаки выраженного психического расстройства и создающих своими действиями опасность для себя и окружающих, до передачи их в лечебные учреждения либо по месту жительства. Право полиции задерживать таких лиц обусловлено положениями ч. 1 ст. 1 указанного закона, согласно которым защита жизни и здоровья граждан является обязанностью сотрудников полиции. Кроме того, в силу ч. 2 ст. 27 закона сотрудники полиции обязаны

с Андроновой в счет компенсации морального вреда в пользу потерпевшей денежные средства в размере 500 000 руб. Действия Андроновой были квалифицированы как преступная халатность. Андропова не проявила необходимую внимательность и предусмотрительность, не выполнила возложенные на нее обязанности, а именно, не провела клинично-анамnestическое обследование потерпевшей, необоснованно, не имея объективных признаков и достаточных симптомов параноидной шизофрении у последней, выставила ей диагноз — «F-20.00 параноидная шизофрения, аффективно-бредовый синдром» и, реализуя организационно-распорядительные полномочия должностного лица, при отсутствии к тому оснований приняла незаконное решение о недобровольной госпитализации психически здорового лица, не нуждающегося в психиатрической помощи, и о направлении ее в стационарное отделение ГБУЗ АО «ОКПБ» с рекомендацией усиленного наблюдения на основании п. «а», «в» ст. 29 Закона о психиатрической помощи. Андропова своей вины не признала. По ее словам, решение о недобровольной госпитализации она не принимала, его принимает суд после принятия решения врачебной комиссией. Астраханский облсуд (апелляционное постановление от 19 декабря 2019 г. № 22-3455/2019) оставил приговор без изменения.

оказывать первую помощь гражданам, находящимся в состоянии, опасном для их жизни и здоровья. В соответствии с п. 26 Наставлений о порядке исполнения обязанностей и реализации прав полиции в дежурной части территориального органа МВД России после доставления граждан (утв. приказом МВД России от 30 апреля 2012 г. № 389) после задержания лиц, имеющих признаки выраженного психического расстройства и создающих своими действиями *непосредственную опасность* для себя и окружающих, оперативный дежурный обязан вызвать врача-психиатра или иных специалистов и медицинский персонал, участвующих в оказании психиатрической помощи, и по заключению медработника передать таких лиц в лечебное учреждение либо по месту жительства. Из взаимосвязанного смысла приведённых правовых норм суд сделал вывод, что сотрудники полиции обязаны при наличии признаков психического расстройства у лица, доставленного в отдел полиции, осуществить вызов скорой психиатрической помощи, ввиду чего действия полиции по вызову «скорой» 15 сентября 2016 г. не могут рассматриваться как незаконные.

Суд посчитал, что врач-психиатр Пучков, принимая решение об эвакуации истицы в больницу, действовал с соблюдением нормативно-правовых актов и должностной инструкции. Согласно ст. 32 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» скорая, в т. ч. скорая специализированная, медицинская, в т. ч. психиатрическая, помощь представляет собой комплекс мероприятий, направленных на оказание экстренной помощи больным в случаях внезапного развития или обострения психических расстройств в любом месте пребывания пациента. При этом скорой медицинской помощи требуют расстройства психики (бред, галлюцинации, психомоторное возбуждение и др.), сопровождающиеся неправильной оценкой и трактовкой происходящего, нелепыми поступками, когда действия больного становятся опасными для себя и окружающих. Согласно ч. 4 ст. 35 Закона об охране здоровья при оказании скорой медицинской помощи в случае необходимости осуществляется медицинская эвакуация, представляющая собой транспортировку граждан в целях спасения жизни и сохранения здоровья. Согласно п.п. 2.9, 2.31, 2.34 должностной инструкции врача-психиатра специализированной выездной бригады скорой медицинской помощи, утверждённой приказом ГБУЗ ГССМП № 539 от 18 декабря 2015 г., врач бригады скорой помощи обязан выезжать на вызовы для оказания экстренной психиатрической помощи, оказывать медицинскую помощь безотлагательно и бесплатно в соответствии с действующим алгоритмом, решать вопрос медицинской эвакуации пациента в стационар.

Представитель больницы пояснил, что истица поступила по направлению врача скорой психиатрической помощи. В прокуратуре истица полагала себя *великой правозащитницей*, громко кричала, угрожала. При поступлении была возбуждена, подозрительна,

конфликтна с врачом, без критики к состоянию. Учитывая психическое состояние истицы и её поведение, сведения, отражённые в направлении на госпитализацию, с целью предупредить угрозу ухудшения состояния здоровья истицы, создание *угрозы опасности* для окружающих она была госпитализирована. Наутро состояние истицы улучшилось. После осмотра комиссией, которая пришла к выводу об отсутствии оснований для лечения в условиях психиатрического стационара, истица была выписана. Права истицы не нарушены. Причинно-следственная связь между действиями врачей больницы и нравственными страданиями истицы отсутствует.

Согласно записи в медкарте Мачневой в приемном покое истица внешне спокойна, контакт формальный, ориентирована правильно, подозрительна, вязка, *требует вызвать адвоката*, конфликтна с врачом, обвиняет врача в нарушении закона, критики нет, себя больной не признает, угрожает, что все будет сообщено «куда надо». Для уточнения диагноза и решения вопроса об обоснованности лечения в условиях стационара врачом приемного покоя принято решение о госпитализации истицы.

Суд пришел к выводу, что госпитализация истицы осуществлялась врачом-психиатром приёмного покоя в соответствии с законодательством. Иное означало бы ненадлежащее оказание психиатрической помощи, нарушение требований Закона о психиатрической помощи. Действия сотрудников больницы были направлены на сохранение здоровья истицы, они не могут рассматриваться как виновные, повлекшие нарушение ее личных неимущественных прав.

Доводы истицы о том, что врач «скорой» Пучков и врач приёмного покоя Андрианов приняли решение о её госпитализации незаконно, без достаточных оснований, чем нарушили её права на свободу передвижения и личную неприкосновенность, суд счел необоснованными, поскольку действия указанных лиц не оспорены, не признаны незаконными. Истица пояснила, что препятствий к обращению в суд об оспаривании указанных действий у неё не имелось. Само по себе несогласие истицы с действиями врачей-психиатров подтверждением незаконности этих действий и наличия вины Пучкова и Андрианова в причинении ей морального вреда не является.

Принимая во внимание отсутствие доказательств в подтверждение нарушения ответчиками личных неимущественных прав истицы, вины ответчиков в причинении ей морального вреда, правовые основания для удовлетворения исковых требований отсутствуют.

В данном деле, во-первых, не приведены обстоятельства, которые дали бы основания сотрудникам полиции предположить наличие у истицы «признаков выраженного психического расстройства»; ее действия тем более не представляли непосредственной опасности для нее самой или окружающих. Не случайно, прокурор, с которым общалась истица, вызвал наряд полиции, а не «скорую». Поэтому обоснование

правомерности действий полиции перечисленными нормативно-правовыми актами несостоятельно.

Во-вторых, врач-психиатр «скорой» по незнанию или умышленно ввел суд в заблуждение относительно своих полномочий, обосновал правомерность своих действий неприменимыми для данных правоотношений нормативно-правовыми актами, целиком переложив ответственность за незаконную госпитализацию на врача больницы. Как указывалось нами выше, чтобы начать транспортировку лица в больницу, врач-психиатр «скорой» должен принять решение о нуждаемости лица в недобровольной госпитализации, оформить направление (лишь затем такое решение принимает врач приемного покоя, учитывая, а иногда руководствуясь направлением, подписанным его коллегой со «скорой»). Причем врач-психиатр «скорой» принимает решение именно о госпитализации, а не об «эвакуации». Последнее применимо к лицам, пострадавшим в результате чрезвычайных ситуаций, стихийных бедствий, катастроф, беременным женщинам, новорожденным, когда речь идет об угрожающих жизни состояниях (ч. 4 ст. 35 Закона об охране здоровья). Применительно к сфере оказания психиатрической помощи приоритет имеют нормы не общего, а специального законодательства, т. е. нормы законодательства не об охране здоровья граждан, а о психиатрической помощи. Не случайно специальный закон, регулирующий данную сферу правоотношений, содержит в своем наименовании указание на «гарантии прав граждан при оказании психиатрической помощи». Указанная врачом «скорой» цель «эвакуации» («предупреждение развития *негативных* последствий») не имеет правового содержания. Медицинская (санитарная) эвакуация осуществляется при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства, с проведением во время транспортировки мероприятий по оказанию помощи, в т. ч. с применением медицинского оборудования. Не иначе, как издевательским выглядит высказывание представителя «скорой» о том, что он не находит никакой причинно-следственной связи между действиями «скорой» и госпитализацией истицы.

В-третьих, описание поведения истицы в прокуратуре однозначно не свидетельствует о его неадекватности. В объяснениях истицы, к сожалению, не приведены мотивы ее обращения к прокурору. Все перечисленные действия могут указывать и на то, что посетитель крайне расстроен, обижен, не удовлетворен ходом рассмотрения его вопроса, пытается зафиксировать на видео свой визит к прокурору, что законно, кстати, не запрещается.

В-четвертых, имеются существенные расхождения в описании состояния и поведения истицы в приемном покое. В пояснениях врача, данных им в суде, сказано, что при поступлении истица была возбуждена, конфликтна с врачом, без критики к состоянию. Согласно же записи в медкарте истица, наоборот, внешне *спокойна*, контакт формальный, *ориентирована правильно*, подозрительна, *вязка*, *требует вызвать адвоката*, конфликтна с врачом, обвиняет вра-

ча в нарушении закона, критики нет, себя больной не признает, угрожает, что все будет сообщено «куда надо». Соответствующие отличия прослеживаются и в характеристике действий самого врача: в объяснениях врач говорит о том, что госпитализация нужна была «с целью предупредить угрозу ухудшения состояния истицы, создание угрозы опасности для окружающих». А в медкарте записано, что госпитализация произведена всего лишь «для уточнения диагноза и решения вопроса об обоснованности лечения в условиях стационара». Записи в медкарте не обосновывают необходимость произведенной недобровольной госпитализации. То есть в судебном заседании по рассмотрению исковых требований пациентки к «скорой» и больнице врач приемного покоя для оправдания своего решения явно утяжелил состояние истицы и «на ходу» изменил цель госпитализации, что осталось судом не замеченным.

В-пятых, во всех описанных состояниях (поведении) истицы отсутствует критерий не только непосредственной опасности, но и вообще как таковой опасности ее для себя или окружающих. Представитель больницы сформулировал абсолютно неприемлемую, с точки зрения ст. 29 Закона о психиатрической помощи, цель госпитализации истицы — «предупредить создание угрозы опасности». То есть на момент осмотра истицы в приемном покое не было не только опасности, но даже никакой угрозы ее возникновения. Единственная угроза, исходившая от истицы — это угроза «сообщить куда надо» о незаконных действиях врачей. Врач больницы иронично назвал ее «великой правозащитницей». Ей вменялась съемка личного приема у прокурора без его разрешения и шумное поведение. Ее конфликтность с врачом вполне логична и может быть объяснена реакцией человека на несправедливость, принуждение и компрометацию в части психического здоровья (со стороны прокуратуры, полиции, «скорой», врача больницы), несправедливость и незаконность происходящего. Об этом свидетельствует вполне здравые и соответствующие Закону о психиатрической помощи требования истицы вызвать адвоката. «Обвинения врача в нарушении закона» не побудили врача задуматься о законности своих действий.

Конечно, истица избрала не совсем верное обоснование отсутствия с ее стороны нарушений общественного порядка в прокуратуре. Тот факт, что в полиции протоколы о таком нарушении не составлялись, не служит подтверждением отсутствия нарушений. Протокол обычно не составляется как раз в случаях, когда очевидно, что нарушающее общественный порядок поведение человека обусловлено его психическим расстройством. В исковых требованиях следует избегать указания предполагаемых мотивов действий врачей, если это невозможно доказать. Хотя не исключено, что сотрудники полиции действительно испытывали к истице «личные неприязненные отношения», что и побудило их вызвать «скорую»; утверждение на этот счет, не подкрепленное доказательствами, было обречено на непринятие его судом. Истице следовало

было сосредоточиться на доказательствах явных нарушений Закона о психиатрической помощи, несоблюдении приказа Минздрава России от 8 апреля 1998 г. № 108 «О скорой психиатрической помощи», нестыковках в материалах дела. Не исключено, что должностная инструкция, на которую ссылался врач «скорой», не соответствует положениям Закона о психиатрической помощи. Истице можно было бы пояснить в суде суть произошедшего в приемной прокуратуры, причины чрезмерно эмоционального ее поведения. Защиту нарушенных прав следовало бы начать с обжалования действий по оказанию психиатрической помощи, и лишь после вынесения решения суда в пользу истицы можно было бы ставить вопрос о компенсации морального вреда.

Хотя суд отказал истице в удовлетворении требований, факт того, что госпитализация в недоброволь-

ном порядке на всех ее этапах производилась необоснованно, подтверждается выпиской пациентки из стационара на следующее утро после проведения комиссионного освидетельствования.

Итак, доставление (транспортировка, препровождение⁸) лица в психиатрический стационар без его согласия неотделимо от процесса недобровольной госпитализации, является ее этапом и согласно закону осуществляется во исполнение и в рамках принятого врачом-психиатром решения не о доставлении лица в стационар, а о его недобровольной госпитализации. Понятие «медицинская (санитарная) эвакуация» имеет конкретное правовое содержание и к рассматриваемым правоотношениям не применимо.

⁸ См. апелляционное определение Судебной коллегии по гражданским делам Мосгорсуда от 30 июня 2014 г. по делу № 33-24518.

Как понудить судебные органы принимать правосудные решения?

В прошлом выпуске журнала в рубрике «ПСИХИАТРИЯ И ПРАВО» в статье «Госпитализировать, лечение проводить до выздоровления (О законности судебных решений по делам о недобровольной госпитализации)» на основе анализа большого массива судебных решений мы продемонстрировали очевидную несостоятельность судебного контроля за законностью и обоснованностью госпитализации лица в психиатрический стационар в недобровольном порядке. Мы доказали неправоту указания в резолютивной части судебного решения целей, сроков госпитализации, условий завершения лечения и выписки из стационара, диагноза ответчика, а также ошибочность в определении судом начала течения срока госпитализации.

НПА России направила обращение на имя Председателя Верховного Суда РФ В. М. Лебедева с просьбой обратить внимание на допускаемые судами нарушения закона. В обращении указывалось, что поскольку Верховный Суд РФ является высшим судебным органом по административным делам и, как следует из ст. 2 ФКЗ «О Верховном Суде Российской Федерации», осуществляет судебный надзор за деятельностью судов, а также в целях обеспечения единообразного применения законодательства Российской Федерации *дает судам разъяснения по вопросам судебной практики на основе ее изучения и обобщения*, мы просим Верховный Суд РФ дать судам разъяснения по вопросам судебной практики разрешения дел данной категории. Со своей стороны мы выразили готовность к сотрудничеству по всему

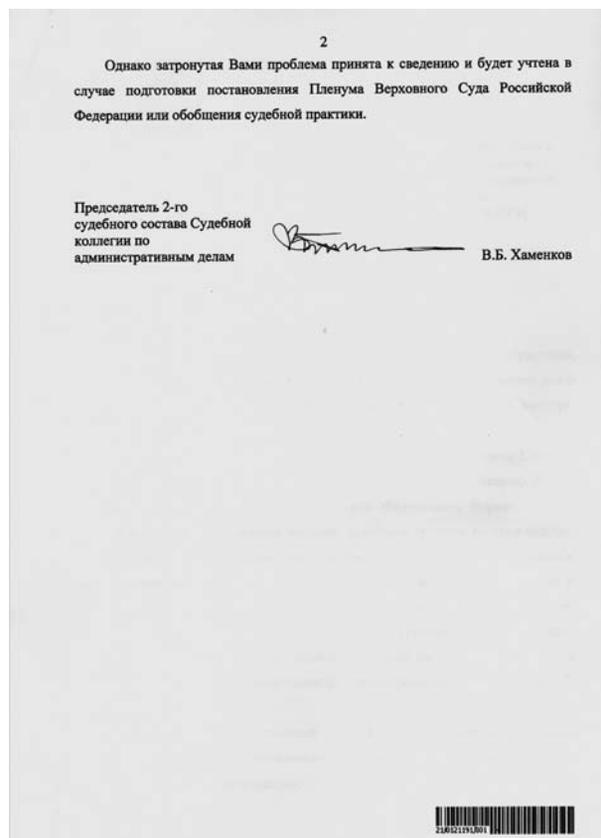
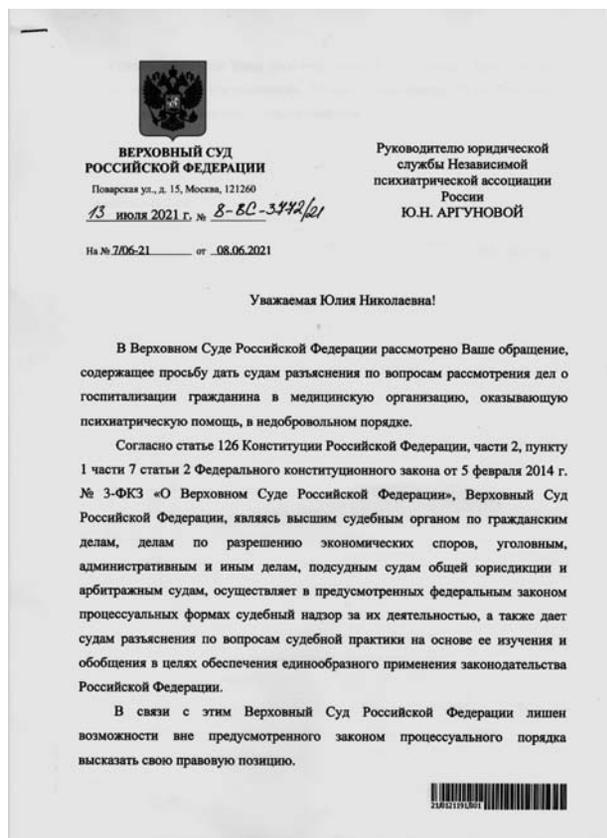
спектру вопросов на стыке права и психиатрии. Ниже приводится ответ на наше обращение.

Высшая судебная инстанция не решилась ответить по существу, т. е., как предполагалось, заверить нас в намерении (с учетом изложенных нами фактов) рассмотреть вопрос о проведении изучения и обобщения судебной практики с последующим принятием соответствующего постановления Пленума Верховного Суда. Такой ответ фактически означал бы признание существующей проблемы, обоснованности замечаний специалистов общественной организации. Вероятно, по мнению Верховного Суда, чтобы сохранить лицо, нужно не подавать виду, что парировать нечем, что действительно нарушения закона в решениях судей имеют место, и более того они носят далеко не единичный характер. А чтобы уж точно уйти от необходимости отвечать и аргументировать и, чтобы напускное безразличие не было таким заметным, Верховный Суд произвел подмену тезиса, применил демагогический прием, уловку. Он исказил просьбу (аргумент), с которой обратилась НПА России, подменил ее некорректной в правовом отношении и затем констатировал, что «лишен возможности» исполнить эту просьбу. Верховный Суд указал, что «лишен возможности вне предусмотренного законом процессуального порядка высказывать свою правовую позицию». Однако НПА России не просила Верховный Суд «высказывать свою правовую позицию» по отдельным делам. В нашем обращении ставился конкретный, основанный на законе вопрос о даче судам разъяснений по вопросам судебной практики. Согласно закону такие разъяснения дает Пленум Верховного

Суда в своих постановлениях. А такие постановления принимаются на основе предварительного изучения и обобщения судебной практики. Приведенные в нашем обращении факты со ссылками на конкретные

судебные решения — это по-существу основание для инициирования организации такого обобщения.

Ю. Н. Аргунова



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.

ЗАЩИТА ПРАВ ГРАЖДАН С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ,

НАХОДЯЩИХСЯ В МЕСТАХ ПРИНУДИТЕЛЬНОГО СОДЕРЖАНИЯ

(Руководство для юристов и адвокатов). — М., 2021. — 224 с.

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

или по телефону: 8 (495) 437-0991

Судебные психиатры Якутии последовали советскому сценарию

26 июля Якутский городской суд вынес решение по уголовному делу против шамана Александра Габышева (<http://npar.ru/novoe-ugolovnoe-delo-protiv-shamana-ga>). Он был признан невменяемым и направлен на принудительное лечение в стационар специализированного типа с интенсивным наблюдением. На территории России всего 8 таких учреждений, и там содержатся наиболее опасные психически больные, те, которые совершили наиболее тяжкие преступления, такие как убийства, изнасилования, тяжелые преступления против личности.

Что же такого совершил Габышев? Его обвинили в совершении насилия, опасного для жизни и здоровья, в отношении представителя власти. Это насилие было применено во время принудительной доставки Габышева в психиатрическую больницу, совершенного с применением грубой силы, когда его дом штурмовали вооруженные полицейские и сотрудники Росгвардии, а он демонстративно размахивал ритуальным самодельным мечом «батас», чтобы к нему не приближались. И хотя последующая медицинская экспертиза не обнаружила следов опасного для жизни и здоровья насилия, а находившийся в руках у Габышева «батас» не был признан холодным оружием, статья не была переквалифицирована, а судебно-психиатрические эксперты Якутского ПНД рекомендовали признать Габышева невменяемым и направить на принудительное лечение в психиатрический стационар специализированного типа с интенсивным наблюдением, как представляющего особую социальную опасность.

По запросу адвоката Ольги Тимофеевой эксперты Независимой психиатрической ассоциации России проанализировали судебно-психиатрическое заключение на Габышева и пришли к выводу, что он не представляет социальной опасности и не нуждается в таком строгом принудительном лечении. Они также организовали рецензию независимого специалиста-психиатра, который пришел к таким же выводам. Дополнительным аргументом было то, что в октябре 2019 г., в связи с первым уголовным делом против шамана, когда его обвиняли в призывах к экстремистской деятельности, комиссия НПА в составе 4-х специалистов приехала в Якутск и провела очное комиссионное психиатрическое освидетельствование Габышева с его согласия. Тогда она также не обнаружила признаков его особой социальной опасности, и то уголовное дело в результате не получило продолжения.

Однако на этот раз все серьезнее. Габышева намерены упрятать в психиатрическую больницу — далеко от дома и на много лет — совсем не за то, что он порвал одежду и поцарапал бедро сотруднику росгвардии, а за то, что он объявил третий поход на Кремль, чтобы «изгнать злой дух из Путина». Как он собирается это сделать? В его распоряжении только шаманские приемы, но на всякий случай его лучше изолировать на максимально долгий срок. И после этого нам говорят, что российская психиатрия распрощалась со своим печальным прошлым и не допускает использования психиатрии в политических целях (см. интервью вице-президента РОП, ставшего недавно генеральным секретарем ВПА проф. П. В. Морозова «Медицинский газете» — <http://www.mgzt.ru/content/my-ne-mozhem-byt-naslednikami-natsistskoi-ideologii> и отклик на него в этом выпуске журнала).

По словам адвоката, еще до вступления постановления суда в законную силу, прямо в зале суда на ее подзащитного надели наручники и заключили под стражу. И это при том, что в тот же день в отделении, где Габышев проходил ранее недобровольное лечение, должна была состояться врачебная комиссия в связи с истечением 6-месячного срока недобровольного лечения, и врачи планировали выписать Габышева, как неопасного для себя и окружающих. Суд также рекомендовал Адвокатской палате Республики Саха-Якутия привлечь Ольгу Тимофееву к дисциплинарной ответственности за то, что она высказала в зале суда свое, по словам судьи, «субъективное мнение» о явном нарушении прав Габышева и его защитников.

Недавно состоялось рассмотрение апелляционной жалобы на постановление суда о назначении Габышеву принудительного лечения в стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением. Заслушать специалистов НПА суд отказался. Адвокату с трудом удалось добиться приобщения к делу заключения комиссии НПА, как уже включенной в процесс, в приобщении заключения И. Э. Гушанского было отказано, а решение предыдущей инстанции оставлено без изменений.

Теперь можно обращаться в Европейский суд по правам человека. Однако, дело это не быстрое, а не могущий смириться с решением суда Александр Габышев собирается объявить голодовку, и кто знает, чем это для него закончится.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ СПЕЦИАЛИСТОВ ПСИХИАТРОВ И ПСИХОЛОГА
на заключение комплексной судебной
психолого-психиатрической комиссии экспертов от 2 марта 2021 г. № 170
на Габышева Александра Прокопьевича, 1968 г. рожд.**

Настоящее заключение составлено 12 апреля 2021 г.

по запросу адвоката О. М. Тимофеевой

на основании представленной ею копии заключения комплексной судебной психолого-психиатрической комиссии экспертов от 02.03.2021 г. № 170 на Габышева А. П.

для оценки «правильности и обоснованности» сформулированных выводов.

Первичная амбулаторная комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза Габышева Александра Прокопьевича, 1968 г. рожд., «подозреваемого по ч. 2 ст. 318 УК РФ в применении насилия, опасного для жизни или здоровья, в отношении представителя власти», проведена тремя психиатрами и психологом в Якутском Республиканском психоневрологическом диспансере и растянулась на две недели, с 02 по 16.03.2021 г.

Экспертное заключение написано на 10 стр., из которых 3, 5 страницы посвящено констатирующей части, 1, 5 страницы — клинико-психопатологическому исследованию, 2 стр. — экспериментально-психологическому исследованию и 1 стр. занимают ответы на 7 поставленных следователем вопросов. Экспертиза основывалась на материалах уголовного дела, медицинской карте ЯРПНД и двух заключениях АСПЭ от 20.09.2019 и комплексной СППЭ от 20.07.2020 г.

Экспертное заключение составлено с нарушением положений Порядка ведения учетной формы № 103/у-03 «Заключение врача-судебно-психиатрического эксперта (комиссии экспертов)», утверждённой приказом МЗ РФ от 26.10.2020 № 1149/н. Эксперты практически не отразили особенности реагирования Габышева А. П. на различные житейские обстоятельства, в частности на психические травмы, хотя располагали материалами предшествующей экспертизы, где это подробно описано. Так, игнорируются данные медицинской документации о тяжелом депрессивном переживании смерти жены, хотя это послужило началом заболевания Габышева А. П., ни слова не говорится о его настроении в последующем. Не учтен также широкий общественный резонанс похода Габышева А. П. на Москву (об этом вообще умалчивается), хотя это оказало существенное влияние на поведение Габышева А. П., и мер, принятых в отношении него.

Констатирующая часть — традиционный фундамент любой судебной экспертизы, в которой тщательно фиксируется все мало-мальски значимое для ответа на поставленные вопросы, не содержит подробного

описания ситуации, в связи с которой было возбуждено уголовное дело. Соответственно, ни экспертами-психиатрами, ни экспертом-психологом не проведен анализ поведения Габышева А. П. в момент инкриминируемого ему деяния, хотя именно это должно быть основным предметом исследования, поскольку определяет ответ на основной вопрос следователя о способности Габышева А. П. осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. Отсутствие такого анализа является беспрецедентным: эксперты удовлетворились несколькими строчками, где сказано, что из-за того, что он не открывал дверь, «было вызвано подкрепление», и его «задержали, протаранив щитами». Лишь вскользь упоминается об оказании Габышеву А. П. медицинской помощи в связи с ранением головы. О том, чем закончилось «насилие» Габышева А. П. по отношению к представителю власти, ничего не сказано. Такого изложения ключевого события, по которому возбуждено уголовное дело, «подозрение на применение насилия, опасного для жизни или здоровья в отношении представителя власти» за наш многодесятилетний стаж в судебной психиатрии мы не встречали.

Считаем необходимым довести до сведения суда, что экспертам не было предоставлено заключение комплексного психолого-психиатрического исследования, проведенного в рамках первого уголовного дела в отношении Габышева А. П. 06 – 08.10.2019 г. в составе д-ра мед.наук А. А. Шмиловича, к.м.н. Ю. С. Савенко, психолога Л. Н. Виноградовой из Москвы и к.м.н. А. А. Коломейца из Владивостока, которые дали подписку о неразглашении выданных им материалов дела и меддокументации. Это позволяет говорить о существенной неполноте констатирующей части заключения экспертов.

Тем не менее, несмотря на все эти просчеты, основные выводы, сделанные экспертами, в целом не вызывают возражений, за исключением их ответа на 4-й вопрос, а именно, квалификации Габышева А. П. как лица, представляющего «особую общественную опасность», и рекомендации назначить ему принудительное лечение в стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением.

Согласно ст. 101 УК РФ, «принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением может быть назначено лицу, которое по своему психическому состоянию представляет особую опасность для себя или других лиц и требует постоянного и интенсивного наблюдения». Такой тип лечения, как правило, назнача-

ется лицам, совершившим тяжкие и особо тяжкие общественно опасные деяния, склонным к систематическому занятию общественно опасной деятельностью, грубым нарушениям режима (применение насилия к администрации и медицинскому персоналу, побег, организация бунтов и беспорядков). Все это не имеет никакого отношения к Габышеву А. П.

Согласно заключению экспертов-психиатров, Габышев А. П. страдает «шизотипическим расстройством личности». Такое расстройство не отличается ни видимыми расстройствами поведения, ни прогрессирующим характером, т. е. усугубляющимся дефектом, и не нуждается в постоянной интенсивной терапии, а только в периоды декомпенсации либо фазного или приступообразного течения. Клинико-психопатологическое исследование Габышева А. П. не содержит никаких проявлений даже «вербальной агрессии», во время экспертизы вел себя «спокойно, обстоятельно, непринужденно, с достоинством, без резких движений», отношение к нему медицинского персонала и врачей считал «доброжелательным», отражено желание Габышева А. П. общаться с экспертами, донести до них свое видение событий, рассматривал себя «как политика», а свои действия «волей Бога» и своей «миссией». Эксперты передают его прямодушные, полное отсутствие у него стремления ловчить, искреннее желание, чтобы его признали вменяемым. На «высокий риск совершения опасных действий» указывает только одна, разработанная в 2016 г. в Центре им. В. П. Сербского, вспомогательная методика СОРОП в противоречии со всем традиционным классическим комплексом клинико-психопатологических и экспериментально-психологических исследований. Это делает интерпретацию ее данных в случае Габышева А. П. ошибочной, не могущей противостоять всему массиву противостоящих ей данных. Авторы самой этой методики пишут, что «СОРОП не заменяет, а дополняет клинический прогноз, клинико-динамическое наблюдение и патопсихологическую диагностику» и признают, что «данный инструмент не может учесть всю полноту факторов риска и их возможные сочетания в генезе опасного поведения конкретного больного», комплексная оценка общественной опасности «не может быть основана на изолированном применении формализованного инструмента» (<http://serbsky.ru/wp-content/uploads/2018/06/Psychotest-manual.pdf>).

Методика «Структурированной оценки риска опасного поведения» (СОРОП) оперирует очень широким понятием «общественно опасного поведения», которое не делает различия между агрессией и самозащитой, аутоагрессией и виктимностью. В характере и поведении Габышева А. П. отсутствует главное для квалификации агрессивности — у него нет экстрапунитивности, т. е. тенденции к нападению, и в то же время большая серия экспериментально-психологических методик зафиксировала виктимность.

Так называемые «агрессивные тенденции», упомянутые в обоих диспансерных СПЭ, в том числе на основании стационарного наблюдения, ограничивались эпизодическими вербальными демонстративными заявлениями Габышева А. П., который между тем лечение добровольно принимал и был выписан в удовлетворительном состоянии. Указание экспертов на «особую социальную опасность для общества» явно имеет в виду — умалчивая об этом — не непосредственную физическую опасность Габышева А. П., а содержание его проповеди, которая открыто высказывается в масс-медиа и является нормальным явлением в нашем демократическом обществе. Однако, открытое публичное заявление Габышева А. П. о решении устроить поход на Москву с целью изгнать «злой дух Путина», — это не угроза террористического акта, а шаманское действие. Усмотреть в этом непосредственную опасность и необходимость недобровольных мер — не менее безумная идея, чем весь этот план Габышева А. П.

При недобровольном стационаровании в своём субъективном мире — а это объективная категория! — Габышев А. П. оборонялся от сугубо конкретных, совершенно несправедливых с его точки зрения, насильственных действий в отношении себя. В ходе нередко грубых форм недобровольного задержания сопротивление этому, тем более активное, расценивается потом как опасность. Но опасность в таких случаях сопряжена с действиями силовиков, профессионализм которых в случае Габышева А. П. состоял в умении уговорить или запугать, вместо применения грубой силы, что предписывается в отношении человека даже после его осуждения. Квалификация Габышева А. П. как опасного представляет продукт шаблонного подхода, перечеркивающего индивидуализацию конкретной ситуации и личности Габышева А. П. Это пример грубого упрощения, вульгаризации проведения недобровольных мер, чисто формального подхода — поскорее и без церемоний.

Экспериментально-психологическое исследование проведено и описано на очень высоком профессиональном уровне с на редкость многообразным набором экспериментальных методик, включением сложных проективных личностных методов исследования (теста Сонди и др.) и специальных методик, определяющих уровень агрессивности (методика Ассингера, тест Вагнера, методика Баса — Дарки и методика В. Бойко) и многих других. Весь этот огромный тестовый арсенал не выявил склонности к проявлению агрессии, наоборот, выявлена «высокая внутренняя готовность к виктимности» (склонности оказываться жертвой), виновности, готовности «сесть в тюрьму», а личность Габышева А. П. определяется как «сензитивного типа с выраженной акцентуацией эпилептоидно-неустойчивых черт и циклоидными аффективными колебаниями». Отсутствуют признаки физиологического аффекта и нарушений сознания

в юридически значимый момент. Единственное, с чем мы не согласны, это с утверждением, что вопросы 5 и 6 входят в компетенцию только психиатров. Это действительно утвердившееся в Центре им. В. П. Сербского положение. Но на самом деле психологический аспект рассмотрения не имеет ограничений и в отношении психически больных и составляет предмет патопсихологии.

Итак, заключение комплексной судебной психолого-психиатрической комиссии экспертов от 2 марта 2021 г. № 170 на Габышева Александра Прокопьевича, 1968 г.рожд., не является **ни** всесторонним, **ни** полным, **ни** составленным в соответствии с требованиями, предъявляемыми к заключениям врача-судебно-психиатрического эксперта, отраженным в приложениях к приказу МЗ РФ от 26.10.2020 № 1149/н. Вывод о том, что Габышев А. П. «по своему психическому состоянию представляет особую опасность, в связи с чем нуждается в принудительном лечении в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях специализированного типа с интенсивным наблюдением», находится в явном противоречии не только с констатирующей частью экспертного заключения, но и с собственными клинико-психопатологическим и на редкость тщательным экспериментально-психо-

логическим исследованиями экспертов, является научно необоснованным и не имеет доказательной силы. Все без исключения эпизоды якобы агрессивного поведения Габышева А. П. носили демонстративный, хаотический, а не целенаправленный характер, он сопротивляется несправедным в его представлении недобровольным мерам, это никогда не было нападением, а только защитой, самообороной психически больного человека. **Адекватным для Габышева А. П. может быть назначение принудительного лечения в стационаре общего типа с последующим переводом на амбулаторное лечение пролонгированными препаратами. В дальнейшем Габышев А. П. может нуждаться в недобровольной госпитализации только в периоды обострения болезненного состояния в случае его активного отказа от проведения ему необходимых терапевтических мероприятий. Выполнение рекомендации экспертов о стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением заведомо означало бы заточение Габышева А. П. на долгие годы в закрытое учреждение, не считаясь не только с научными критериями, но и элементарным здравым смыслом и гуманностью.**

Б. Н. Пивень, Ю. С. Савенко, Л. Н. Виноградова

ЗАКЛЮЧЕНИЕ СПЕЦИАЛИСТА по вопросам, входящим в его профессиональную компетенцию (Документ) 16 апреля 2021 года

Кандидат медицинских наук, врач-психиатр, имеющий стаж работы 22 года, Гушанский Игорь Эммануилович ознакомился с заключением первичной амбулаторной комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы № 170 от 02.03.2021 г., ГАБЫШЕВА АЛЕКСАНДРА ПРОКОПЬЕВИЧА, 22.11.1968 г.р., подозреваемого по ч.2. ст. 318 УК РФ.

В соответствии со ст. 58 УПК РФ специалист разъяснил вопросы, входящие в его профессиональную компетенцию. Для разъяснения перед специалистом были поставлены следующие вопросы:

1. Обосновано ли заключение первичной амбулаторной комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы № 170 от 02.03.2021 г.? Соответствует ли проведенная экспертиза требованиям, предъявляемым к выполнению государственных судебно-психиатрических экспертиз?

2. Имеется ли необходимость в проведении Габышеву А. П. стационарной комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы?

Для анализа специалисту была предоставлена копия заключения первичной амбулаторной комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы № 170 от 02.03.2021 г., выполненного в отделении

амбулаторных судебно-психиатрических экспертиз Якутского Республиканского психоневрологического диспансера.

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. Ю. А. Антропов, А. Ю. Антропов, Н. Г. Незнанов. Основы диагностики психических расстройств. — М., «ГЭОТАР-Медиа», 2010.
7. В. В. Марилов. Общая психопатология. — М., 4-е изд., ИЦ «Академия», 2009.
8. И. И. Сергеева, Н. Д. Лакосина, О. Ф. Панкова. Психиатрия и наркология — М., 200

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

АНАЛИЗ ПРЕДСТАВЛЕННЫХ ДАННЫХ

Из представленных специалисту для анализа документов известно, что младший брат матери страдал психическим расстройством в связи с черепно-мозговой травмой, состоял на учете в ЯРПНД. Сведения о раннем психическом и физическом развитии подэкспертного отсутствуют. Известно, что пошел в школу с опозданием. С 8 лет, учился хорошо, посещал различные спортивные секции, кружки. Со слов самого подэкспертного известно, что в школьные годы по характеру был вспыльчивым, конфликтным. Стараясь самоутвердиться, часто дрался в младших и средних классах. В старших классах стал более спокойным, сдержанным. В 10 классе был избран секретарем комсомольской организации в школе. После школы поступил в Якутский госуниверситет на геологоразведочный факультет. После окончания первого курса был призван в армию. Проходил срочную службу в звании младшего сержанта. После демобилизации из армии продолжил учебу в ВУЗе, однако по неуспеваемости был отчислен. В дальнейшем работал в различных ЖЭУ сварщиком, вновь поступил в ЯГУ на исторический факультет, спустя два года перевелся на заочное обучение. Габышев А. П. неоднократно оформлял академические отпуска. Причины не известны. Защитил диплом по теме: «Особенности вероисповедания якутов».

Габышев А. П. женился приблизительно в 2001 г. Прожил с женой 7 лет. Жена умерла от онкологического заболевания. От брака детей не было. После смерти жены изменил образ жизни: прошел так называемый «обряд очищения», чтобы стать «шаманом-целителем». Проживал 2,5 года вдали от людей. Вел уединенный, аскетический образ жизни. Затем по настоянию родных вернулся в г. Якутск и работал дворником. В 2018 г. решил путешествовать, совершая пешие походы на дальние расстояния, но из первого похода вернулся в связи с болезнью любимой собаки. В марте 2019 г. вновь отправился в одиночное пешее путешествие-поход до Москвы, чтобы «по велению Бога изгнать демонов из Кремля». В поле зрения врачей-психиатров до сентября 2019 г. не попадал, за психиатрической и психотерапевтической помощью не обращался. 19 сентября 2019 г. был задержан сотрудниками полиции на границе Республики Бурятия и Иркутской области и доставлен в Якутск. В рамках уголовного дела по ч. 1 ст. 280 УК РФ проводилась амбулаторная комплексная психолого-психиатрическая экспертиза в ЯРПНД. Комиссия экспертов пришла к заключению, что у Габышева А. П. имеют место признаки Шизотипического расстройства личности в состоянии декомпенсации. Эксперты пришли к выводу, что Габышев А. П. был лишен способности осознавать фактический характер своих действий и руководить ими как в период инкриминируемых ему деяний, так и в период проведения

экспертизы. Габышев А. П. согласился на добровольное обследование и лечение в стационаре, однако в дальнейшем отказался от дальнейшего лечения. Жил у сестры в частном доме, активно призывал своих сторонников «похода на Москву», «призывал изгнать демонов из Кремля». 12.05.2020 г. сотрудниками полиции Габышев А. П. был доставлен в приемное отделение ЯРПНД. Из ссылок на медицинскую документацию известно, что якобы во время проведения санитарно-противоэпидемических мероприятий отказался подчиниться медицинским работникам для отбора проб биоматериала на COVID-19, держал в руках якутский меч — «батас», был настроен агрессивно, заявлял, что является шаманом, что его оберегает Бог и вирусы его не берут. При поступлении Габышев А. П. добровольно подписал согласие на госпитализацию в психиатрический стационар. При поступлении ему выставлялся предварительный диагноз: «параноидный синдром». Отмечается, что в отделении Габышев А. П. высказывал бредовые идеи реформаторства с религиозной интерпретацией, обманов восприятия не обнаруживал, в поведении был достаточно спокойным, малозаметным, много спал, активных жалоб на здоровье не предъявлял. Врачебно-комиссией ЯРПНД 21.05.2020 г. ему выставлялся диагноз: «Шизотипическое расстройство». Назначалось лечение малыми дозами нейролептиков 29.05.2020 г. Габышев А. П. отказался от дальнейшего лечения и потребовал выписки из стационара. В этот же день врачебная комиссия ЯРПНД обратилась в суд о принудительной госпитализации и лечении подэкспертного в психиатрическом стационаре в связи с наличием у него хронического психического расстройства в виде шизотипического расстройства личности в состоянии декомпенсации и представляющей опасность для себя и окружающих. 03.06.2020 г. Габышев А. П. дал информированное добровольное согласие на лечение. Указывается, что на фоне проводимой терапии стал более спокойным, из палаты не выходил, режим отделения не нарушал, общался мало, при этом заявлял, что «его цель праведная, что он свободен и воин».

По определению судебной коллегии по административным делам Верховного суда РС (Я) от 03.07.2020 г. по административному исковому заявлению ГБУ РС (Я) «ЯРПНД» о госпитализации Габышева А. П. в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях в недобровольном порядке в отношении Габышева А. П. назначалось проведение АСПЭ. Комиссия экспертов пришла к заключению, что у подэкспертного имеются признаки шизотипического расстройства личности в состоянии декомпенсации (F21.8 по МКБ-10). По мнению экспертов, состояние декомпенсации тяжелого хронического психического расстройства подэкспертного является прямым и главным показанием для госпитализации и лечения в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях. Комиссия экспертов пришла к выводу, что хронические рас-

стройства в сфере мышления, эмоций и поведения с нарушением критических и прогностических способностей относятся к категории тяжелых психических расстройств и представляют в период декомпенсации непосредственную опасность для себя и для окружающих. По мнению экспертов, Габышев А. П. игнорировал общепринятые нормы общества, у него проявлялись вербальная агрессия и угрозы в адрес медицинских работников и сотрудников правоохранительных органов. В своих выводах эксперты утверждали, что без получения специализированной психиатрической помощи у Габышева А. П. ухудшилось бы психическое здоровье.

22.07.2020 г. на врачебной комиссии ЯРПНД было вынесено решение, что Габышев А. П. может быть выписан из стационара под активное наблюдение участкового психиатра. Указывалось, что больной выписан в удовлетворительном состоянии в сопровождении сестры с поддерживающей терапией: респлепт 2 мг. н/н. Со слов самого Габышева А. П. в августе-ноябре 2020 г. «чувствовал себя неважно из-за того что простудился, часто задыхался, не было сил, на ногах перенес коронавирусную инфекцию. Медицинских документов из общесоматической сети не представлено. Объективные сведения о перенесенной коронавирусной инфекции не представлены. Из характеристики участкового полицейского следует, что жалоб и заявлений в отношении него от соседей не поступало, к административной и уголовной ответственности не привлекался. *Из ссылок на дневниковые записи участкового психиатра известно, что проживал у сестры, принимал назначенное поддерживающее лечение, помогал по хозяйству, бредовые идеи не высказывал, психопатологической продукции не было, заявлял, что планов нет: «Будущее покажет, не будем загадывать».* Известно, что 24.12.2020 г. Габышев А. П. выступил с заявлением, что отказывается от наблюдения и лечения у психиатра. 11.01.2020 г. выпустил видеообращение о вооруженном восстании против существующей власти. 20.01.2021 г. участковым психиатром был осуществлен активный выезд к подэкспертному, однако он дверь дома не открыл, на телефонные звонки не отвечал. 27.01.2021 г. произведен выезд врача-психиатра в сопровождении сотрудников полиции. Габышев А. П. подозревается в применении насилия, опасного для жизни или здоровья в отношении представителя власти в связи с исполнением им своих обязанностей. На следственных разбирательствах на допросе 25.02.2021 г. в качестве подозреваемого подэкспертный давал достаточно подробные показания, считая свои действия самообороной. Габышев А. П. показал, что защищался самодельным холодным оружием, нанося удары клинком по сотруднику полиции, стоящему с большим щитом, ударял в разнотой, не целясь, потом его задержали. Габышев А. П. сообщил, что в ходе сопротивления получил рану на голове, ему была оказана медицинская помощь в приемном отделении РБ ЦЭМП, в дальнейшем он был госпитализирован в провизорное отделение ЯРПНД.

При описании психического состояния Габышева А. П. комиссией экспертов № 170 указывается, что на момент психиатрического освидетельствования подэкспертный был в ясном сознании, правильно ориентирован в своей личности, месте и времени. Цель проводимой экспертизы понимал правильно. Считал себя здоровым человеком. Говорил, что его угнетает то, что его признавали психически больным, т. к. люди смеются над ним. Сообщил, что никогда не отказывался от своих идей, и не отказывается в настоящее время, считает себя «войном-шаманом, защитником народа», прошлым летом обманывал врачей, чтобы выписали из больницы. Габышев А. П. сообщил, что намерен осуществить свой план похода на Москву, считает это целью своей жизни, Требовал выписать из больницы, т. к. может не успеть к сентябрю 2021 г., «когда развернутся основные события». Подэкспертный был убежден в значимости своей личности, считал себя политиком, сообщал, что должен выполнить свою миссию, что у него миллионы сторонников. Габышев А. П. сообщил, что его дом штурмовали полицейские, чтобы доставить в диспансер, т. к. в назначенный срок не пришел к психиатру. Сопротивляясь захвату, соорудил дома баррикаду, защищал себя с помощью самодельного оружия. Считал, что был политический захват.

При проведении обследования подэкспертный на вопросы отвечал в плане заданного. Предъявлял жалобы на слабость от лекарств. Условия содержания в психиатрическом стационаре считал тяжелыми, но отношение к нему врачей и персонала считал доброжелательным. Обманы восприятия при обследовании Габышева А. П. не выявлялись. По мнению экспертов, мышление у подэкспертного чуть ускоренного темпа, обстоятельное, со склонностью к детализации и рассуждательству. Интеллектуальных нарушений выявлено не было. Абстрактные понятия подэкспертного были доступны, раскрывал переносный смысл пословиц и поговорок. Отмечался приподнятый фон настроения, во время монологов голос становился твердым, решительным, взгляд прямой. Высказывал недоверчивое отношение к данной экспертизе, при этом *вербальной агрессии не проявлял. Суицидальные мысли и тенденции категорически отрицал. Просьбы и инструкции экспертов выполнял без затруднений. Поведение во время проведения экспертизы было достаточно спокойное.*

Комиссия экспертов № 170 пришла к заключению, что у Габышева А. П. имеют место признаки Шизотипического расстройства личности, в состоянии декомпенсации (F21.8 по МКБ-10), что относится к категории Хронического психического расстройства. Обосновывая выставленный диагноз, эксперты ссылаются на анамнестические сведения: склонность к уединению, самоизоляции, особые интересы и увлечения, тяга к путешествиям. Эксперты утверждают, что после психотравмирующей ситуации у Габышева А. П. впервые возникло депрессивно-параноидное состояние, он перенес кратковременный галлюцинаторно-бредовой эпизод после которого полно-

стью изменил направление своей жизни, проявлял чувствительность и эксцентричность как во внешнем виде, так и в поведении со странностью взглядах, формированием магического мышления. Эксперты утверждают, что у Габышева А. П. сформировались бредовые эмоционально заряженные идеи глобального реформаторства, бредовые идеи собственной значимости и величия с отсутствием критических и прогностических способностей. По мнению экспертов Габышев А. П. игнорировал общественные нормы, отказался от наблюдения у врачей-психиатров, проявлял агрессию в адрес медицинских работников и сотрудников правоохранительных органов.

Комиссия экспертов № 170 пришла к выводу, что признаки шизотипического расстройства у подэкспертного в период инкриминируемого ему деяния и на момент проведения экспертизы декомпенсированы и столь выражены, что лишают его способности осознавать фактический характер своих действий и руководить ими на период, относящийся к инкриминируемому ему деянию, и на момент проведения экспертизы.

По мнению экспертов, Габышев А. П. по своему психическому состоянию представляет опасность для себя и представляет социальную опасность для общества по причине того, что у него отмечается продуктивная психотическая симптоматика в виде бредовых идей, выраженные поведенческие и эмоциональные нарушения с антисоциальными и агрессивными тенденциями. Комиссия экспертов № 170 пришла к выводу, что учитывая тяжесть состояния Габышева А. П., а также тяжесть содеянного общественно-опасного деяния, он представляет особую опасность, в связи с чем нуждается в принудительном лечении в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях специализированного типа с интенсивным наблюдением.

Из представленных специалисту для анализа данных следует, что до 40-летнего возраста у подэкспертного не выявлялись какие-либо психические расстройства. Габышев А. П. медицинской комиссией военкомата был признан годным к службе в вооруженных силах, прошел срочную службу в армии, в дальнейшем получил высшее образование, женился. Представленные анамнестические сведения свидетельствуют, что у подэкспертного длительное время отсутствовали какие-либо нарушения социальной адаптации. Психические расстройства возникли у него на фоне психотравмирующей ситуации, связанной со смертью супруги, когда появились не свойственные ранее характерологические черты: аутизм, склонность к социальной самоизоляции, бродяжничеству. Начало заболевания у подэкспертного относится приблизительно к уже зрелому возрасту — 40 лет. В этот период у Габышева А. П. появились стойкие сверхценные идеи, возникли элементы магического мышления. В дальнейшем сверхценные идеи постепенно трансформировались в стойкие

систематизированные бредовые образования паранойяльного круга. В клинической картине на момент инкриминируемого ему деяния преобладали бредовые идеи величия, особого предназначения, реформаторства, которые преимущественно определяли его поведение и поступки.

Утверждения экспертов, что после психотравмирующей ситуации у Габышева А. П. возникло депрессивно-параноидное состояние, сопровождающееся транзиторными галлюцинаторно-бредовыми расстройствами, не вытекают из анамнестических сведений, представленных в исследовательской части экспертного заключения. Выводы о наличии у подэкспертного в анамнезе транзиторного психоза с галлюцинаторно-параноидными расстройствами клинически и научно не обоснованы. Психическое расстройство, возникшее у подэкспертного, характеризовалось мало-прогредиентным течением, медленным и постепенным нарастанием и расширением систематизированных бредовых идей паранойяльного круга.

Вызывают сомнения в своей обоснованности выводы комиссии экспертов № 170, касающиеся оценки тяжести психического состояния Габышева А. П. и выраженности имеющихся у него психических расстройств. Утверждения экспертов о том, что подэкспертный по своему психическому состоянию представляет повышенную социальную опасность мало аргументированы и клинически не обоснованы. При описании поведения подэкспертного на момент его неоднократных госпитализаций следует, что он охотно контактировал с врачами и персоналом, вел себя спокойно, не проявлял агрессии по отношению к больным и медицинскому персоналу. Из ссылок на дневниковые записи участкового психиатра известно, что Габышев А. П. после выписки из больницы проживал у сестры, принимал назначенное поддерживающее лечение, помогал по хозяйству. При обследованиях участкового врача-психиатра продуктивная психопатологическая симптоматика у него не выявлялась. Подэкспертный не проявлял агрессии к окружающим, жалобы со стороны соседей на него не поступали. При проведении клинко-психопатологического исследования комиссией экспертов № 170 подэкспертный вел себя спокойно, доброжелательно, просьбы и инструкции выполнял. Данные факты позволяют усомниться в наличии у Габышева А. П. выраженных поведенческих нарушений, наличии у него антисоциальных и агрессивных тенденций. Общественно опасное деяние, которое инкриминируют Габышеву А. П., было спровоцировано внешней ситуацией, а именно насильственными действиями полиции в отношении него. За исключением данного эпизода факты, свидетельствующие о насильственных, антисоциальных действиях подэкспертного, связанных с применением им физического насилия, отсутствуют. Нужно также отметить, что при описании пси-

хического состояния подэкспертного у него не выявлялись острые психотические расстройства, сопровождающиеся обманами восприятия, параноидными идеями преследования и воздействия, что могло бы свидетельствовать о тяжести его психического состояния.

Можно констатировать, что Габышев А. П. страдает хроническим психическим расстройством в форме шизотипического расстройства личности (F21.8 по МКБ-10), которое характеризуется малой прогредиентностью и преобладанием систематизированных бредовых расстройств параноидального круга. В силу имеющихся у него психических расстройств, Габышев А. П. не представляет особую опасность для себя и для окружающих и не нуждается в применении к нему принудительных мер медицинского характера в виде принудительного лечения в медицинской организации, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях специализированного типа с интенсивным наблюдением. В силу имеющихся у него хронических психических расстройств, для достижения лечебного и реабилитационного эффекта ему показано принудительное лечение в психиатрическом стационаре общего типа.

ВЫВОДЫ И ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ, ПОСТАВЛЕННЫЕ ПЕРЕД СПЕЦИАЛИСТОМ

1. Заключение комиссии экспертов № 170 не отвечает требованиям, предъявляемым к выполнению государственных судебно-психиатрических экспертиз. В соответствии со ст. 8 Закона «О государственной судебно-экспертной деятельности в РФ» № 73-ФЗ заключение экспертизы должно отвечать требованиям «объективности, всесторонности и полноты экспертных исследований». Заключение комиссии экспертов клинически не обосновано, лишено полноты аргументации и доказательности, носит односторонний характер, не содержит научно достоверного и объективного анализа материалов уголовного дела. Это связано со следующими обстоятельствами:

– Экспертиза была проведена с нарушением инструкции, утвержденной Приказом Минздрава России от 26.10.2020 г. № 1149н, определяющей порядок проведения судебно-психиатрических экспертиз.

– Согласно п. 4.2. «б» вышеуказанной инструкции, исследовательская часть экспертного заключения должна включать в себя изложение анамнеза в хронологической последовательности, вклю-

чающего в себя описание психического состояния подэкспертного при каждой госпитализации, амбулаторном обследовании и при проведении судебно-психиатрических экспертиз.

В исследовательской части экспертного заключения описание психического состояния подэкспертного и его поведения на момент госпитализации и при проведении амбулаторных обследований представлены не полностью, отсутствует описание психического статуса подэкспертного при проведении АСПЭ ЯРПНД комиссиями экспертов № 755 от 20.09.2019 г. и комиссией экспертов № 469 от 20.07.2020 г. Данные факты свидетельствуют о неполноте проведенного экспертного исследования.

Выводы комиссии экспертов № 170 противоречивы и не вытекают из анамнестических сведений, представленных в исследовательской части экспертного заключения.

– Утверждения экспертов о перенесенном Габышевым А. П. транзиторном психозе с галлюцинаторно-параноидными расстройствами ошибочны и не соответствуют действительности.

– Вызывают сомнения в своей обоснованности и объективности выводы экспертов, касающиеся оценки тяжести психического состояния Габышева А. П. и выраженности имеющихся у него психических расстройств.

– Выводы комиссии экспертов № 170 об особой опасности подэкспертного для себя и для окружающих и необходимости его принудительного лечения в медицинской организации, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях специализированного типа с интенсивным наблюдением, малоаргументированы, научно и клинически не обоснованы.

2. Наиболее полную и объективную оценку психического состояния подэкспертного можно получить при его обследовании в стационарных условиях, дающим возможность наблюдения и описания его поведения и психического состояния в динамике.

С учетом изложенных доводов, считаю, что для получения более полной, объективной экспертной и диагностической оценки психического состояния Габышева А. П. в период инкриминируемых ему деяний и в настоящее время, необходимо проведение в отношении него стационарной комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы.

И. Э. Гушанский

XXV Консторумские чтения МИФОЛОГИЯ БОЛЕЗНИ — ВЗГЛЯД ПСИХОТЕРАПЕВТА (часть 2)¹

Программа второго дня (19 декабря 2021 г.)

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 «Тривога 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. Мижерова, психиатр, психотерапевт. «О психотерапевтических рассказах в духе Терапии творческим самовыражением М. Е. Бурно, о существовании этого приема в Терапии творческим самовыражением М. Е. Бурно». 15 мин.

О «мифологии болезни» в психотерапевтической практике. Возможны ли клиника и лечение без «мифологии»?²

М. Е. Бурно³

Миф есть то, во что верили, веруют, но чего на самом деле не было и нет. «Большие» мифы (например, древнегреческие), потрясая душевно, духовно, по-своему учат человека постигать себя, события

в мире. «Малые» мифы — мифы более мягкого накала. Это, например, жидкостные космические флюиды, которыми Месмер (XVIII век) по-своему пояснял свой гипноз (от своего таинственного богатства этими флюидами). Фрейд (XX век) объяснил отношения между врачом и пациентом в гипнозе как всегда интимные, либидинозные, переживания. Это «малые» мифы. Но Брэд (XIX век) считал, что гипноз есть особое состояние организма, вызванное гипнотизацией. Это положение — открытие стало развиваться, обогащаться всё новыми открытиями. Такое — уже, по-моему, не миф. Древнегреческое представление об истерии как о матке женщины, будоражущее путешествующей внутри её тела (Тимей у Платона), конечно же, миф. Но вот Дюбуа (1912) рассказывает, что не следует винить больную истерией за её «актёрскую игру», потому что она не вполне осознаёт, что *играет*. Надобно, избегая внушения, укреплять её рассудок, освобождать его от власти воображения. Консторум (1959) с особым уважением к воспитывающей психотерапии Дюбуа, идёт дальше. Обрушивает на пациентку отечески-психотерапевтическую, горячо разъяряющую, разоблачающую свою «атаку». И это тоже не мифы. Приёмы Дюбуа и Консторума — повседневная современная практика в Клинической классической психотерапии. Как и положение Брэда. Вот перечитываю афоризм Гиппократов: «Опухли мягкие — хороший признак, но жёсткие — дурной». И это не миф, как и темпераменты гиппократовской школы (сангвиник, холерик, флегматик, меланхолик), растворившиеся в сегодняшнем естественно-научном учении о характерах, личностной почве. Это всё, по-моему, тоже не мифы, потому что в поправленном, более подробном, углублённом виде это и сейчас живая клиническая правда, реальность. Как и гиппократова основа клинической медицины: лечит, прежде всего, сама природа.

Видимо, о «мифологии болезни» возможно говорить в тех случаях, когда представление о болезни (и её лечении) замешано не на естественно-научных положениях (медицина в духе естественно-научного материализма), а на аллегориях и символах. Говорю о символах в понимании Сергея Сергеевича Аверинцева (1989).

¹ 1-я часть опубликована в НПЖ. 2021, 2, 74 – 83.

² Заочное сообщение на конференции «Мифология болезни – взгляд психотерапевта».

³ Д.м.н., профессор, основатель «Консторумских чтений».

Символ есть образ-знак (знак — обозначение), но знак, «наделённый своей органичностью неисчерпаемой многозначности образа». В отличие от аллегории (просто иносказания) «смысл символа нельзя дешифровать простым усилием рассудка». Символ являет «целостный образ мира» и «смысл символа реально существует только внутри человеческого общения». Сам я понимаю это так, что смысл символа доступен лишь людям, созвучным (мироощущенчески) друг другу в их общении. «Смысл есть диалогическая форма знания» — по Аверинцеву.

В истории науки выдвигается та или иная аллегория болезни, лечения, символическая концепция. Потом их сменяют другие открытия. Так, символами и аллегориями, по-своему развиваются, прежде всего, концепции (теоретические системы взглядов), *Психоанализ*, *Экзистенциально-гуманистическая* и *Когнитивно-поведенческая психотерапия*. В *Психоанализе* больше мифологически оголённой мысли, нейтральности к душе пациента. В *Экзистенциально-гуманистической психотерапии* — целительного субъективизма или одухотворённой, технически утончённой любви. В *Когнитивно-поведенческой психотерапии* больше прагматизма (с мотивами клиницизма порою) и медитации. Но, в основном, здесь царствуют символы. Например, символическая картина буйства либидо под разными масками или заботливое «выращивание» неисчерпаемого роджеросовского образа розы (образа нежно изначальной Любви к Миру) даже в бедной духовной жизни душе. Всё это нередко, особенно на Западе, помогает страдающим людям по-своему — в зависимости от клиники, личностных особенностей человека. В Клинической классической психотерапии (Дюбуа, Эрнст Кречмер, Яроцкий, Консторум) больше реалистической сердечности клиницизма. Здесь мы работаем усилиями многих работников, поправляющих, совершенствующих открытия друг друга, без теоретических концепций. Работаем с научным искусством, бесконечно приближаясь к истинной картине болезни, но никогда её не достигая. Только здесь, в психотерапии, проникнутой клиницизмом, научным искусством, без концепций, одно открытие не отменяет другое, а с благодарностью вбирает его в себя, развивает, творчески поправляет, обогащает. Тут возможны выразительные земные сравнения, метафоры (к примеру, кречмеровские психотерапевтические афоризмы), но не символы, не туманные аллегорические высказывания. Здесь картина болезни — не миф, а всё усложняющийся реалистический образ болезни, тоже до конца неисчерпаемый. Он отличается от символов, как «Корабельная роща» Шишкина или «Бурлаки на Волге» Репина от картин Боттичелли и Модильяни.

Терапия творческим самовыражением М. Бурно в опыте работы с врачами из красной зоны, перенесшими COVID-19

Т. Е. Гоголевич⁴ (Тольятти)

В 2020 г. опыт работы в методе ТТСБ [Бурно М. Терапия творческим самовыражением. — М.: Академический Проект, 2012] дополнился краткосрочным курсом ТТСБ 2-х групп врачей, работающих в Красной зоне и переболевших COVID-19, в период восстановления.

Первая группа (вторая половина 07 – 10.2020) сложилась по инициативе самих пациентов, знакомых с методом ТТСБ. В нее вошли люди разных характеров: синтонного, тревожно-сомневающегося, педантичного, замкнуто-углубленного, предположительно мягко-полифонического; у всех в большей или меньшей степени присутствовала дефензивность; возраст 34 – 48 лет. Вторая группа (октябрь 2020) продолжается. В нее также вошли люди разных характеров; 32 – 57 лет. При обращении схожие жалобы: усталость, тревога за родных, чувство подавленности, мысли о смерти, не имеющие суицидальной направленности, ощущение потери собственного «я», чувство нереальности происходящего, головные боли, дискомфорт в области сердца и за грудиной, рассеянное внимание, нарушения сна: бессонница, поверхностный сон, повторяющиеся сны — западня, преграда, подземные лабиринты, сужающиеся тоннели; сны о работе с повтором произошедших в реальности эпизодов. Психологические проблемы непосредственно во время работы в Красной зоне отрицались, либо о них говорили неохотно: «усталость с чувством нереальности происходящего, как у всех», «о себе не думал, были мысли, что это, возможно, конец человечества». Все, так или иначе, говорили о состоянии эмоциональной отстраненности, потери способности к остроте чувства. Наблюдалось снижение тревоги за собственную жизнь, снижение чувства опасности.

Была предложена схема занятий, описанных в монографии «Психотерапия психопатий» [Гоголевич Татьяна. Психотерапевтическая помощь людям сложного характера (Краткосрочная терапия творческим самовыражением пациентов с шизоидной и психастенической психопатиями) // Lambert Academic Publishing, Saarbrücken, 2015]. Мы сократили их до 8, сохранив базовые темы: беседы о различных характерах с показом слайдов, прослушиванием музыки, чтением литературных отрывков и т. д.; беседа о расстройствах настроения с разбором «Меланхолии» А. Дюрера [Бурно М. «Меланхолия» Дюрера и «Гамлет» Шекспира на сайте «Естественно-научные исследования творческого процесса», 2013: http://characterology.ru/creatologia/philology/Durer_Melancholy_and_Shakespeare_Hamlet]; знакомство с творче-

⁴ К.м.н., психотерапевт-реабилитолог в ГБУЗ СО Тольяттинский ПНД, Самарская область.



Илл. 1. А., 47 л. анестезиолог-реаниматор в красной зоне. 1 группа. Джон Сингер Сарджент (1856 – 1925), «Отравление газами», 1918 – 1919 гг. Комментарий: «Я один из них» (из идущих ослепших солдат).



Илл. 2. Л., 42 г., анестезиолог-реаниматор из красной зоны. 2 группа. Фотограф Нэнси Бёрсон, «Андрогин» (фото 6 мужчин + 6 женщин). 1982. Комментарий: «Я — нечто общее теперь».

скими методиками М. Бурно, дополненными пациентами моих предыдущих групп; разбор собственного характера через творческие работы и выбор созвучного с возможностью выражения себя в творчестве, общении, работе, социальной жизни в эпоху COVID-19. Групповым занятиям предшествовали индивидуальные беседы, продолжавшиеся на протяжении курса групповой ТТСБ. Первая группа сочетала очные занятия и занятия онлайн, психотерапевтические встречи второй группы в онлайн-формате. Первые два занятия проводились психотерапевтом, в последующих активное участие принимали пациенты.

Выбор созвучной картины или фотографии, описывающей настоящее состояние, своего рода «автопортрет» (домашнее задание).

В переживаниях пациентов-врачей видим ощущение ужаса столкновения со страданием и смертью в невиданных масштабах, огромную усталость, сознание своего бессилия, стирание собственных личностных границ. Очевиден ведущий защитный психологический механизм в виде деперсонализации у всех пациентов. В ходе ТТСБ выявились стремление пациентов-врачей вернуться к себе самому, осмыслить происходящее, почувствовать смысл и ценность своего труда, понять чувства своих тяжелых пациентов через характерологию (пациенты-врачи составили схему отношения к болезни и смерти, суть психологической защиты в зависимости от характера, опираясь на собственный опыт). Одухотворенная атмосфера занятий, самопознание через творчество, переживание состояния вдохновение, беседы единомышленников и взаимная поддержка обусловили возвращение к себе, обретение внутренней силы, смысла в жизненной борьбе. «Глоток свежего воздуха» — так отзывались пациенты о наших группах.

Вторая группа пациентов-врачей пришлось на вторую волну пандемии, оказавшуюся гораздо более масштабной. Последнее, в сочетании с постепенной



Илл. 3



Илл. 4



Илл. 5



Илл. 6



Илл. 7



Илл. 8



Илл. 9



Илл. 10

адаптацией человеческого сознания к пандемии, обусловило меньшую степень деперсонализации, но более выраженные астению, тревогу, депрессию и несколько иную групповую динамику. Как и в первой группе, пациенты-врачи отмечают необходимость такого рода групп, их преимущество перед беседами с психологами, работающими в отделениях.

Самостоятельная творческая подборка пациентов к теме «Терапия творческим общением с природой», илл. 3 – 10 (использованы работы современных фотографов George Digalakis, Дмитрий Кузнецов, Мьюнг Хо Ли Michael Kenna, Flor Garduco, живопись Este MacLeod.

Шизофрения: связь с миром посредством «языка» инносказательного творчества

Л. В. Махновская⁵

В переживаниях пациентов, страдающих шизофренией, чувство тоскливого одиночества звучит порою особенно трагически, как бы пронизывает самый стержень личности, носит тотальный характер. Какова природа этого переживания?

Как выясняется в психотерапевтической беседе, пациенты зачастую несут в себе переживание своей «инаковости» с детства, еще до первых признаков болезни. Оно как бы изначально присутствует, представляется как природная данность. По-видимому, это переживание обусловлено самой шизофренической конституцией — сосуществованием разнонаправленных мыслительных, эмоциональных, волевых устремлений и одновременным звучанием в структуре характера разных, нередко противоположных, радикалов («полифонический характер» по Е. А. Добролюбовой, 1996). С такой сложной душевной организацией трудно вписаться в рамки здравого смысла, в общепринятые нормы и правила... И пациент это чувствует!

«Полифоническое» одиночество отличается от одиночества людей другого личностного склада (без шизофрении). Как бы ни было трагично одиночество из-за неблагоприятно сложившихся жизненных

обстоятельств или серьёзных соматических заболеваний с физической беспомощностью, одиночество старения, потери, оно все же имеет шансы на какое-то смягчение, облегчение или даже устранение средствами психологической, социальной помощи. Оно подвластно обстоятельствам жизни.

Одиночество психопатической природы также отличается. Оно может быть выраженным, болезненным, но не носит характер трагической безысходности. Например, душевно замкнутый шизоид со сложными внутренними схемами, конструкциями все же имеет шанс встретить человека со схожим душевным рисунком, аутистической концепцией или соприкасается хотя бы гранями созвучия с другими людьми. Его одиночество смягчается чувством сопричастности к миру духовной первоосновы, порою верой в Бога... Одиночество психастеника смягчается увлеченностью важным для него жизненным делом, исполнением нравственного долга...

При шизофрении переживание одиночества изначально и пожизненно. Оно конституционально обусловлено и звучит в клинической картине расстройства. В его основе лежит внутренняя запутанность и непонимание своих чувств по отношению к другим людям, отгороженность от мира людей (аутизм). «...Шизофреник непонятен не только нам, но и себе самому. И насколько часто мы его «не понимаем», настолько же и он не понимает нас» (Берце Й. Психология шизофрении, 1929).

В таком особом переживании одиночества многое переплетается: это и невозможность понять, как другие люди относятся к тебе, чувство подозрительности, повышенной ранимости и обидчивости, невозможности понять иронию и юмора, склонность трактовать поведение других как недружелюбное. Поступки окружающих могут трактоваться в соотношении со своей внутренней субъективной расщепленной «логикой». Непонимание себя среди других людей, сопряженное с переживанием одиночества, депрессивно окрашено, усилено чувством собственной никчемности, неполноценности, безысходности... Депрессивная сосредоточенность на тягостных проявлениях болезни ведет к еще большей отчужденности от мира...

Найти дорогу к людям, каким-то образом сблизиться с ними можно через особый «язык» шизофре-

⁵ К.м.н., доцент кафедры психотерапии и сексологии Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования Минздрава России, Москва.

нического (полифонического) творчества. В творческих произведениях личностная духовная сущность человека наиболее ярко проступает сквозь болезнь, а значит, она может быть, если не понята, то **прочувствована** другими.

В психотерапевтической беседе я говорю пациенту: «Через ваш рисунок, рассказ, стихи, музыку я вас могу почувствовать более глубоко лично. Так, значит, и другие люди могут тоже вас почувствовать. Почувствовать человеческий интерес к вам. И, возможно, посредством вашего творчества вы сможете в чем-то помочь другим людям».

Как же выражается в творчестве противоречиво-сложная, многогранная шизофреническая, полифоническая душа? В живописи — полифоническая душа выражается в эмблеме (Добролюбова Е. А., 1996). Эмблема — сгущенная материальность, несущая в себе философскую мысль. «Прежде всего, именно эмблема дает свою форму шизофреническому (шизотипическому) таланту или гению. <...> Тот, кто живет-переживает эмблемами, равногласно чувствует первичность духа и первичность тела-материи» (Бурно М. Е. Клинический театр-сообщество в психиатрии. 2009, стр. 201). Ханс Груле в «Психологии шизофрении» (1929), говоря о картинах душевнобольных Гейдельбергской клиники, замечает: «И все это без барьеров, естественно, без оглядки на традицию, волнующе самобытно. Многие из этих произведений искусства можно считать шизофреническими открытиями».

В литературном полифоническом творчестве звучит метафора, аллегория, иносказание... Миры Клайва Льюиса, фантастика Р. Брэдли, произведения В. М. Гаршина, тексты М. Чюрлениса притягивают людей разных характеров множеством загадочных философских, религиозных смыслов, глубокой мудростью, провидением будущего... Смысловая многогранная емкость этих текстов помогает людям разных характеров понять что-то в себе, сформулировать что-то внутреннее, ранее неясное...

Полифоническая музыка (Бетховен, Мусоргский) несет в себе мощь звучания, уносит в трансцендентные пространства; может выразить разнообразные оттенки переживаний. Например, музыка Бетховена может внушать трагический оптимизм и давать заряд энергии нерешительному психастеническому человеку, заставляя его действовать, преодолевая свою робость. У синтонного человека «бездонность музыкальной стихии Бетховена» может вызывать целебное трансное состояние «через архиреальное, натуралистическое восприятие природы» (Махновская Л. В. С. И. Консторум — основоположник отечественной классической клинической психотерапии. Часть 1 // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. — 2019. — Т.11, №5(58) [Электронный ресурс]. — URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: 19.12.2020).

Все это примеры полифонического, в широком смысле иносказательного творчества гениальных людей. Мы учимся у них, для того чтобы найти свой

творческий стиль в нашей повседневной жизни. Такие примеры показывают полифоническому пациенту, как возможно «прорваться» сквозь «круг» Одиночества, ощутить свою связь с миром людей посредством особого творческого «языка», не разрушая своей личности, оставаясь во всей полноте самим собой!

Тревога при соматических заболеваниях и возможность коррекции ее терапией творческим самовыражением

И. П. Маркова⁶ (Самара)

Тревожные расстройства являются самым распространенным психопатологическим состоянием у пациентов с соматической и психосоматической патологией. У лиц, обращающихся за помощью в лечебные учреждения, распространенность тревожных расстройств варьирует по данным разных авторов от 23 % до 73 %. Психоземotionalное напряжение, тревога, депрессия приводят к выраженным нарушениям в функционировании органов и систем организма, являются факторами риска не только развития, но и прогрессирования соматической патологии. Своевременное распознавание и коррекция тревожных расстройств могли бы рассматриваться как форма первичной профилактики соматических заболеваний.

Исследования показали высокую сопряженность тревожных расстройств с гипертонической болезнью, ишемической болезнью сердца, бронхо-легочными заболеваниями, заболеваниями пищеварительного тракта, аллергией и др.

В лечении психосоматических расстройств необходима как быстрая симптоматическая помощь, направленная на смягчение эмоциональных реакций и неправильного поведения, так и долгосрочная патогенетическая психотерапия для достижения устойчивых состояний ремиссии. Значит, необходим целостный клинический подход к терапии эмоциональных состояний с опорой на природные, биологические психические защиты, клиническую картину заболевания, конституционально-приспособительные особенности.

Целостным подходом, сочетающим в себе возможности симптоматического и патогенетического лечения, является отечественный метод клинической психотерапии — Терапия Творческим Самовыражением М. Е. Бурно (ТТСБ) (Бурно М. Е. Терапия творческим самовыражением (отечественный клинический психотерапевтический метод), 2012).

Сложился вариант ТТСБ для пациентов, страдающих психосоматическими расстройствами и соматическими заболеваниями, сопровождающимися невротическими симптомами. Целебным механизмом ТТСБ в лечении данной категории пациентов является

⁶ Врач-психиатр, психотерапевт Самарского областного геронтологического центра.

ся активация защитно-приспособительных систем организма больного с выбросом в кровь природных лекарств: эндорфинов, энкефалинов, нейрогомонов, запускающих целительные реакции в организме.

Особенность варианта ТТСБ для психосоматических пациентов заключается в сочетании долгосрочной классической ТТСБ с краткосрочным курсом, позволяющим за короткий временной отрезок почувствовать смягчение страданий, как душевных, так и телесных.

На занятиях краткосрочного курса пациенты получают правдивые естественнонаучные знания о психосоматических расстройствах, причинах их возникновения, вариантах течения и реалистичных результатах терапии. Пациенты получают представление о роли разрушительного стресса в развитии психосоматических заболеваний и о реакциях целительного эмоционального стресса, запускающих активацию защитно-приспособительных механизмов организма. Происходит знакомство с некоторыми душевными расстройствами, которые могут влиять на формирование психосоматических расстройств и осложнять их течение. Изучение конституциональных особенностей разных характеров подводит к принятию естественности определенных психосоматических реакций организма. Пациенты обучаются особым творческим приемам самопомощи (расслабление, дыхательные упражнения, записи в психотерапевтический дневник и др.).

Краткосрочный курс ТТСБ включает в себя 8 занятий и продолжается в течение месяца. Занятия проводятся в группах из 4 – 10 пациентов 2 раза в неделю. Продолжительность занятия 2 часа.

Необходимость сочетания краткосрочного курса с долгосрочной классической ТТСБ сложилась из потребности в достижении стойкой компенсации состояния. Это возможно только при постоянной, длительной активации природных защитно-приспособительных систем организма, при постоянном возвращении пациента к опоре на собственные характерологические механизмы адаптации к жизненным сложностям. Только опора на себя неповторимо-индивидуального, только жизнь в соответствии со своими прочувствованными смыслами на протяжении длительного времени позволяет преодолевать конституциональную предрасположенность к психосоматическим расстройствам, компенсировать расстройства личности, сопутствующие психосоматическим заболеваниям.

Занятия в долгосрочной классической ТТСБ могут продолжаться от 2-х до 5-ти лет. Продолжительность занятия 2 часа. Рекомендуемая частота посещения занятий: от 2-х раз в неделю в первые год-два, до 1 раза в 2 – 3 месяца в последующие годы.

Приобретение пациентами реалистичных знаний о происходящем с ними помогало обозначить точки опоры в борьбе со страданием, осознать важность формирования светлого, творческого душевного состояния и тем самым существенно смягчить тревогу, эмоциональное напряжение, уменьшить фиксацию на

болезненных симптомах, улучшить настроение. Изучая вредные факторы, усиливающие нагрузку на механизмы адаптации организма, пациенты начинали осознаннее подходить к построению режима труда и отдыха, к питанию, выполнению зарядки. Освоенные приемы самопомощи при различных душевных и телесных состояниях помогали чувствовать себя увереннее, способствовали созданию оптимистичного отношения к процессу выздоровления.

Смерть духовная и физическая. Перечитывая А. И. Яроцкого

Г. Н. Иванова⁷, И. Н. Иванова⁸ (Волгоград)

В 1908 году вышла в свет книга А. И. Яроцкого «Идеализм, как физиологический фактор», в которой автор изложил свои взгляды на физическое и духовное здоровье пациентов и обосновал метод психотерапии, который он назвал «аретотерапия» (нравственное совершенствование).

Своей книге А. И. Яроцкий предпослал виньетку, репродукцию картины Гольбейна младшего «Крестьянин и смерть», которая символизирует отношение личности к жизни и смерти. Человек с трудом ведет жизненную борозду, не осознавая, что около него кружит смерть в виде сначала нравственного, а затем физического разложения.

Автор уделяет большое значение духовности человека, полагает, что нравственное перерождение человека является тем рычагом, который дает возможность пробудить в душе больного могучие целебные силы. А. И. Яроцкий полагает, что терапия любого пациента должна строго соответствовать его культуре, наклонностям, образованию, прошлому. Для достижения успеха необходимо воспитать из больного врача, который в дальнейшем будет лечить себя сам.

В далеком 1908 году автор сетует на то, что с каждым годом отмечается снижение духовности пациентов, и это неблагоприятно сказывается на результатах лечения. Размышления А. И. Яроцкого близки и понятны современным врачам. Обращаясь к нравственному идеалу пациента, врач зачастую сталкивается с непониманием и отсутствием какого-либо созвучия, без которого невозможен психологический контакт и совместные усилия для достижения выздоровления. Духовность пациента зависит порой от нравственности лечащего врача. Доктор может быть примером для больного, так, например авторские короткие рассказы врача помогают пациенту справиться с тяжелыми жизненными ситуациями, а в некоторых случаях способствуют зарождению в нем творческого начала.

Разрушение духовной сферы связано со многими причинами. Наиболее наглядно это происходит у ал-

⁷ Психотерапевт реабилитационного центра «Волгоград».

⁸ К.м.н., доцент кафедры дерматовенерологии Волгоградского государственного медицинского университета.

коголиков и наркоманов, когда смерть духовная опережает физическую. Преждевременному духовному угасанию способствуют также тяжелый физический труд, унижительные условия жизни, некоторые лекарственные препараты, социальная нестабильность, отсутствие возможности реализовать свои индивидуальность, неповторимость, творческий потенциал, что в современной жизни, к сожалению, встречается нередко.

Хочется сказать, что в условиях современной, страховой медицины отсутствуют предпосылки для духовного роста, как врачей, так и больных, что не может не отразиться на результате лечения. Конечный продукт медицинской помощи, т.е. выздоровление больного, как духовное, так и физическое, подменяется продажей медицинских услуг.

Закончить размышления о здоровье духовном и физическом можно словами А. Яроцкого: «От самого больного зависит, если он интенсивно желает своего выздоровления, пустить в ход могучий фактор душевного подъема, который не применит оказать свое благотворное влияние на течение процессов тела» (А. И. Яроцкий, 1908, с. 304).

Супрематизм в психиатрии

И. Н. Иванова⁹, Г. Н. Иванова¹⁰

Заканчивается срок действия МКБ-10, научный мир готовится принять МКБ-11, в которой будут серьезные изменения почти во всех разделах, особенно грядут потери в оценке этиологии психических расстройств. Для лечения, экспертизы важнее патогенетические проявления, чем причина их возникновения и фон, на котором они наблюдаются.

С годами все меньше клинического подхода к больному, как к человеку, как к личности. В МКБ-11 планируется дименсиональная модель личности, в которой нет качественных отличий множества ее разновидностей, только количественные. Больше внимания уделяется дефицитарным признакам, затрудняющим социальную адаптацию.

Дименсиональная модель личности У. Марстона изображается графически в виде геометрической фигуры, пирамиды, внутри которой находятся не связанные между собой ее характеристики. Но пирамиды уже были, их множество у Абрахама Маслоу, каждая соответствует одному или нескольким признакам, а вместе они не дают единого целого — человека, личности.

Психологический подход, по сути искусственный, изобилует всевозможным опросникам, тестами, подгоняющими живого человека к готовым, мертвым

⁹ К.м.н., доцент кафедры дерматовенерологии Волгоградского государственного медицинского университета.

¹⁰ Психотерапевт, реабилитационный центр «Волгоград».

стандартам. Антоний Кемпинский в своей глубоко клинической монографии «Познание больного» (Кемпинский А. Познание больного. Минск, 1998. — 208 с.) пишет, что результаты обследования пациента никогда не сложатся в какую-то определенную контура кривую, будут всегда отклонения. Никто не спорит, что изучать личность непросто. Личность — лик, лицо. В него надо всматриваться, видеть его неповторимость, индивидуальность. Кемпинский в «Познании больного» подробно описывает все этапы изучения человека, включающие: лицо, телосложение, осанку, прическу, одежду, эмоции, речь, поведение, общение с врачом. И если врач-психиатр не воспринимает больного, как личность, то и сам уже не личность. Общение врач-больной, как человек-человек, с взаимным интересом, помогает рассмотреть, познать и понять человека страдающего и ему помочь.

В отечественной психиатрии Иван Сикорский многие годы посвятил «физиогномике», науке, дающей возможность «читать» по внешности, лицу характер, темперамент, особенности интеллекта. В знаменитой книге «Всеобщая психология», изданной в 1904 году (Сикорский И. А. Всеобщая психология. Киев, 1904. — 575 с.), автор анализирует картины великих художников, изображающие людей, например, полотно И. Е. Репина «Запорожские казаки пишут письмо турецкому султану». Так выразительна реалистическая живопись. В завершение предлагаю сравнить две картины Казимира Малевича «Автопортрет в двух измерениях» и «автопортрет художника». В какой из них мы видим человека, художника, гения?

Так ли нужны научные геометрические психологические модели личности, и вообще нужен ли супрематизм в психиатрии, науке о природе человека, его душе? Ведь «Разнообразие человеческих миров» П. В. Волкова (Волков П. В. Разнообразие человеческих миров. М, 2000. — 526 с.) может превратиться в «Долину пирамид».

О психотерапевтических рассказах в духе Терапии творческим самовыражением М. Е. Бурно, о существе этого приема в ТТСБ

К. М. Мижерова¹¹

«Психотерапевтическая проза» — один из способов помощи душевно страдающим пациентам. В Терапии творческим самовыражением М. Е. Бурно прием «реалистической психотерапевтической прозы» практикуется с давних пор. Психотерапевтическую прозу следует отличать от художественной прозы, хотя и существуют художественные психотерапевтические рассказы (например, некоторые рассказы доктора А. П. Чехова характерологически точные,

¹¹ Психиатр, психотерапевт Медико-психологического центра Индивидуальности, действительный член ОППЛ.

в отличие от прозы Бунина, прозы совсем другого плана). Художественная проза поливалентна, в ней каждый может увидеть свое, она как пятно Роршаха. **А реалистическая психотерапевтическая проза** отличается именно одухотворенным *клиницизмом*, знанием *естественно-научной характерологии*, клинической точностью переживаний (иначе, клиникой), из чего получается психотерапевтическая правда жизни, то есть клиницизм психотерапевтически аккуратно преломлен и подведен читателю — **чтобы не навредить!** Это не выдумка, не фантазия, не голая техника, а если сказать проще, это художественное одухотворенное описание клинических феноменов (характерологических особенностей и симптомов). Как правило, это делается опытным психотерапевтом, психологом, помощником психотерапевта с клиническим мироощущением. Это необходимо пациентам, которые, как правило, тянутся к реалистическому или реалистоподобному мироощущению. Порой пациенты не готовы читать другую литературу. Они, как и О. Мандельштам, могут «только детские книги читать» и, психотерапевтическую прозу... Созвучному читающему человеку становится понятнее, легче на душе, возможно, он испытывает вдохновение, может быть даже целебную боль от клинического разьяснения себя, встречи с подобными своим переживаниями. Это путь иной, нежели группа Терапии творческим самовыражением. Он бывает короче.

Московский психиатр-психотерапевт Кирилл Евгеньевич Горелов, анализируя прием психотерапевтической прозы М. Е. Бурно, подмечает и в своей практике, что эффект психотерапии заметно усиливается, когда сам психотерапевт проникнут психотерапевтическим творчеством. В своем психотерапевтическом рассказе-воспоминании о детстве (*Горелов К. Е. «В Зоопарке». Сборник «Врачи пишут...». Вып. XIII. Российское общество медиков-литераторов, 2018 г.*), об одной из прогулок с собственным дедушкой, К. Е. Горелов использует сочетание нескольких методик Терапии творческим самовыражением: методику погружения в прошлое, прошлое своей семьи, методику ведения дневника и записных книжек, методику творческого поиска одухотворенного в повседневном. Также доктор Горелов рассылает пациентам в электронном виде свои короткие психотерапевтические рассказы, чтобы побудить их к целебному литературному творчеству, что срабатывает гораздо лучше, чем формальные уговоры.

Психотерапевтические рассказы, прозу с давних пор писали и пишут *Марк Евгеньевич Бурно, Алла Алексеевна Бурно, Елизавета Юльевна Будницкая, Татьяна Евгеньевна Гоголевич, Людмила Васильевна Махновская, Инга Юрьевна Калмыкова, Ольга Борисовна Левковская, Юлия Валерьевна Позднякова, Александр Серафимович Соколов, Александр Абрамович Капустин, Григорий Юрьевич Канарш* и другие.

Зачастую темами психотерапевтических рассказов оказываются лечебное творческое общение с природой, как ладить с людьми разных характеров, как

выбираться из своей депрессии, и разное другое, созвучное переживаниям самих авторов, их наблюдения из лечебной практики, из жизни.

Представляется полезным в практическом отношении привести здесь краткий обзор литературы по использованию приема психотерапевтической прозы.

Основной книгой, в которой представлены разные авторы психотерапевтических рассказов, можно считать «Практическое руководство по Терапии творческим самовыражением» под редакцией М. Е. Бурно и Е. А. Добролюбовой, 2003 г. Примеры психотерапевтической прозы можно найти в книгах: 1) Бурно М. Е. О характерах людей, 2013, стр. 188 – 212; 2) Бурно М. Е. Психиатр Гречихин. Психотерапевтическая проза и драматургия. В 4-х томах. Электронная книга, 2019 год (заказ книги осуществляется у издателя, зам. главного редактора журнала «Психотерапия» Андрея Александровича Иришкина по эл. адресу: andrey.irishkin@gmail.com); 3) Бурно М. Е. Больной человек и его кот. Психотерапевтическая проза о целебном творческом общении с природой. С рисунками врача-психотерапевта А. А. Бурно, 2003; 4) Бурно М. Е. Зоолохия. Рассказы психотерапевта о детстве и отрочестве. Пособие по психотерапии, 2000; 5) Соколов А. С. Скворцы. Часть V. Москва, Общество медиков-литераторов имени М. И. Буянова, 2019. Статьи о психотерапевтической прозе: 1) Бурно М. Е. Клиническая психотерапия, 2006, стр. 285 – 286; 2) Позднякова Ю. В. Психотерапевтические рассказы, созданные в ТТСБ, на занятиях с тревожно-депрессивными детьми, подростками / Психотерапия. — 2018. — Т.186, №6 — С.58 – 61.; 3) Левковская О. Б. Психотерапевтическая проза как инструмент для работы с детьми и подростками в русле Терапии творческим самовыражением М. Е. Бурно / Психотерапия. — 2018. — Т.186, №6 — С. 71 – 77.

И в особом направлении Терапии творческим самовыражением М. Е. Бурно — театральном, не обойтись без приема психотерапевтической прозы. «История развития клинко-психотерапевтического театра переплетается с историей развития клинко-психотерапевтической прозы и поэзии, поскольку прозу и поэзию можно и концертно играть-исполнять для целебного воздействия сценическими образами, которые главный инструмент на реалистической клинко-психотерапевтической сцене» (Бурно М. Е. Клинический театр-сообщество в психиатрии, 2009, стр. 229 – 330).

В заключение двухдневного заседания, ведущие Консторумских чтений Б. А. Воскресенский и Л. В. Махновская отметили, что все доклады, прозвучавшие на конференции — и теоретически ориентированные, и излагающие собственный практический клинический опыт, — были проникнуты духом клиницизма, стремлением найти наиболее полные и эффективные способы помощи больному, верой в неисчерпаемые возможности психиатрии и психотерапии.

О применении лейкотомии в лечебных психоневрологических учреждениях

Стенограмма заседания Президиума УМС МЗ ССС 30 ноября 1950 г.)¹

«...Докладчик С. В. Курашов ознакомил Президиум УМС с постановкой вопроса о применении лейкотомии на двух пленумах Всесоюзного научного медицинского общества невропатологов и психиатров.

Первый Пленум 4.02.1949 г. вынес следующее решение:

«Операция фронтальной лейкотомии, предложенная впервые Пуссепом, продолжает совершенствоваться советскими нейрохирургами. Накопленный за это время клинический опыт, базирующийся на материале свыше 400 человек прооперированных больных - показал, что операция фронтальной лейкотомии является относительно эффективным и сравнительно безопасным методом лечения некоторых форм тяжелой шизофрении, совершенно не поддающихся лечению другими, существующими в настоящее время консервативными способами...

Исходя из этого Пленум постановляет:

1. Применение операции фронтальной лейкотомии с научной точки зрения является принципиально допустимым.

3... *показания к операции должны устанавливаться осторожно, продуманно и строго индивидуально с учетом всей совокупности особенностей психического и соматического состояния больного.*

4... *отсутствие перспектив на спонтанную ремиссию, проверенные тщательным и достаточно длительным наблюдением.*

5. В настоящее время применение фронтальной лейкотомии показано преимущественно для лечения больных шизофренией и, главным образом, давних, но не распавшихся случаев с продуктивной симптоматикой, как правило, безрезультатно лечившихся инсулином и электрошоком.

В относительно свежих случаях шизофрении применение фронтальной лейкотомии допустимо лишь при катастрофическом течении процесса, настоятель-

но требующем активного лечения и абсолютной невозможности использовать консервативные методы, вследствие соматических противопоказаний, или тогда, когда угрожающее течение процесса не удалось приостановить применением инсулина или электрошока.

7. Лечение фронтальной лейкотомией других форм душевных заболеваний может вводиться лишь крайне осторожно...

8. Просить Ученый Совет МЗ СССР... *установить перечень руководителей психиатрических клиник ВУЗов, научно-исследовательских институтов, а также научных консультантов крупных больниц, которые будут пользоваться правом назначения операции и хирургов, могущих ее производить.*

9. Считать неотложной и важнейшей задачей внебольничной психиатрической сети организацию и осуществление высококачественной диспансеризации оперированных больных и создания всех необходимых условий для их социальной компенсации...Осуществление этого мероприятия является одним из тех обязательных условий, без соблюдения которого само производство операции недопустимо...»

В мае 1950 г. проф. В. А. Гиляровский предложил вновь вернуться к обсуждению этого вопроса с тем, чтобы запретить применение лейкотомии как метода лечения в психиатрических учреждениях. Вопрос был вновь рассмотрен на **Пленуме 22 – 24 июня 1950 г.**

«Пленум... постановляет:

1... *Подтвердить прежнее решение Пленума... от 4.02.1949 г.*

2. Пленум констатирует, что в ряде случаев этот метод применялся неправильно, получив распространение при некоторых заболеваниях, не относящихся к шизофрении, а также при заболеваниях, носящих свежий характер, при которых не были использованы все доступные для лечения средства и, наконец, имело место применение указанного метода к больным детям.

4. Вторично просить Ученый Совет МЗ установить перечень психиатрических клиник вузов, научно-исследовательских институтов, которым может быть предоставлено право назначения операции

¹ Печатается с сокращениями и выделениями редакции. Полный текст стенограммы предоставил журналу докт. мед. наук., проф. Б. Л. Лихтерман, автор «Истории отечественной нейрохирургии» (М., 2006) и исследования «История запрета лоботомии» («Вопросы нейрохирургии», 2001, 2, 35 – 39). Редакция приносит ему благодарность.

фронтальной лейкотомии, а также перечень хирургов, которые могут ее проводить.»

Особое мнение В. А. Гиляровского: «Не считаю лейкотомию методом лечения, который можно рекомендовать психиатрическим учреждениям». (л.129).

По словам Курашова, «если первый Пленум разрешил производство операции лейкотомии и в больницах, то второй Пленум... предоставил это право только клиникам вузов и крупным научно-исследовательским институтам». На Пленуме присутствовало 30 членов из 70 (28 голосов «за», 2 — «против»).

В прениях выступил Василий А. Гиляровский из Института психиатрии МЗ СССР «...В Бехтеревском Институте лейкотомии подверглось 176 больных, из них 153 — с диагнозом “шизофрения”... Операции делали и хирурги, и психиатры... Отдаленные результаты операции они не видели и не знали. Последствиями операции были тяжелые психические нарушения и значительная деградация. Лейкотомию проводили также в Горьком и Киеве. лейкотомия — не лечение, в крайнем случае это искусственный перевод в пассивность.»

Д.м.н. Ю. Б. Розинский: «...Мы — психиатры — находимся в чрезвычайно тяжелых условиях в том отношении, что безнадежные случаи, тяжелейшие формы разной шизофрении мы лечить не можем и именно этим объясняется тот факт, что наши психиатрические колонии, к сожалению, переполнены этими больными... И по отношению к этим дефектным безнадежным формам шизофрении мы еще не нашли соответственных методов лечения. Я помню, как на Седьмой сессии Нейрохирургического совета покойный академик Н. Н. Бурденко высказался по поводу лейкотомии... “Вот психохирургия — это, по мнению одного из товарищей, «музыка далеко будущего», а я думаю, что это время не так далеко.”

...наш опыт, который насчитывает... пять лет своего существования, обобщен на основании 100 случаев прооперированных больных... Улучшение имело место в 30 случаях.. Ухудшение — в 4. Летальность равна нулю... и больные без улучшения (66 больных). Рецидивы различной тяжести составляли 4 %, послеоперационные осложнения наблюдались только у 3 больных (преходящие эпилептические припадки). Нет объективности в каталогическом изучении Гиляровского. Среди наших больных были такие, которые были не людьми, а животными; это были конченные люди, о которых все врачи-психиатры сказали, что ничто им не поможет. А сейчас некоторые из этих больных, во-первых, работают, во-вторых живут, помогают семье, зарабатывают деньги и являются людьми в настоящем смысле этого слова. Нам говорят относительно того, что нет выздоровления. Да, я с этим согласен. Мы шизофрению лечить не умеем... Но меньше всего надо говорить о том, что мы переводим шизофреников в каких-то органиков, в какой-то пассив... Лучшую оценку состояния этих

больных могут дать они сами, их домашние... Я не знаю, что вообще лучше: гибнущий больной в колонии, больной, который ест кал и вообще ведет себя совершенно невозможно, больной, который представляет собой агрессивного больного с разрушительными асоциальными тенденциями, или больной, который имеет определенную социальную ценность, полезен для себя и для своей семьи... В руках врага, фашиста любой метод вообще может приобрести другое назначение. Тогда какое отношение может быть к простому шприцу...»

Проф. А. Г. Галачян возглавлял бригаду, обследовавшую горьковский материал (40 лейкотомий). Утверждает, что сомнительное улучшение было лишь в одном случае из 40.

«И виноваты в том, что эти операции проводят не хирурги, потому что хирурги точно свое дело делают, ...а виноваты мы, психиатры».

Проф. В. М. Пахомов (Горький): «Я думаю, что если бы теоретический уровень психиатрии был сильнее — лейкотомия, лобэктомия не просуществовала бы у нас ни одного дня. Я считаю, что в лейкотомии отражены в самой грубейшей форме локалистические механистические воззрения англо-американских психиатров, воззрения узкого локализационизма, утрированной вирховианской концепции... Это какая-то средневековая точка зрения... Я думаю что и наши теоретики — тов. Шмарьян и Гольденберг... недалеко от этого ушли..., ...в последнем номере «Нейрохирургии» тт. Сальман и Бабчин договорились до таких вещей, которые носят прямо политический характер. Они говорят, что лейкотомию можно рекомендовать для больных, дни которых сочтены... Эта статья переключается с фашистскими взглядами на психических больных...»

И напрашивается мысль невольная, которая возникает в связи с гениальными работами товарища Сталина о языкознании, что в психиатрии создалась группа психиатров, которая, как и окружение акад. Марра, во главе с проф. Шмарьяном, проф. Гуревичем и другими создала аракчеевский режим...».

Розинский продемонстрировал троих больных после лейкотомии.

Проф. Б. Г. Егоров: «Когда впервые проф. Шмарьян поднял этот вопрос и предложил мне оперировать в его клинике, я долго не соглашался — он может это подтвердить. Но когда он убедил меня, показал необратимый материал у себя, я решил пойти по этому пути. Когда мы слезали первую операцию и получили первый обнадеживающий результат, у нас в Институте нейрохирургии была большая конференция в составе невропатологов и психиатров. Народу там было много, и потому мы могли обсуждать этот вопрос достаточно широко. Негативное отношение к этой операции было только у покойного проф. Юдина. В. А. Гиляровский относился к этому довольно сдержанно, но не высказывался резко про-

тив этой операции... ..Прежде всего надо сказать, что это большие с очень давним анамнезом болезни (больше 10 лет — Б. Л.)... ..никогда я закрыто операцию не делаю, не умею делать... я делаю операцию всегда так, чтобы видеть, что я делаю. Мозг у этих больных представляет собою следующее: тяжелый арахноидит, оболочки мутные, вены широкие, местами в два пальца шириной; почти всегда имеется гидроцефалия... Мы никогда не имели органических повреждений, никогда не оперировали на пирамидных путях. Мы никогда не ранили подкорковых узлов и гидроцефалия была всегда сопутствующим, а не вновь образованным явлением. В чем заключается операция? Вы говорите об экстирпации всей лобной доли, а мы оперируем только на одном полюсе, на 1/4 лобной доли... ..разрываются только связи переднего полюса с близлежащими пораженными участками... министр склонен учредить особую клинику... компенсационные возможности мозга очень велики... Я очень жалею, что такая хорошая клиника, как клиника проф. Гиляровского, занялась только анализом самых тяжелых случаев. Но зачем же брать только тяжелые исходы, надо брать и лучшие исходы. Надо все-таки учесть, что из 120 (оперированных) 40 % все-таки ушли домой, они работают, они вернулись к своим профессиям. И от этого факта уйти нельзя. Эти 40 % остались больными, но не такими тяжелыми как были. Мы оперировали их не только потому, что за ними тяжелел уход. И так вопрос ставить нельзя. Ведь у 20 % необратимый процесс был, ничего нельзя было сделать... только очень опытный хирург и, самое главное, должен быть самый строгий отбор в смысле показаний и в смысле диагностики.

Павленко С. М.: Скажите все-таки какие теоретические основы для этой операции?

Егоров: Теоретическая основа одна: разобщение полюсных путей с подкоркой.

Проф. А. С. Шмарьян: «Вполне понятно, почему вопрос о префронтальной лейкотомии так остро поставлен. Бесспорные методы не вызывают большой дискуссии... ..Как раз данные лейкотомии подтверждают концепцию И. П. Павлова об огромных возможностях компенсации, о наличии обходных путей, чем я и объясняю, с одной стороны, улучшение и отсутствие каких-либо грубых явлений со стороны психической деятельности, которые можно отнести к лобным симптомам... Я согласен, конечно, никогда это не было широким методом... Ученый медицинский совет должен указать, что он не может быть рекомендован как широкий метод, он должен быть применен только в очень узком кругу учреждений — в трех-четырех научно-исследовательских институтах на основании патофизиологических и клинических исследований.

...

И последнее, что я хочу сказать, — это по поводу общеполитической стороны вопроса. После выступ-

ления товарища Сталина по вопросам языкознания мы знаем... что является надстройкой, и мы должны сказать, что лейкотомия или проблема лечения больных вообще не является надстройкой. Можно из этого делать те или другие идеологические выводы, но сама по себе это проблема не надстроечной категории. Шизофрения была при феодализме, она существовала при капитализме и, к великому нашему сожалению, мы входим в коммунизм не победивши ряд болезней и, в частности, шизофрению. Поэтому.»

Голос: «Это грубый механицизм.»

Шмарьян: «Это неправильная точка зрения. Лейкотомия — проблема биологическая, так же как пенициллин — проблема биологическая.»

Голос: «И стерилизация.»

Шмарьян: «Стерилизация никогда не была методом лечения.»

В. М. Банищиков: «Я не могу не коснуться и вопроса затронутого о приоритете на этот метод и решительно заявляю — никакого приоритета наших ученых в этом вопросе нет. Нам до сих пор не показали ни одной из работ Бехтерева или Пуссена, где бы мы видели бы приоритет Пуссена. Так что я отмечаю этот метод как метод не наш, метод, данный не нашими учеными.

А вот вам выступление проф. Карганова из Ростова-на-Дону. “...Мы, правда, имеем не такое большое количество случаев (примерно 14), но они учат нас тому, что ничего существенного не изменяется...” И заканчивает он словами: “Мы оставили у себя этот метод как не давший ничего”. (л.83). Мы говорим, что кое-какие успехи при операции лейкотомии есть. Никто же с этим не спорит. Но, к сожалению, успех лейкотомии значительно больше чем успех. А если так, то, мне кажется, нет никаких оснований дальше пропагандировать этот метод как лечебный метод. Его, может быть, можно оставить как строго закрытый метод в одном высококвалифицированном учреждении, как метод экспериментальный и изучить при этом механизм действия.»

Лейкотомия производилась в 13 точках СССР.

Проф. С. М. Павленко: «...мы скатываемся на позиции капиталистической медицины, т. е. эклектической, ненаучной медицины. Внедрять в нашем социалистическом обществе необоснованные методы и, более того, острые, жестокие методы терапии явно неприемлемо.»

Проф. Л. А. Корейша: «Все-таки советская нейрохирургия существует, ее никто не собирается закрывать, а, наоборот, расширять. Поэтому вы — психиатры — не говорите о нейрохирургических операциях, которых не представляете себе. Мы не имеем после операций тех осложнений, которые имеют экспериментаторы на собаках. Есть аргумент: лейкотомия плоха, потому что она наносит ущерб центральной нервной системе. Согласен. Но, скажите,

вся нейрохирургия на чем построена? Восстанавливаем мы какой-нибудь один нервный путь центральной нервной системы или какой-нибудь один пункт нервной системы, мы его регенерируем?»

Проф. В. А. Гиляровский: «Я считаю, что в достаточной мере видна физиономия этого метода, что этот метод является антипавловским». «Когда я совсем молодым врачом был, меня учила сестра-надзирательница. Она говорила: «Василий Алексеевич, психиатрия — это пространство. Если вдуматься в эту мысль, когда 2–3 больных на койку, тут пространство имеет большое значение...»

Из заключения и.о. Председателя УМС МЗ СССР проф. Г. В. Выгодчикова:

«Я думаю, что первым пунктом нашего решения должно быть следующее: воздержаться от применения лейкотомии как лечебного метода.

Второе — для изучения механизма действия префронтальной лейкотомии двум, не одному, а двум высококвалифицированным учреждениям изучить все стороны этот вопрос с обязательным условием применять эту операцию только в тех случаях, когда все существующие методы терапии уже исчерпаны.

Третье — разработать инструкцию по применению лейкотомии.

Четвертое — обобщить имеющийся материал.»

Заседание длилось в течение пяти часов.

ПОСТАНОВИЛИ: Воздержаться от применения префронтальной лейкотомии при нервно-психических заболеваниях, как метода противоречащего основным принципам физиологического учения И. П. Павлова.»

В газете «Медицинский работник» (№ 37 от 14.09.1950 г.) появилась статья акад. АМН СССР В. А. Гиляровского «Учение И. П. Павлова — основа психиатрии».² Пропагандируется сонная терапия, осуждается увлечение электрошоком. «Еще большая ошибка допускается в лечении психических больных применением воспринятого за рубежом метода префронтальной лейкотомии, который представляет собой трепанацию черепа с перерезкой белого вещества, соединяющего лобные доли со зрительным бугром... Профессор А. С. Шмарьян, будучи главным психиатром Министерства здравоохранения СССР, широко пропагандировал применение электрошока и префронтальной лейкотомии. Как теперь выяснилось, префронтальная лейкотомия приносит большой вред и вообще не может считаться лечением. К сожалению, лейкотомию до сих пор применяют в Горьком (М. А. Гольденберг), в Казахстане и других местах. При этом психиатры периферии не только не желают отстать от центра, но и стараются его всячески обосновать. Лейкотомию стали делать не только больным шизофренией, но и больным с психопатиями, реак-

тивными состояниями, пресенильным психозом и с эпилепсией. Эта грубейшая врачебная ошибка явилась результатом недалекости. При лейкотомии процесс не ограничивается только изолированной перерезкой некоторых волокон, связывающих кору с подкорковой областью; такое грубое вмешательство вызывает последующее общее повреждение мозга.» Далее цитируется Павлов, писавший об операциях на мозгу у животных. Приводится катанестическое обследование 250 лейкотомированных больных из Москвы, Ленинграда и Горького, большинство из которых находятся в безнадежном состоянии в интернатах для психохроников...

«Шизофрения излечима и при других методах лечения, но не при фронтальной лейкотомии, которая, внося рубцовые изменения в мозг, создает для больного шизофренией стойкие органические поражения мозга, закрывая тем самым пути для его излечения.»

29.11.1950 г. в МЗ было направлено опубликованное в «Правде» «Письмо в редакцию» — «Против одного лженаучного метода лечения» за подписью главного врача Горьковской городской клинической психиатрической больницы А. Портнова и заведующего нервным отделением больницы Верхневолжского водздравотдела В. Пахомова. «Одним из примеров бессилиия буржуазной медицины является пользующийся широким распространением в американской психиатрии «новый метод лечения» психических заболеваний — лоботомия (лейкотомия)... Естественно, что в среде наших врачей, воспитанных в духе славных традиций великих гуманистов — Боткина, Пирогова, Корсакова, вооруженных учением И. П. Павлова, не может быть места таким «Методам лечения», как лоботомия. Тем не менее и у нас нашлись люди, которым оказался по вкусу этот заокеанский плод лженауки. Еще в 1944 году заведующий кафедрой психиатрии Горьковского медицинского института проф. М. А. Гольденберг произвел операцию по методу лоботомии... Однако, ни Гуревич, ни Шмарьян, ни Голант еще не разоружились...»

Непонятна политика Министерства здравоохранения СССР и Министерства здравоохранения РСФСР в этом деле. На протяжении шести лет проводится на практике метод лечения, не обоснованный ни теоретически, ни практически. Однако оба министерства ничем не выразили своего отношения к нему. Между тем известно, что широкое применение новых методов лечения требует обязательной санкции органов здравоохранения. Лоботомия, несомненно, случайное явление в нашей стране, и оно должно быть решительно осуждено.»

На направлении отдела науки и техники «Правды» — виза Министра здравоохранения СССР Е. Смирнова: «Тов. Федотову Д. Д. (начальник Главного управления городских лечебно-психиатрических учреждений): Почему медлите с указаниями на этот счет?»

Приказ № 1003 о запрете лейкотомии появился 9 декабря 1950 г.

² Это была реакция на Первую Павловскую сессию (в физиологии) 28.06 – 04.07.1950, которая не спасла автора от Второй павловской сессии (в неврологии и психиатрии) 11 – 15.10.1951. Ф. 8009, оп. 2, дело 1458.

Откровения о прошлом, настоящем и будущем психиатрии

1 сентября ознаменовалось публикацией в «Медицинской газете» (№ 34) интервью вице-президента РОП, члена Совета Европейской психиатрической ассоциации, а с октября 2020 г. генерального секретаря Всемирной психиатрической ассоциации проф. Петра Викторовича Морозова (ПВ). Все эти и многие другие регалии вполне соответствуют этому разносторонне одаренному психиатру, в том числе с дипломатическими, коммуникативными и художественными способностями.

Воспринимая это интервью с полным пониманием его социальной роли, и следуя изначальной установке НПА России на откровенность изложения хорошо известного нам, мы считаем необходимым прокомментировать его высказывания.

Интервью начинается с ошеломляющего утверждения ПВ, что «в 1989 г. началась антипсихиатрическая кампания». Дело в том, что в 1989 г. началось снятие нашей ассоциацией неоправданных психиатрических диагнозов шизофрении, которые ставились школой А. В. Снежневского в три раза чаще, чем во всем мире, что удостоверял выдающийся отечественный генетик д.м.н. В. М. Гиндилис в первом независимом издании («Пути обновления психиатрии», 1990). Ленинградская школа и несколько других не делали погоды. И действительно диагнозы шизофрении снимались нами в 30 %, начиная с осени 1988 г. Только спустя год, когда НПА была принята, благодаря этой деятельности, в члены ВРА, Всесоюзное общество психиатров (ВОП) (а не Российское общество психиатров, как небрежно упомянул ПВ), создало «независимую Этическую комиссию» для той же цели, объявив о ней в октябре 1989 г. на Афинском конгрессе ВРА, т. е. блефуя задолго до реализации. Председатель этой комиссии проф. В. П. Белов, руководство МЗ СССР (А. А. Чуркин, А. С. Карпов), М. Е. Вартамян и Т. Б. Дмитриева активно интриговали против нас, поддерживая две провокаторские малограмотные организации, намеренно смешивая нас с ними. Но когда эта комиссия устала работать без финансирования, и ее секретарь опубликовал итоги ее деятельности, они оказались такими же, как у нас: у трети обратившихся диагноз шизофрении оказался несостоятельным. В результате, сотни тысяч людей были сняты с психиатрического учета с его социальными последствиями, на который попадали часто под пред-

логом «политических», так как это был удобный способ избавиться от «настырных жалобщиков», не способных смириться с явной несправедливостью, многие из которых становились диссидентами в результате таких преследований. Но Институт им. В. П. Сербского постоянно апеллировал к «скромной цифре», которую ПВ еще более уменьшил: «по всем сусекам набралось около 200 диссидентов». Но комиссия НПА в одной только Санкт-Петербургской спецпсихбольнице обнаружила их более тысячи.

У ПВ выходит, что «антипсихиатрическая кампания» началась из-за разоблачения использования психиатрии в политических и других немедицинских целях, а не из-за злоупотребления психиатрией властью, — опубликованных донесений и распоряжений Ю. В. Андропова. Но о злоупотреблениях психиатрией было широко известно с 60-х годов, а ПВ не похож на наивную девственницу. Ведь использование психиатрии для власти было методом, прежде всего, дискредитации и запугивания, а не наказания. Приводимые ПВ цифры — «89 покушений и 4 смерти психиатров только в Москве» — дезориентируют вне сравнения с предшествующими годами и столицами других стран в относительных, а не абсолютных величинах. Профессия психиатра всегда была опасной, что не помешало отменить почти все льготы после войны.

Антипсихиатрическое движение (а не кампания) началось не в 1989 г., как, оказывается, думает ПВ, а в 60-е годы в США, Англии и Франции. Анализ этого явления и борьба с его негативными последствиями — одна из приоритетных тем НПЖ с его первого выпуска в 1991 г. и до последнего, во втором выпуске этого года. Беспрецедентное по масштабам в истории мировой психиатрии использование психиатрии в политических целях не «ушло в прошлое», а приобрело точечный характер, как в деле якутского шамана Александра Габышева в наши дни.

ПВ не постыдился, прекрасно зная действительное положение вещей, приписать деятельность НПА России в этом деле РОП и «личному контролю президента РОП Н. Незнанова», в результате чего «справедливость восторжествовала». Он говорит об этом безответственно, так как судебное разбирательство не закончилось, его ход отражается на сайте НПА и в ее журнале, хотя уже ясно, что предопределено помеще-

ние А. Габышева в ПБСТИН, обрекающее его на самый тяжелый многолетний вариант, человека, которого соседнее отделение того же Якутского диспансера собиралось выписать на добровольное амбулаторное лечение (см. раздел «Из досье эксперта» в этом выпуске журнала). Это удостоверяла организованная НПА комиссия из 4 человек, которая выезжала в Якутск по первому липовому уголовному делу, и посылала два заключения специалистов по второму делу, продиктованному исключительно политическими соображениями, т. е. это классический случай «карательной психиатрии», а точнее, — карательной судебной психиатрии в условиях системы, превращающей ее во флюгер власти. Это наше оценочное суждение. В последние годы СПЭ вытесняется более удобной и дешевой лингвистической и психолингвистической экспертизой.

Отвечая на вопрос «*была ли у нас карательная психиатрия*», ПВ начал с того, что это «*неадекватный ярлык, придуманный политехнологами*», и что он «*категорически не согласен с утверждением, что у нас была какая-то система*». И тут же признал, что тоталитарное государство и есть такая система и что дело генерала Григоренко пример, когда и ставят диагноз и все равно наказывают. Т. е. яркий пример именно карательной психиатрии. То же самое с Иосифом Бродским, который побывал и в ПБ, и в зоне.

Перед лицом этой противоречивости ПВ повторил прием советской эпохи, тут же противопоставляя этому нацистскую практику уничтожения психически больных, а сейчас принятый в 2002 г. в Голландии, а потом и в других странах закон об эвтаназии психически больных. «*Их уничтожают, заставляя подписывать формы информированного согласия...*». Страшную картину рисует ПВ: оказывается, на Западе намного хуже. Вот только все эти грандиозные по большей части псевдоразоблачения и цифры совпадают с публикациями современного антипсихиатрического движения, именующего себя «Гражданской комиссией по правам человека», — одной из трех ветвей фонда Рона Хаббарда, деятельность которой направлена на уничтожение психиатрии как таковой. ПВ в мае этого года сам пугал этим всех на съезде психиатров. Но этот гиперболический стиль, множество противоречий и некорректностей, одномерно упрощенное представление об эвтаназии, чуть ли не приравняемой им к умерщвлению психически больных нацистами, но на этот раз, якобы «*по экономическим причинам*», сродни советским запретам евгеники, ЭСТ, психохирургии, основываются на убеждении ПВ, что мы гуманнее Запада, что «*гуманизм в крови русского человека*».

В числе прочего ПВ сказал: «*А Эмиль Крепелин перedal свою клинику Э. Рюдину — отцу немецкой евгеники, легшей в основу законов, обосновавших уничтожение миллионов психически больных лиц. Почему-то об этом умалчивают*». Недостойно бросать

тень на Крепелина, исходя из того, что основоположник генетических исследований в психиатрии Эрнст Рюдин в 1917 – 24 гг. руководил отделением генеалогии и демографии в Немецком исследовательском институте в Мюнхене под началом Крепелина (с 1924 г. Институт кайзера Вильгельма, а с 1948 г. Институт Макса Планка). Но Рюдин в 1925 – 27 гг. ординарный профессор в Базеле, а с 1928 г. (через два года после смерти Крепелина) вернулся в Мюнхен в качестве директора прежнего отделения, преобразованного в самостоятельный институт. Крепелину наследовал не Рюдин, а Йоганнес Ланге (1927 – 30) и Курт Шнайдер (1931 – 46). Все они не имели отношения к деятельности Рюдина с 1933 г.

Самой болезненной теме — разрушительной реформе деинституционализации и оптимизации службы здравоохранения, которая уже привела к трагическим последствиям, о чем предупреждала и против чего в отличие от РОП протестовала НПА, указывая на опыт восточноевропейских стран еще 20 лет назад, ПВ только под занавес сказал, что не надо было слепо следовать чужим реформам, а сейчас «*мы стараемся приспособиться*» и сослался на хорошо известный факт, что ликвидация психиатрических больниц в США и Англии привела к оседанию психически больных в тюрьмах. Но вместо того, чтобы подчеркнуть, что это консервировалось в три раза меньшими затратами, чем в больнице, заявил, что «*содержание больных в тюрьмах стоит намного дороже чем в психиатрических больницах*». Но кто же поверит в это? И тут же сообщил, что в Англии было открыто 20 новых тюрем. Но где же «экономическая заинтересованность»?

ПВ утверждает, что наш закон о психиатрической помощи «*оказался прогрессивнее многих западных законов*», но членам НПА, составившим треть первой и четверть второй комиссий по созданию этого закона, хорошо известно, как он был незаконно подпорчен в результате так наз. юридической экспертизы, как ощипывался в течение особенно последних лет, как улечивались гарантии его исполнения, как до сих пор не исполнена фундаментальная 38-ая статья, как планируется его размывание. Но, тем не менее, это был самый выдающийся шаг, так как включил международный юридический минимум для таких законов и стал первым в России, отставая от Запада лет на 80. Но решающим является правоприменительная практика, а не декларации.

На протяжении всего интервью о самом существовании НПА России, члена WPA, тесно сотрудничающей с правозащитным движением и сыгравшей крупную роль в переломные для отечественной психиатрии 90-е годы, не говорится ни слова, хотя можно было бы упомянуть, что она еще существует.

Блеск эрудиции не может скрыть от профессионала множество натяжек и фантазий ПВ в духе восторженно-важничавшей у нас пропагандистской методологии

военно-патриотического общества Мединского, вместо научной исторической фактологии. Ответы ПВ могут удовлетворить только контролирующие органы и наивных читателей. Для профессионалов это бижутерия.

Декларируя различие своей личной и официальной позиций, ПВ дает приемлемое обоснование только в собственно профессиональном вопросе, зато в самом фундаментальном из них — отношении к Международной классификации психических болезней последнего 11-ого пересмотра, отстаивая нашу общую солидарную позицию относительно ее ущербности. Но даже здесь он лоббировал неразборчивого апологета противоположного направления.

Оценивая это интервью в целом, исходя из того, что такая форма в силу ее спонтанности выдает больше, чем продуманный письменный текст, нетрудно

убедиться, что перед нами уподобление прогосударственному тренду, расцвеченному блеском эрудиции без всякой заботы о достоверности излагаемых сведений, не смущаясь противоречиями, с легкостью гримируя все несоответствия под заданный тренд. Вот только широковещательно заявляя *«Мы не можем быть наследниками нацистской идеологии»*, ПВ вместо «не можем» следовало бы сказать «не должны», а не надеяться на гуманизм в крови.

«Правду говорить легко», — сказал в интервью ПВ и демонстративно пошел по трудному пути, заодно уязвив откровенную честную позицию тем, что она легкая. Видимо, это все же следствие эйфорического состояния с «головокружением от успехов», — состояния, опасного для репутации.

Ю. С. Савенко

О фантомных нозологических единицах и особенностях их происхождения

Б. В. Воронков (Санкт-Петербург)

Уходят дни и годы, мелькают десятилетия и бегут века, но и сегодня нет окончательного и неопровержимого ответа на вопрос: что создаёт характер человека, что важнее — наследственные задатки или условия жизни, почва или среда, генетика или воспитание, внутреннее или внешнее? Вроде и температура дискуссий по этому поводу почти на нуле, и вроде все или почти все со всем согласны, и предмет споров утратил актуальность, и всё решено, а я вот считаю, что ровным счётом ничего не решено, что просто в последние десятилетия в моду вошли новые, иногда важные, иногда надуманные дискуссии вокруг аутизма, психобиосоциальных и шизотипических конструкторов, разнообразных спектров и пр.

По П. Б. Ганнушкину, психопатические черты «врожденные..., определяют психический облик индивидуума, накладывая на весь его душевный склад властный отпечаток..., в течение жизни не подвергаются сколько-нибудь резким изменениям..., мешают приспособиться к окружающей среде». Важно при этом учитывать, что представляет собой окружающая среда, и помнить об определенной относительности и приблизительности диагностических критериев, используемых как для оценки личности человека, так и для объяснения душевных порывов (побуждений), самих поступков и поведения в целом.

Роль общества, среды, непосредственно воспитания в том, чтобы проявлять, возвращать, культивировать или, наоборот, микшировать, сдерживать, скрывать имеющееся, но чтобы создавать характер (чеканить,

отчеканивать? С греческого характер — чеканка, отпечаток), по моему — вряд ли. Чеканит, отпечатывает природа, генетика. Среда, а точнее, ситуационная необходимость может вынудить к широкому общению, но общительность (а также замкнутость, обидчивость, вспыльчивость, злопамятность, отходчивость, однолюбие или, наоборот, жизнелюбие и т.п.) как корневые свойства характера не возникнут. Открытость и добродушие, также как подозрительность и недоверчивость — врожденные, генетически детерминированные, наследуемые черты. Окружающая обстановка, среда, обстоятельства, события раскрывают характеры, а не создают их. Обстоятельства могут сделать личность асоциальной и даже антисоциальной, то есть, выработать разнообразные поведенческие шаблоны, но характер останется прежним до конца. Даже, если допустить, что среда сформирует мерзавца, но, если мерзавец от рождения общителен, то пребывание в одиночной камере не изменит его природу, не сделает его замкнутым. Родившийся, что называется, толстокожим не станет ранимым, а замкнутый по натуре всегда будет испытывать определенный дискомфорт при необходимости широкого общения. Тяжеловесный эпилептоид не станет легким гипертимом ни при каких обстоятельствах. От владимирского тяжеловоза или от немецкого битюга не родится ахалтекинец. Натура, природа, порода, если хотите, неизменна.

Г. Е. Сухарева и Т. П. Симсон стойко отстаивали позиции, отрицающие возможность психогенеза и

динамики психопатий, и решительно отделяли характерологические реакции, развития и сдвиги от психопатий, которые считали врожденными, необратимыми состояниями. Не вдаваясь в суть дискуссий 80-летней давности по вопросу динамики психопатий, отмечу, что были они весьма драматичны, а стиль их не всегда был наполнен духом свободной научной полемики.

О. В. Кербиков обозначил диагностические критерии психопатии как тотальность, а, главное, выраженность до степени, приводящей к социальной дезадаптации. Отметим, что в конструкции О. В. Кербикова признаки врожденности и стабильности, как диагностические критерии психопатии по Ганнушкину, перестают быть обязательными и необходимыми. Принятие обратимости психопатии как клинической реальности активно разрабатывалось в нашей стране с 30-х и до 80-х годов. Причины этого явления были, я убежден, не клиническими, а социальными и опирались на тезис, а, вернее, на доктрину о формировании нового, подразумевалось, советского характера (по Н. И. Бухарину — коммунистического человека) условиями жизни и самой жизнью в СССР. Мракобесная пропаганда роли социального и, естественно, лидерства советской науки, а заодно и приоритета достижений русских учёных, по понятным причинам работала безотказно во всех без исключения областях — в искусстве, науке, практике, а для непонятливых указующий перст «тонкошеих вождей» оборачивался, как правило, в лучшем случае спецэтапом.

Пропаганда к науке отношения не имеет, создать или сформировать характер она не может, зато успешно практиковала и практикует промывание мозгов, сеет подлый страх, массово плодит конформистов, тем более свободно и самостоятельно мыслящие и так всегда в меньшинстве.

Попытки сформировать или, если хотите, создать новый советский характер оказались тщетными. Люди, как и раньше, рождались общительными и замкнутыми, вспыльчивыми, ранимыми, толстокожими и такими же покидали этот свет.

Ведя речь о социальной дезадаптации, нужно понимать, что клинических критериев для её оценки нет, социопсихологические подходы крайне ненадёжны, поскольку должны учитывать качества не только личности, но в большой мере социума. Чем личность ярче и нестандартнее, тем меньше у неё шансов гармонично войти в социум. А если речь идёт о тоталитарном обществе, тем более о тирании, то критерий социальной адаптации вообще не работает.

Несмотря на то, что психиатрический интерес обращен, в основном, к разного рода негативным чертам аномальных характеров, критерий социальной приемлемости ненадежен, что следует из вышесказанного, тем более, что, будучи социологическим, имеет к медицине весьма отдаленное отношение, и вреден, поскольку открывает широкие возможности для отождествления социально неудобных личностей

с психопатами и даже душевнобольными. И конца этой практики я пока не вижу. Но именно критерий социальной дезадаптации лёг в основу концепции нажитой психопатии.

Что касается выраженности психопатических черт до степени, приводящей к социальной дезадаптации, то в формализованном виде заключается она в том, что психопат не может удержаться ни в учебном заведении, ни на работе. Нарушена гармония в семье и в отношениях с ровесниками. Хочу в очередной раз предостеречь от формального подхода к критериям социальной дезадаптации, сведенным в советских учебниках к формуле — «не работает, не учится». Исключение из школы может быть несправедливым, нетрудоустроенность — временной, ссора с сестрой носить житейский характер, а в отношениях с товарищами могут звучать мировоззренческие разногласия. Расширительная трактовка понятия «социальная дезадаптация» ведёт к гипердиагностике психопатии. Таким образом, без глубокого анализа личностно-ситуационных отношений формальные признаки социальной дезадаптации не могут быть диагностически надёжными, а посему роль любых социологических оценок в процессе медицинской диагностики, должна быть минимальной.

О. В. Кербиков, допуская возможность приобретения психопатии в течение жизни под влиянием ситуационных воздействий, полностью дезавуировал представления о критериях психопатии П. Б. Ганнушкина и полагал становление нажитой психопатии конечным этапом так называемого патохарактерологического развития.

Обосновывая выделение приобретенной психопатии, О. В. Кербиков опирается на работы Жоли, Эйе, Дюблино, Рейха, Биндера, Вебера, (см. в «Избранных трудах» О. В. Кербикова главу, посвященную динамике психопатий), описавших у детей и подростков личностные реакции имитации, оппозиции, возмущения, госпитализма. О. В. Кербиков видел в этих явлениях переход от невроза к психопатическому характеру и выводил идею о реактивном формировании аномальных черт характера как этапа на пути к нажитой или краевой психопатии. По-моему, описанные вышеназванными французскими и швейцарскими авторами реакции оппозиции, имитации, возмущения, госпитализма не только не создают невроз, переходящий в характер, что само по себе весьма и весьма спорно, но являются по отношению к нему вторичным (привнесенным) наслоением, за рамки функциональных состояний не выходят и не должны отождествляться ни с характером, ни с характерологическими сдвигами. Кроме того, эти реакции далеко не всегда являются болезненными (да и какие у чисто поведенческих реакций признаки болезненности?) и вряд ли правомерно, мне кажется, рассматривать их в качестве этапа формирования характера, его новых, патологических (по О. В. Кербикову) свойств.

Отмечая большую динамичность (обратимость) приобретенных или краевых психопатий, О. В. Кербику подчеркивал необходимость разграничения их с непатологическими личностными искажениями, но четких дифференциально-диагностических критериев им предложено не было. Десоциализация личности, обусловленная средовыми влияниями, при которой поведение определяется примитивными влечениями и навязанными этой средой шаблонами, действительно обратима при перемене условий жизни. Но десоциализацию с психопатией, так же как поведение с характером, я считаю, отождествлять не стоит. Свойственный социальной и педагогической запущенности признак обратимости положен Кербику в основу концепции краевой психопатии. Таким образом, краевая психопатия от «ядерной» (истинной) отличается принципиально (при ней отсутствуют признаки врожденности и стабильности), в то время как от социальной запущенности практически неотличима. Оба феномена сформированы средой. Проявляя себя повсеместно, несут страдания окружающим, оба выносятся на социальную обочину, оба обратимы. Как их дифференцировать практическому врачу? Мне кажется, выход в том, чтобы не считать неприемлемые формы поведения социально запущенных новыми свойствами их личности. В противном случае социальная запущенность и «краевая или нажитая» психопатия оказываются, как выше сказано, практически неотличимыми, а сама концепция нажитой психопатии выглядит несостоятельной, какой она, по существу, и является. Но считать или не считать уличные замашки социально запущенных новыми свойствами их личности — право каждого, О. В. Кербику, в том числе. Диагностика в этом случае становится делом вкуса лечащего врача и его личной точкой зрения. На мой взгляд, диктуемые средой поведенческие стереотипы не являются, ни психопатообразующими, ни характерообразующими в принципе. Характер и стиль поведения не должны отождествляться. Граница между ними вполне различима. Что касается свойственной психопатам гипертрофированности личностных проявлений, «нарушающей социальную гармонию» и т. п., то об относительности и приблизительности оценивающих личность и поведение социологических критериев речь уже шла.

Я не склонен рассматривать личностные реакции имитации, оппозиции и прочие как этап на пути к психопатии, поскольку считаю, что жизнь человека в мире людей целиком состоит из его реакций на окружающих и реакций окружающих на него самого. И через эту жизнь человек проходит со своим характером, весьма жесткой и стабильной личностной составляющей, достаточно устойчивой к ситуационным воздействиям. Будь иначе, человек представлял бы собою аморфное, лишённое индивидуальности, постоянно меняющееся и не прогнозируемое существо.

Характерологические сдвиги у психопатов могут быть аутохтонными и ситуативными, и именно это имеет ввиду П. Б. Ганнушкин, говоря о конституциональном и ситуационном типах психопатического развития. То есть, по П. Б. Ганнушкину, психопатическое развитие — это эволюция психопатической личности, а по О. К. Кербику — это движение по пути к психопатии, названное им патохарактерологическим развитием. Термином «патохарактерологическое развитие» или «патологическое развитие личности» лучше не пользоваться, во-первых, потому что самим термином ребенок или подросток автоматически погружается в область патологии, а во-вторых, потому что критерии диагностики того, что называется патохарактерологическим развитием, далеко не бесспорны, границы психопатий искусственно расширяются, и, как следствие, диагноз «краевая психопатия», как этап патологического развития личности в 60-е – 80-е годы прошлого века ставился явно чаще, чем требовала клиническая реальность. Подобные спонтанные флуктуации рожают подозрения в искусственности своего происхождения и сродни достижениям О. Б. Лепешинской, Т. Д. Лысенко, положением советской мичуринской биологии и пр. и пр. Психиатрам очень полезно ознакомиться со стенограммами сессий ВАСХНИЛ 1948 г. и павловских сессий РАН и РАМН 1950 и 51 годов.

Сотни статей в периодике, десятки монографий и защищённых работ, ангажированных «самой передовой теорией» способствовали легитимизации и аксиоматизации фантомных понятий — нажитая психопатия, краевая психопатия, вхождение их в учебники, в качестве фундаментальных положений, бездумному использованию в практике. К инструкциям и нормативным письмам сидящих на облаках руководителей отрасли, с требованием, в частности, не диагностировать психопатию ранее 18 лет, ибо характер якобы только к этим годам формируется (ветер дует из 30-х годов!), нужно относиться скептически. Мой учитель профессор С. С. Мнухин говорил: «Истерик и шизоид рельефно проявят себя сызмальства, а параноик существенно позже, поэтому не жди сакральной цифры 18, а ставь диагноз, когда его видишь», чему я, пока жив, и следую. Исхожу из того, что характер дан человеку с рождением и не формируется, а проявляется в том или другом возрасте.

Причины дисгармонии психопата с окружающим миром имеют внутренний (врожденный) характер, в то время как у социально запущенных их следует искать и видеть именно в несовершенстве мира, то есть они по отношению к личности чаще внешние. Поведение, например, беспризорника соответствует условиям и требованиям той среды, которая его окружает. Бытие определяет не так сознание, как поведение. То есть, у беспризорника на улице не характер меняется — там он усваивает нормы и формы поведения, помогающие ему выжить. Характер, конечно,

проявляет себя в поступках, в поведении, но не надо их отождествлять, и прямой связи между ними может не быть.

То есть, в примитивном переводе — у социально запущенного плохое поведение, а у психопата плохой характер. Социально запущенный, таким образом, — продукт среды, психопатия же — сама средообразующий фактор.

В этой связи, интересно рассмотреть значение ситуационных средовых воздействий в сопоставлении с ролью факторов, в широком смысле, врождённых на общественно-политические, идеологические, эстетические и общекультурные воззрения. Они определяются не только и не столько средой (временем, окружением), но и опираются на некие, как говорил Крепелин по другому поводу, предусмотренные механизмы; имеет, стало быть, место изначальная предопределенность, биологическая детерминированность, а социальные и прочие средовые воздействия работают на уже, что называется, вспаханном поле. Под влиянием обстоятельств взгляды могут меняться, но вектор изменений обычно стремится к гармонии с собственной натурой, каковая сама по себе остается неизменной.

Я думаю, что окружающая среда, воспитание, обстоятельства могут в какой-то малой степени способствовать формированию привычек, манер (тогда они, как правило, в отличие от унаследованных, гораздо менее стойкие), может быть, вкуса, что, впрочем, тоже достаточно спорно, но не характера вообще и аномального, в частности. Обстоятельства могут выявить ранее не востребованные черты, воспитание может смягчить или заострить заложенные в генах особенности, но трудно себе представить, чтобы сре-

да создавала черты характера, тем более, чтобы они могли приобретать необходимые для диагноза психопатии качества тотальности и стабильности.

Даже манеры передаются генетически. «Если потомственного аристократа с младенческого возраста воспитать в крестьянской семье, он будет отличаться неприспособленностью к крестьянскому труду и некоторыми несвойственными крестьянам манерами. Я думаю, что и потомственный крестьянин проявит некоторую неловкость в бальных танцах и пользовании носовым платком». (В. Войнович). Передаётся манера управлять автомобилем, стряхивать пепел, пересчитывать денежные купюры и многое другое.

Иначе говоря, человек не чистая доска, на которой можно писать все, что угодно; он выбирает из предлагаемого средой лишь то, с чем он готов жить, находясь в согласии с самим собой, со своей природой. Именно в этом смысле нужно понимать парадокс Ф. Ницше — «человека можно научить лишь тому, что он уже знает». Примерно о том же Гёте — «каждый слышит только то, что понимает». Гёте, как всегда, глубок и краток. Человек чувствует то, что способен почувствовать и понимает то, что способен понять.

Как быть? Без радикальных мер не обойтись. Можно надеяться на то, что в профессию волшебным образом придёт масса свободномыслящих специалистов, и дела поправятся сами собой. «Надежды юношей питают, отраду старцам подают...» (М. Ломоносов, Г. Глинка). Можно полагаться на тектонические сдвиги в отраслевых и, особенно, в центральных высших сферах и связанную с этим генеральную уборку. Оба сценария сулят перемены только потомкам. Пусть хоть это утешит нынешних юношей и старцев.

О методологических аспектах проведения патопсихологических исследований и интерпретации их результатов

(По материалам клинического разбора: «Шизоаффективное расстройство» от 27. 02. 2020¹)

Данный клинический разбор интересен и поучителен во многих отношениях, в том числе в плане соотношения психологической стороны исследования и клинико-психопатологической, на что представляется важным обратить внимание, ставя цель совершенствования этого взаимодействия.

На рассмотрение участников разбора был представлен пациент, который ранее лечился в психиатрических стационарах и имел уже установленные диагнозы, в основном шизофрении различных форм. Имела место также и иная симптоматика: наркотизация, аффективная патология, личностные отклонения и пр. Для всестороннего анализа было назначено психологическое исследование. Здесь надо отметить, что пациент обследовался и в предыдущие поступления,

¹ НПЖ, 2020, 4.

к тому же, как явствует из анамнеза, учился ранее на психолога и, хотя не работал в этом направлении, процедуру и методики, видимо, знал. В ходе данного исследования психолог провел обширное изучение когнитивной сферы, мышления, эмоций и личности пациента. Все выполнено, как принято в таких случаях, и в выводах данного исследования отмечается следующее: «Выявляются негрубо выраженные признаки дезорганизации когнитивных процессов, медленная вработываемость, колебания уровня концентрации активного внимания. Невысокая результативность мнестических процессов в сочетании с умеренно-эндогенными нарушениями мышления. Расплывчатость суждений с частично сохраненными коррекционными возможностями. Со стороны эмоционально-личностной сферы выявляется повышенный фон настроения, склонность к импульсивности в поведении со снижением критической оценки своих поступков и их последствий».

Следует отметить, что для дифференциальной диагностики это заключение требует уточнений. Как понимать выражение «умеренно-эндогенные нарушения мышления»? А что, бывают и неумеренно-эндогенные? Или речь идет все-таки о специфических расстройствах мышления, присущих больным шизофренией? Такие расстройства либо есть, либо их нет, о чем и следует определенно сказать. Если специфические нарушения выявляются, то отметить это можно в более приемлемых терминах. Заключение выиграло бы, если бы были указаны конкретные патопсихологические нарушения, к примеру, патологическая разноплановость, паралогичность суждений, искажение процесса обобщения и другие нозоспецифические расстройства мышления и эмоций. И если все это подкреплено примерами, то заключение становится более доказательным. Если же таких нарушений явно нет, то так и надо отметить — таких-то нарушений не выявлено. А выявлены, скажем, нарушения аффективно-личностного плана или иного, и это будет вполне информативно. Суждения у данного пациента, согласно заключению психолога, были расплывчатыми, но «с частично сохраненными коррекционными возможностями». И чем это подтверждается? Хотя бы один пример такой регулируемой расплывчатости. А так — оценочные суждения, которые надо принимать на веру. Мнестические процессы у него сочетаются с «умеренными эндогенными нарушениями». Это так в заключении, а в жизни специфические расстройства мышления шизофренического спектра могут быть как при хорошей памяти, так и при плохой. Закономерных сочетаний здесь нет. Наш пациент не может похвастаться хорошей памятью, поскольку портил ее наркотиками, да и влияние активной лекарственной терапии на сенсомоторику сказывается у таких пациентов.

В ходе дальнейшего анализа данного случая специалист, ведущий клинический разбор, внимательно

заслушал все данные психологического заключения и пришел к выводу, что «явных очевидных нарушений когнитивных функций по эндогенному типу нет. В беседе с пациентом мы видим абсолютную стопроцентную критику». То есть истина восторжествовала, хотя поначалу и были некоторые сомнения. Психологи и психиатры всегда могут прийти к взаимопониманию, а неточности бывают в работе и их можно исправлять и избегать в дальнейшем. Но одного желания при этом мало, а необходимо еще выполнение методологических принципов и требований к проведению исследований и пользование достоверной терминологией. Психологам рекомендуется описывать результаты исследований в категориях психологии или патопсихологии, чтобы не вторгаться в психопатологическую квалификацию случаев, и это вполне логично и корректно. Но такие оценки также должны высказываться на консультативном уровне и не навязчиво, например, психолог констатирует, что определенные нарушения мышления или эмоций *могут указывать* на их эндогенно-процессуальную природу. Если же нарушения очевидны и не вызывают сомнений, то о них можно говорить с большей определенностью. В сомнительных же случаях действует правовая норма презумпции меньшего.

Если задаться вопросом о том, каковы современные методологические требования, актуальные для психодиагностики, то ответы можно найти как в общей научной методологии, так и в системном подходе к познанию действительности и деятельности человека. Об этом существуют соответствующие научные разработки и литература, обзор которых выходит за рамки данного сообщения, но на некоторых аспектах есть смысл остановиться.

Современная методология все больше восходит к системному подходу и базовым диалектическим положениям, прошедшим испытание временем и практикой. Например, в общей методологии есть важное положение о единстве общего, особенного и единичного. Это положение справедливо для системных объектов одной качественной природы. Так, рассматривая болезнь, учитываем ее общие существенные признаки. Но есть и особенные виды — это формы данной болезни. И, наконец, единичные, то есть индивидуальные проявления этой болезни у конкретного пациента. Рассматривая мышление, например, мы учитываем его особенные формы — наглядно-образное, словесно-логическое, наглядно-действенное, а также абстрактное или конкретное мышление. А говоря о расстройствах мышления, устанавливаем их особенные виды в разработанных в патопсихологии терминах. Кроме того, можно указать и степень выраженности нарушений. А определение «расплывчатое» мышление не указывает на его вид — то ли это индивидуальный стиль мышления субъекта, то ли следствие болезненных нарушений. В таких случаях

нелишне указать на критические способности обследуемого — есть они или значительно нарушены.

Болезнь целостна, определяется ее внутренней структурой, взаимодействием внутренних факторов, которые не всегда известны и которые предстоит выяснять. Но принцип целостности позволяет нам эту болезнь узнать и правильно обозначить. Этому способствуют и такие признаки целостных систем, как несводимость свойств целого к сумме свойств составляющих его факторов. Применяя в психологии шкальные опросники, учитываем это обстоятельство. Высокий бал по шкале указывает на степень выраженности признака, а его качественная отнесенность определяется другим анализом, устанавливающим специфичность изучаемого объекта или явления. Наблюдаемый единичный эпизод еще не означает болезнь как целое. Это хорошо известно опытным клиницистам, поэтому они не торопятся по единичному случаю определять болезнь в целом. Болезнь подчиняется внутренней динамике — нарастанию вызванных негативных изменений или убыванию их в случае обратимости состояния и выздоровления. Выражение «эпизодическая шизофрения», встречавшееся среди диагнозов просматривавшегося пациента, в методологическом плане не точно, видимо так обозначили психотический эпизод у данного пациента.

При решении диагностических задач приходится сталкиваться с категориями формы и содержания, сущности и явления, о чем также надо иметь необходимые представления. Существует требование единства формы как названия рассматриваемого феномена и того содержания, которое оно обозначает. Так в идеале, но бывает, что название не согласуется с содержанием и это указывает на ошибку в выборе названия или на неверность профессиональной квалификации случая. Ошибки же подлежат исправлению. Не менее сложные соотношения между явлением и его сущностью. Так, сущность ряда эндогенных процессов пока далека от полной ясности. Но науч-

ный поиск продолжается. Изыскиваются существенные детерминанты психических болезней и состояний на разных уровнях. Учет лабораторных данных и психологических свойств пациентов позволяет получить дополнительные данные для правильных диагностических заключений.

Если психолог придерживается системного принципа в своей работе, видит и правильно квалифицирует патопсихологический синдром, находит его внутренние детерминанты — эндогенные, экзогенные или поведенческие, то он приближает свое исследование к системному анализу, который является шагом вперед по сравнению с одним лишь отчетом о результатах выполнения пациентом стандартных методик.

В патопсихологии к системному принципу отображения значимых результатов можно отнести синдромальный способ группировки выводов исследований. Основные патопсихологические синдромы были разработаны и предложены В. М. Блейхером и И. А. Кудрявцевым. Популярен такой подход и в нейропсихологии, благодаря трудам А. Р. Лурии с сотрудниками. Ими установлены также некоторые системные принципы работы головного мозга. Начальные позиции синдромального принципа отображения результатов содержались уже в первых рекомендациях по составлению заключений по экспериментально психологическим исследованиям. Выводы обычно начинались с фразы: «На первый план выступают...». Это позволяло выделять основное, не ограничиваясь перечнем всего понемногу, а напротив, — устанавливать внутреннюю структуру симптомокомплекса, его причинную обусловленность, первичные и производные факторы.

Данное направление достаточно перспективно и его нужно развивать и преумножать на современной методологической основе наряду с наращиванием профессиональной компетенции специалистов.

Н. А. Шатайло (г. Днепр, Украина)

**Всероссийская конференция с международным участием,
посвященная 90-летию со дня рождения Б.Д. Карвасарского**

**АЛЬЯНС ПСИХОЛОГИИ, ПСИХОТЕРАПИИ
И ФАРМАКОТЕРАПИИ.
НАУКА И РЕАЛЬНЫЙ МИР
В ЛЕЧЕНИИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ**

29 октября 2021 г., Санкт-Петербург

<https://brainconference.moscow/moscow.html>

Отмена лицензирования психотерапевтов

Отмена лицензирования психотерапевтов вызвала бурную реакцию (<https://octagon.media>). Но ведущие специалисты отнеслись к этому иначе. Вот, например, что ответил на наш запрос И. М. Беккер: «Процедура лицензирования медицинских учреждений была задумана для стимуляции улучшения материальной базы, без заметных капиталовложений. Она сама по себе ничего не дала. Сертификация специалистов — другое дело! Это ужесточает требования к уровню знаний и умений врачей. Это — нужное мероприятие (другое дело, как оно организовано). А лицензирование привело к масштабному взяточничеству на уровне лицензионных отделов министерств и облздравот-

делов. Как пошутил один коллега — если отменят лицензирование совсем, сколько коньяка, шашлыков и ресторанных обедов останется в ЛПУ! Если ничего не изменится в процедуре сертификации и обучении специалистов, то есть выдаче разрешения не учреждению, а индивидууму-врачу, это не беда. Может быть, даже и на пользу. Как таковых штатов психотерапевтов в наших диспансерах — даже не кот, а котёнок заплакал! Все-равно, все они — на частных приёмах и в платной деятельности». И действительно, согласно разъяснению Росздравнадзора, нелицензируемые специальности не оплачиваются из бюджета или фонда обязательного медицинского страхования.

Общественность и должностные лица обсуждают бедственное положение психиатрической службы Приморья

16 апреля 2021 г. в администрации Приморского края состоялся круглый стол, посвященный проблеме соблюдения прав людей с психическими расстройствами, находящихся в психиатрических стационарах и экспертных отделениях края.

Сегодня психиатрическая помощь жителям Приморского края оказывается в 5 больницах, самая крупная из которых находится во Владивостоке и рассчитана на 500 коек. Ее история начинается с 1940 г., когда в городе было открыто первое стационарное психиатрическое отделение на 25 коек. Оно располагалось на базе городской больницы (ныне Краевая клиническая больница № 1) и к 1965 г. располагало двумя отделениями на 150 коек. В 1965 году эти отделения были преобразованы в городскую психиатрическую больницу (в настоящее время — Краевая клиническая психиатрическая больница), и власти выделили для нее здания бывшей исправительно-трудовой колонии¹. Постепенно деревянные бараки стали разрушаться и уходить в болото, и Исполнительный комитет Совета депутатов Приморского края срочно принял решение о временном размещении психбольницы в двух аварийных зданиях бывшей средней

школы (по ул. Шепеткова, 14). Ремонт велся преимущественно силами персонала больницы и пациентов, и больница с первого дня переселения функционировала в обычном режиме. Там планировалось развернуть 200 коек, но уже при вселении коечный фонд составлял 320 коек, а к 2006 г. достиг 510, в связи с постоянным ростом числа госпитализаций. Новые койки разворачивались в тех же помещениях, в связи с чем сокращалась средняя площадь на одну койку и, соответственно, увеличивалась скученность больных. В настоящее время в этой больнице на одного пациента приходится 1,77 кв. м полезной площади при норме, установленной федеральным законодательством, 6 кв.м. Многочисленные обращения администрации больницы и кафедры психиатрии с ходатайствами об улучшении условий содержания больных и строительстве типовой психиатрической больницы в течение долгих лет полностью игнорировались, однако в 2010 г. губернатор пообещал рассмотреть этот вопрос, и в 2011 году начались работы по объекту. По графику больницу должны были ввести в эксплуатацию в первой половине 2014 года, однако денег, как водится, не хватило, и в 2015 году, когда готовность объекта составляла 50 %, строительство «законсервировали». Новый губернатор О. Н. Кожемяко пообещал завершить строительство, однако весной 2020 г. доложил президенту, что в крае будет построена инфекционная больница на 400 коек,

¹ По некоторым сведениям здесь в 40-е годы XX века находилась пересыльная тюрьма, в которой умер поэт Иосиф Мандельштам.

которую можно будет использовать как ковидный госпиталь. Строительство планируется провести на базе недостроенной психиатрической больницы Владивостока. Таким образом, надежды владивостокских психиатров и пациентов очередной раз не оправдались, и если они не будут настаивать на изменении решения властей и продолжении строительства современной психиатрической больницы, то будут еще долго страдать от нечеловеческих условий существования. Для этого нужно заручиться поддержкой экспертов, общественности и СМИ, и круглый стол, зафиксировавший бедственное положение психиатрической службы Приморского края, может стать одним из первых шагов на пути борьбы за права пациентов и врачей.

Состав круглого стола был весьма представительным: это и первый заместитель министра здравоохранения края Т. Л. Курченко, и уполномоченный по правам человека в Приморском крае Ю. Б. Мельников, и председатель комиссии по развитию гражданского общества Общественной палаты Приморского края Л. Н. Терендина, и заместитель начальника ГУФСИН по Приморскому краю П. В. Ушаков. Из представителей психиатрической службы на круглом столе присутствовали главный врач клинической психиатрической больницы № 1 (г. Уссурийск) и одновременно главный внештатный психиатр Приморского края Г. В. Шокова, два ее заместителя – по медицинской части А. В. Калашников и по клинико-экспертной работе А. И. Яблонский, главный врач краевой клинической психиатрической больницы (г. Владивосток) М. Н. Артамонов, заместитель главного врача по филиалу краевой клинической психиатрической больницы в г. Находка В. А. Грак, главный врач психиатрической больницы № 5 (г. Дальнегорск) и главный врач клинической психиатрической больницы № 2 в г. Спасск-Дальний Г. Б. Акулов. Основными дискуссионными и оппонентами были члены ОНК Приморского края и представители уполномоченного по правам человека, координатор проекта по содействию соблюдению прав пациентов психиатрических стационаров в Южном федеральном округе Л. В. Петрашис и московские гости – исполнительный директор Независимой психиатрической ассоциации России Л. Н. Виноградова и директор Института прав человека² В. М. Гефтер.

Председатель ОНК Приморского края и координатор проекта в Приморском крае В. А. Найдин представил доклад о соблюдении прав человека в психиатрических стационарах и экспертных отделениях Приморского края по результатам посещений практически всех этих организаций. Члены ОНК Приморского края недавно присоединились к проекту, и после обучающего семинара в марте 2021 г. успели посе-

тить психиатрические отделения края уже 13 раз. Доклад сопровождался большим количеством фотографий, которые могли вызвать шок у непосвященных человека. Первая реакция общественных наблюдателей, привыкших контролировать условия содержания заключенных и осужденных, была такова: «Да у вас же хуже, чем в колонии! Это же не преступники, а больные люди!». Чрезвычайная скученность, стоящие впритык друг к другу кровати, отсутствие тумбочек и какого-то иного места для хранения личных вещей, полное отсутствие приватности в туалетах и душевых, отсутствие прогулок в течение многих месяцев, отсутствие досуга и возможности встречаться со своими близкими и даже адвокатами в достойных условиях, однообразное некачественное питание. На окнах вместо занавесок — белье, вывешенное для просушки. Представители психиатрической службы не согласились: «Они у нас гуляют, мы показывали вам одежду», «А что им хранить в тумбочках, разве что туалетную бумагу. Мы же им даже зубные щетки не даем в свободный доступ, это опасно», «У нас в экспертном отделении были перегородки, но они их сами разломали, это же вандалы», «А что им нужно? Для них самое главное лечение» и т.д. и т.п. Хорошим примером другого отношения к пациентам и другого их поведения стало выступление координатора проекта по Южному федеральному округу Л. В. Петрашиса, который посетил множество психиатрических больниц Южного федерального округа и показал, какие условия пребывания созданы для пациентов, в частности, в психиатрической больнице специализированного типа с интенсивным наблюдением в Волгограде. Огромное учреждение, рассчитанное на 700 с лишним коек, где содержатся наиболее опасные психически больные, совершившие убийства, изнасилования и другие преступления против личности, — ухоженное и благоустроенное, с большим количеством различных кружков и мероприятий для пациентов, обязательными ежедневными прогулками, гуманным и уважительным отношением врачей и персонала к пациентам. Никто ничего не крушит и не ломает, хотя люди находятся там по несколько лет.

Конечно, организованный по инициативе местной ОНК круглый стол — это первый опыт такого рода общения психиатров и правозащитников, и он должен продолжаться. То, что это общение состоялось в стенах администрации Приморского края свидетельствует о внимании местных властей к ситуации в психиатрии и дает надежду на то, что ситуация со временем изменится, будет найден баланс между лечением и безопасностью, которые являются приоритетными для психиатрической службы, — с одной стороны, и соблюдением прав человека, о котором заботятся члены ОНК, — с другой. Ведь цель обеих противостоящих в настоящее время сторон одна — благо пациентов, улучшение их состояния, а это невозможно без уважения их человеческого достоинства.

Л. Н. Виноградова

² По решению Минюста России Институт внесен в реестр организаций, выполняющих функции иностранного агента.

Соблюдение прав человека в психиатрических стационарах — круглые столы в Нижнем Новгороде, Москве, Екатеринбурге, Перми, Волгограде и Томске.

За три летние месяца, несмотря на отпускной сезон, НПА России в сотрудничестве с региональными общественными наблюдательными комиссиями удалось провести несколько серьезных обсуждений с руководством психиатрических стационаров и органов управления здравоохранением первых результатов мониторинга соблюдения прав пациентов. Круглые столы были организованы в **Нижнем Новгороде** (29 июня), **Москве** (5 июля), **Екатеринбурге** (16 июля), **Перми** (17 июля), **Волгограде** (27 июля), **Томске** (4 августа) и некоторых других городах, причем во многих случаях в обсуждении приняли участие члены ОНК и представители уполномоченных по правам человека и соседних регионов.

Члены ОНК начали активно посещать психиатрические стационары и экспертные отделения весной 2020 г., добившись признания их статуса «общественных контролеров», наделенных мандатом от государства. Попытки некоторых руководителей приравнять их в «обычным посетителям» и на этом основании не допускать в стационары в связи с пандемией были оспорены в прокуратурах, разъяснения которых помогли восстановить законность. Независимые наблюдатели, привыкшие контролировать условия содержания осужденных были шокированы: **во многих больницах условия оказались на порядок хуже, чем в местах заключения.** Особенно их поразили полное отсутствие приватности в туалетах, серьезные ограничения с прогулками, отсутствие личного пространства у пациентов и невозможность свободно общаться с внешним миром.

Руководство психиатрических стационаров, первоначально встретившее все замечания в штыки, ссылаясь на соображения безопасности, постепенно сменило свою позицию и во многих случаях прислуша-

лось к сделанным рекомендациям. Члены ОНК действуют строго в рамках своих полномочий, не вмешиваются в лечебную и экспертную деятельность и следуют принципу «Не навреди!». Это помогает выстраивать конструктивные отношения с администрацией и добиваться взаимопонимания. Проводимые круглые столы также являются важным шагом на пути улучшения условий содержания пациентов. Кто-то ссылается на недостаток финансирования, а кто-то говорит, что многие проблемы могут быть решены и без дополнительного финансирования. Заслуга независимых наблюдателей в том, что они **привлекают внимание к тому, на что люди, работающие внутри системы, привыкли и просто не замечают.**

Еще одной важной проблемой, которая также обсуждается на круглых столах, является правовая информированность пациентов, возможность свободно встречаться с адвокатом, обращаться в органы государственной власти, защищать свои права. Тут добиться взаимопонимания с руководством психиатрических стационаров гораздо сложнее, однако есть примеры, достойные для подражания, и их следует всячески распространять.

На круглых столах была высказана позиция, согласно которой именно общественные наблюдатели могут поднимать важные и сложные вопросы и помогать в их разрешении. Практика таких обсуждений будет продолжена, в конце года планируется обсудить выявленные нарушения с представителями федеральных властей и, возможно, сделать такие обсуждения регулярными. Власти уже поняли, что диалог с гражданским обществом необходим, и неформальный разговор на проблемные темы помогает двигаться вперед.

21-й Конгресс Всемирной психиатрической ассоциации по психиатрии в сотрудничестве с Психиатрической ассоциацией Колумбии и Психиатрической ассоциацией Латинской Америки

18-21 октября 2021, онлайн

<https://wcp-congress.com>

ВОСПОМИНАНИЯ

К 60-летию моей профессиональной деятельности и 120-летию отца проф. С. Н. Савенко, как ее истоку и фундаменту

Одним из главных устремлений, дающих устойчивость в жизни и уверенность в выбранном пути, для меня всегда были — не должность, не внешний успех, а постоянное подтверждение своего профессионализма на поле реальной врачебной и научной практики и отношение тех, мнением которых дорожил.

Обычно говорят, что уровнем и характером профессионализма мы обязаны своим учителям. Это не всегда лотерея случая, а если и так, и даже если он неудачен, то это учеба от противного. Учителей выбирают или, по крайней мере, называют Учителями, независимо от непосредственного общения.

Перманентными учителями являются собственные ошибки, если они переживаются и при условии их беспощадного критического анализа, а не оправдания, смягчения или вытеснения из памяти.

И все же всему этому предшествуют, как показал в своем «Тематическом анализе науки» Джеральд Холтон (1973, русск. пер. 1981), идеи, впечатлившие в юности. Так для А. Эйнштейна это был Эрнст Мах, для Нильса Бора — С. Кьеркегор.

Но, оглядываясь на свою жизнь, и анализируя себя как врача-психиатра, психотерапевта и научного работника, я все больше убеждаюсь, что **фундамент** 15 лет моей научной и 45 лет врачебной практики (по трудовой книжке, так как это всегда было неразрывно), как и деятельность в Независимой психиатрической ассоциации и ее журнале последние 33 года, **закладывался во мне сызмальства**: психотерапевтический — матерью, научный — отцом. Наши первые учителя — наши родители, не только в биологическом смысле.

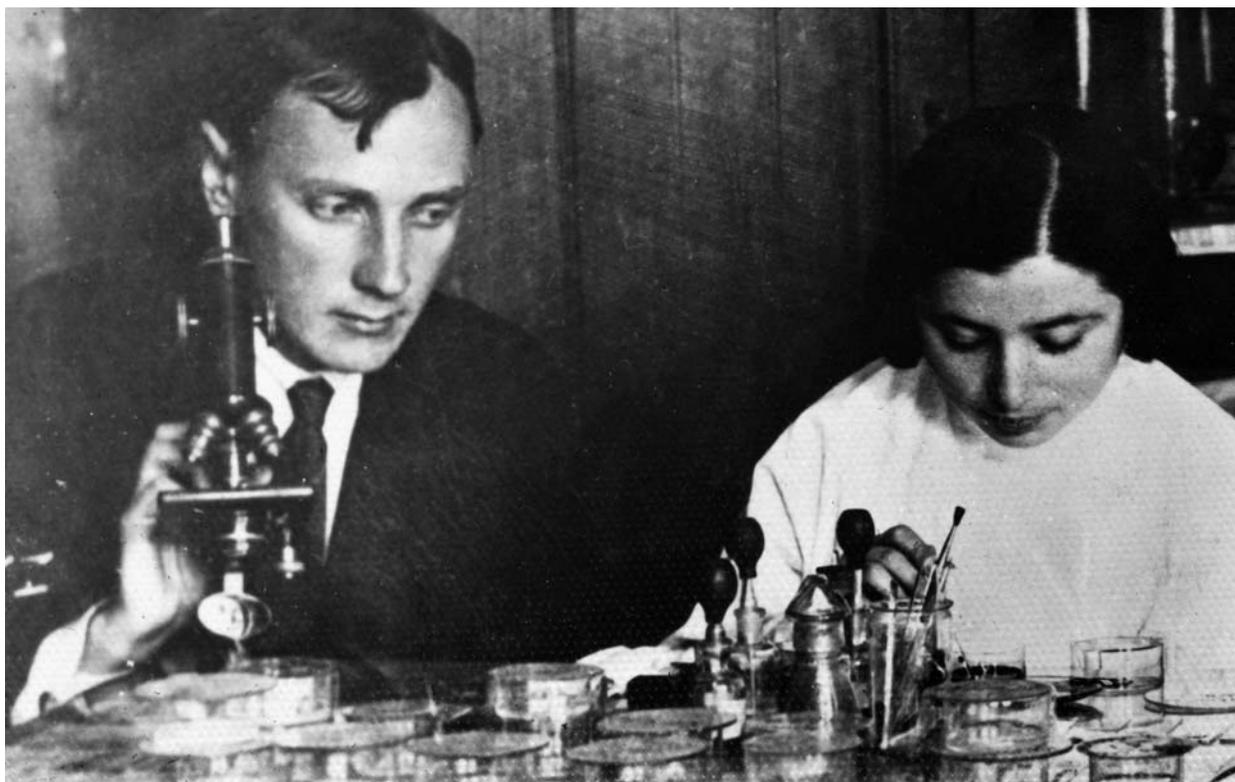
Я унаследовал внешность, способность к высокой эмпатии и отчасти литературные способности матери и ее отца, а характер, ироничный критический ум и художественные задатки отца, старшая сестра которого была профессиональным художником. Во мне впервые соединились украинский род отца и еврейский матери.

Высокий, худой, голубоглазый, с необычной прядью на высоком лбу и настолько остро прочерченным профилем, что я дразнил его в детстве «доктор дятел»¹, с интровертированной, тревожной, но очень

сдержанной в проявлении чувств натурой, строгий отец контрастировал с миниатюрной черноволосой кареглазой с мягкими чертами лица и характера отзывчивой общительной матерью. Оба были скромными, неприхотливыми, предупредительными, никогда не сквернословили, не ссорились, были очень заботливыми, вызывали у всех симпатию. Наряду с этими природными особенностями их объединяла многократно испытанная вместе смертельная опасность в годы войны, оккупации, голода, доносов...

Моя мать Сарра Боруховна Шлайн (по матери Найдис), а с 1935 года Софья Борисовна Савенко, родилась 05.12.1916 г. в местечке Барышевка Киевской области, младшей из четырех детей в семье деятеля местной еврейской общины, умершего в 1920 г. Она владела идиш, но окончила украинскую школу, знала на память многое из Тараса Шевченко, и я рано услышал «Катерину» («Кохайтэся, чернобриви, та нэ с москалямы,...»), «Гонту в Умани», «Мынають дни, мынають ночи...», «Рэвэ та стогнэ Днипр широкий...», «Заповит» и мн.др., тогда как русскоговорящий отец пристрастил к Гоголю и Тургеневу. В июне 1941 г. мать закончила Киевский медицинский институт. Начиная со времени, когда себя помню, — до и во время оккупации, после освобождения и в школьные годы — я не устаю изумляться преданности и терпению матери в отношении такой вредной капризной тяжелой обузы каким был тогда, подвергая родителей множеству дополнительных опасностей. Не понимая происхождения, разве что по поведению матери чужая опасность во время налетов, бомбёжек, облав, проверок, когда часто приходилось прятаться, скрываться, молчать, не шуметь, я нередко подводил родных. А Умань оказалась не менее опасной, чем Киев, так как была местом резни евреев со времен хмельнитчины. Но и в школьные годы только мать могла преодолеть мое упрямство, очень мягко, без нетерпения, находя нужные образы, примеры. Память об этом осталась уроком, хотя до конца не освоенным. Во все периоды работы врачом-невропатологом у матери устанавливались с большим удивительно теплыми непреходящими дружескими отношениями, она переписывалась со многими и писала настолько душевно, с такой особой простотой, что я не в состоянии расстаться с чемоданами ее писем. Как много значил и какой школой был, увы, ушедший эпистолярный жанр. При этом она была замечательной хозяйкой, обладала безу-

¹ Это настолько отличало его и сестер от окружающих, что казалось: уж не пленный ли швед был среди их предков.



пречным от природы вкусом, чувством меры и выбором близкого круга друзей, — четырех супружеских пар, среди которых кроме профессоров медиков был народный артист Украины Владимир Константинович Сокирко. Наконец, она регулярно оказывала благотворительную помощь еврейской общине города, включая консультации отца. Несмотря на огромную диспропорцию времени, уделяемого мне матерью, по сравнению со сдержанным стилем отца, я почитал его больше, никогда не испытывая ничего похожего на пресловутый комплекс Эдипа.

Мой отец — Сергей Николаевич Савенко (1901 – 1976) был одним из ведущих невропатологов Украины 60-х годов, как один из учеников и продолжателей двух выдающихся ученых — клинициста-невропатолога академика Бориса Никитовича Маньковского (1883 – 1962) и нейроморфолога члена-корреспондента Леонида Иосифовича Смирнова (1889 – 1955). В этом году отмечаются также 120-лет-

ние юбилеи Александра Соломоновича Шмарьяна и Нины Павловны Татаренко, с которыми отец начал свою деятельность: со Шмарьяном в психиатрическом кружке Киевского медицинского института в конце 1920-х, с Татаренко как основоположники смежных кафедр в Черновицком медицинском институте, в середине 1940-х годов.

Отец родился в 1901 г. в селе Сосиновка Пирятинского уезда на Полтавщине², младшим из пяти детей в семье железнодорожного служащего, окончил с отличием Прилукскую гимназию, а в 1927 г. Киевский медицинский институт. Со студенческих лет увлекся патоморфологией головного мозга, совмещая это с психиатрическим кружком проф. Е. А. Копытынского и работая в патогистологической лаборатории Л. И. Смирнова — самой значительной фигуры отечественной нейропатогистологии³, ассистентом которого был в течение 6 лет, а также 15 лет ординатором, ассистентом и доцентом (с 1938 г.) Б. Н. Маньковско-

² Как выяснилось, совсем недалеко от места рождения матери.

³ Леонид Иосифович Смирнов (1889 – 1955) — автор грандиозных по масштабу тщательности и глубине нейропатогистологических работ, актуальных до настоящего времени не только в клинике нервных болезней, но и психиатрии (1936) в области опухолей головного мозга, нейроинфекций, шизофрении и мозговой травмы. Выступал за объединение патоморфологических исследований с патофизиологическими. Сын расстрелянного в 1918 г. протоиерея Иосифа, получил духовное образование, в 1906 – 1910 — математическое в Санкт-Петербургском университете; в 1910 – 1915 — медицинское в Варшавском и Московском университетах, где стал ординатором клиники нервных болезней под руководством В. А. Муратова и Г. И. Россолимо. В 1920 – 1925 — зав. нервным отделением и прозектуры Курской психиатрической больницы. В 1925 – 1932 — доцент Киевского медицинского института на кафедре Б. Н. Маньковского, зав. патогистологической лаборатории Института усовершенствования врачей и прозектор психиатрической больницы. В 1932 – 1935 — зав. кафедрой патологической анатомии и прозектуры Харьковской психоневрологической академии. В 1938 г. Н. Н. Бурденко добился

го, получившего международную известность в начале 1920-х годов, в клинике нервных болезней Киевского психоневрологического института усовершенствования врачей (директор А. Л. Абашев-Константиновский). С обоими у него установились неформальные отношения. Их совместные работы были опубликованы в Германии и Франции. После отъезда Л. И. Смирнова в Харьковскую психоневрологическую академию в 1932 г. отец возглавил его лабораторию, а с 1940 г. заведовал нервным отделением Киевской психиатрической больницы. В 1936 г. ему присвоена кандидатская степень по совокупности работ, а 17 июня 1941 г., за три дня до начала войны, он защитил докторскую диссертацию «Рак мозга: клиника и патологическая анатомия» в Киевском медицинском институте, первую в стране по этой теме. Его оппонентами были клиницист И. О. Гилула, нейрохирург Л. О. Корейша и приехавший уже из Москвы Л. И. Смирнов. Защита была утверждена в октябре 1944 года, благодаря чудом не сгоревшему архиву.

Отец помнил Первую мировую войну и Большой террор, пережил три голода и туберкулез легких (вылечил его горный воздух Теберды). Польская и финская кампания едва коснулись его. А с момента нападения Германии он был назначен начальником патолого-анатомической лаборатории (ПАЛ) армии. Он успел вывезти нас с матерью уже под бомбежками в Конотоп к своим родителям, а потом, когда вся армия попала в котел, оказался в плену в районе села Демки Полтавской области. Немцы, захлебнувшись в числе пленных, отпускали многих, кроме евреев и комиссаров, а отец, тем более, встретил немецкого коллегу, знавшего его по публикациям в «*Archive der Psychiatrie und Neurologie*». Мы вернулись в Киев.

Мне исполнилось три года, и первые фрагменты моих воспоминаний это сбивающий дыхание ветер в кузове мчащегося в Конотоп грузовика, налет нескольких самолетов на бреющем полете с обстрелом колонны машин, и все мы, залегшие на обочине дороги; запах сырости в подвале дедушкиного дома во время бомбежки; красные полотнища со свастикой на Гранд-отеле, рядом с которым мы жили; скандалящий в дверях квартиры сосед снизу и отец, показывающий ему моего петуха-каталку, который донимал его. Сосед таки донес на нас. Полицаи пришли отправить нас с матерью в гетто и Бабий Яр буквально через несколько дней после нашего отъезда в Умань. Я помню только переезд на санях через замёрзший Днепр рядом с мостом. В Умани отец устроился врачом в поликлинику (1942 – 1944). Только одну зиму, когда многих угоняли в Германию, мы провели в деревне Шарино в доме мельника, так как прятаться

пришлось и отцу, причем несколько наиболее опасных дней вместе с хозяином они провели в тайнике в колодце. В марте 1944 г. Умань была освобождена. Жили очень скромно. Мать меняла вещи на продукты, спасали пациенты, часто расплачивающиеся живой птицей. Мне благоразумно не объясняли, что происходит, хотя я видел и повешенных, и гестаповцев с овчарками рядом с собой, и запуганных людей, и пленных. Только много позднее я осознал эту до предела напряженную атмосферу ожидания беды, в которой жили родители, когда одни доносили, другие прятали, когда часами мы с матерью таились за шкафом. Но светлым и сильным впечатлением была Софиевка. И все же два с половиной года в оккупации сделали меня нелюдимым, патологически застенчивым, непроизвольно замолкающим при посторонних, сохранившим пуповину с родителями, тревога за которых и себя были одним нерасторжимым целым.

Итак, 9 марта 1944 г. Умань была освобождена, а с 15 мая отец снова стал заведующим патолого-анатомическим отделом Киевского психоневрологического института, а также ведущим невропатологом психоневрологического госпиталя. За плен он едва не был репрессирован, если бы, опять словно чудом, не оказавшиеся свидетели, которых он спас в Умани от угона в Германию. Наша квартира в центре Киева оказалась занята, и мы поселились на окраине, возили с матерью на санках вязанки дров с рынка и т. п. Здесь нас навещал проф. Л. И. Смирнов, и меня представили ему. В октябре была утверждена докторская диссертация отца, а в апреле 1945 г. Наркомздрав Украины назначил его зав. кафедрой нервных болезней Черновицкого медицинского института, впервые создаваемом из кадров Харьковского и Одесского институтов. Здесь отец уже в июне 1945 г. организовал с нуля кафедру нервных болезней с клиникой на 60 коек, а кафедру психиатрии организовала Нина Павловна Татаренко. Обе располагались в соседних корпусах республиканской (ныне областной) психиатрической больницы. Н. П. Татаренко сменил в 1953 г. проф. Г. Ю. Малис, а его в 1962 г. — проф. И. А. Мизрухин.

Черновцы — центр Северной Буковины, старинный университетский австрийский город, румынский после Первой мировой войны, был в 1939 – 40 гг. присоединен ненадолго к Советскому Союзу, а окончательно в 1944 г. При Австрии это была, пожалуй, наиболее независимая территория со своим ландтагом, не знавшая крепостного права, религиозной и национальной дискриминации, сюда бежало из России несколько деноминаций, и это был самый еврейский город. Не случайно на опыте этого края была разрабо-

его перевода руководителем морфологическим сектором Нейрохирургического института. В 1938 – 1941 — зав. прозектурой психиатрической больницы им. П. П. Кашенко, с 1943 г. — зам. директора Института нейрохирургии. С декабря 1947 г. параллельно по просьбе В. А. Гиляровского зав. патологоанатомическим отделением Института психиатрии АМН. Подвергся, как и его сотрудники, травле, как вирховианец и последователь Конгейма (Georges Canguilhem). В июне 1954 г. уволился со всех постов и с июля руководил лабораторией патоморфологии нервной системы в Институте неврологии АМН и НИИ психиатрии МЗ РСФСР. В 1955 г. умер. Психиатрии посвящены его работы: «Сыпной тиф и психика», «О патологоанатомическом исследовании так наз. шизофрении» и «Патологическая анатомия и патогенез травм нервной системы». Подробно о нем см. статью Б. С. Хоминского в БМЭ и Л. Б. Лихтермана в ж. «Вопросы нейрохирургии им. Н. Н. Бурденко», 2019, 5, 121 – 123.

тана Эрлихом социология естественного права. Символично, что советская власть сразу отметилась здесь арестом в 1940 г. Николая Вавилова, а в 1947 г. А. С. Есенина-Вольпина, религиозными и политическими репрессиями. Тем не менее, уровень уже первого поколения профессорско-преподавательского состава был очень высок. В основном это были кадры Харьковского и Одесского медицинских институтов, в частности, ликвидированного немецкого отделения последнего, а также профессуры, выданной из Ленинграда и Киева в ходе постоянных разгромных сессий. Среди них было немало специалистов с европейским образованием и многоязычных. Косвенным свидетельством высокого местного уровня было приобретение отцом в 40-х годах на черновицком развале полного 17-томного «Handbuch der Neurologie» под редакцией О. Bumke и О. Foerster. Мало какая библиотека страны располагала таким профессиональным сокровищем. Талантливым был уже первый научно-педагогический состав кафедры отца 1945–48 годов, в основном из одесских невропатологов — доцента Давида Эренкранца и ассистентов Моисея Эпельмана, Юдифь Рузиновой, Леонида Фельдмана и врача-лаборанта Иосифа Таубера. Рубеж 40–50-х годов — время антисемитских кампаний, которые наиболее ярко проявились в Черновцах, где в какой-то момент значительная часть профессуры медицинского института оказалась в тюрьме, включая первого директора института Д. С. Ловлю, который был братом выдающегося терапевта проф. М. С. Вовси, жертвы «дела врачей», и двоюродным братом Соломона Михоэлса.

Я только с седьмого класса вышел на высокую успеваемость, так как часто подолгу болел и сказалося травматичное детство. Чтобы гарантировать мое поступление в медицинский Институт в 1955 г., отец отказался от предлагаемого ему места одного из медицинских консультантов Мао Цзэдуна. К этому времени его кафедра выделялась значительной успешностью. С самого начала ее существования на базе клиники был организован учебно-лабораторный блок с учебными комнатами, биохимической, патогистологической, электрофизиологической лабораториями и физиотерапевтический кабинет.

На первом курсе института отец принес домой микроскоп и подобрал препараты срезов головного мозга, показал в лаборатории своей клиники, как они готовятся и окрашиваются, научил легко разбираться в извилинах мозга по замечательным рисункам в классическом руководстве Виллигера, макро- и микроструктуре мозга, проводящим путям, а на старших курсах организовал обучение на 16-канальном электроэнцефалографе «Альвар» под руководством И. Н. Таубера. Положение отца предохранило меня от неизбежного для большинства перемалывания в жерновах отлаженной системы «кузницы кадров». Я избежал последствий своей наивности, доверчивости и других оплошностей. Логически строгий, ясный стиль отца, ориентация на достойные образцы и умение находить их, необходимость широкого научного и культурного горизонта, доверительная манера общения с больными были чем-то большим, чем

обучение разнообразным исследовательским методикам. От методик, причинявшим больным боль, — пневмоэнцефалографии и хронаксиметрии — я категорически отказался. Наконец, благодаря отцу я получил возможность, спустя полгода после распределения в Чарторыйскую психиатрическую колонию, поработать полтора года ординатором острого женского отделения Черновицкой областной психиатрической больницы — базе кафедры психиатрии, и в 1962 г. съездить на стажировку по ЭЭГ в Московский НИИ психиатрии и на конференцию в Институте им. В. М. Бехтерева, где стал свидетелем, как зал затопал А. В. Снежневского после рассказа А. Л. Эпштейна о ликвидации его научной работы в Днепропетровской психиатрической больнице, и помог с первой научной публикацией в Корсаковском журнале — клинико-экспериментальным описанием редкого случая туберозного склероза. Все это, наряду с рекомендательным письмом проф. И. А. Мизрухина и частично набранным материалом по данной им теме диссертации, позволили мне стать аспирантом директора Московского НИИ психиатрии проф. Д. Д. Федотова. Отец стремился сделать меня серьезным научным исследователем и взял на себя все финансовые расходы на съем квартиры и прочее, чтобы я не отвлекался на подработки. Тесная связь с отцом не прерывалась и сыграла впоследствии решительную роль в моей профессиональной жизни.

За последовавшие 13 лет (1963–1976) клиника отца, как и ряд других кафедр Медицинского института и Университета, следуя традиции австро-немецких университетских городов, не уступала столичным. На рубеже 1962–1963 годов отцу предложили кафедру в Ленинградском санитарно-гигиеническом институте, слали настоятельные телеграммы, но директор Черновицкого института проф. М. М. Ковалев категорически отказался отпускать его, лечившего семью партруководства и одного из ведущих профессоров института. Это последнее выразилось, в частности в том, что директор Института неврологии АМН СССР акад. Е. В. Шмидт провел выездную сессию на базе кафедры отца и установил с тех пор с ним дружеские отношения и переписку. На моей памяти гостями дома были проф. Г. В. Архангельский и проф. А. Ю. Выясновский. Отец был выдающимся топическим диагностом, виртуозом нейропатогистоморфологии. Я помню патологоанатомические конференции, на которых он убеждал оппонентов, подтверждая клинический диагноз тут же находимыми при микроскопии доказательствами. Его лекции отличали необыкновенная ясность изложения и обоснования, знание классических и современных достижений неврологии. В огромной библиотеке отца помимо книг сохранялись комплекты психоневрологических журналов 1920–30-х годов, знакомство с содержанием которых необходимо и в наше время, настолько высоким был их клинический уровень. Наличие «телефонки» позволяло слушать западные станции и быть в курсе событий. Уникальная среди профессуры беспартийность обыгрывалась как пример «блока коммунистов и беспартийных». В мрачные времена разгромных кампаний и сессий отца оберегало, что его

доцентами были директора института Н. Б. Маньковский, П. В. Волошин, парторг института Н. Г. Тараривев, но и наиболее брутальный директор М. М. Ковалев, незаконно не отпустивший отца в Ленинград, защитил меня от ссылки на год на шахту и лично предупредил, чтобы не распускал язык из-за доносов.

Приведу отрывок с сокращениями из статьи И. Дишука об отце в «Медицинском вестнике Буковины» (1994, 2, с. 3 – 4).

«Научные исследования докт. мед. наук проф. С. Н. Савенко были многообразными и отличались глубиной научного поиска. Ему принадлежит 184 научных работы, 3 монографии и редактурa (двух довоенных и) нескольких послевоенных сборников научных работ.

Значительное число научных исследований было посвящено расстройствам ЦНС, в частности, клиническим проявлениям и гистопатологии карциноматоза. В монографии «Клинико-анатомические корреляции расстройств глиального ряда» разработана их классификация и проведен сравнительный клинико-морфологический анализ различных видов глиом.

В течение многих лет одной из центральных проблем С. Н. Савенко и его ассистентов была неврология сыпного и возвратного тифа, описана клиника и гистопатология острой прогрессирующей формы полиомиелита, изучены малоизвестные формы неспецифических повреждений спинного мозга при туберкулезе — некротический миелит и острый менингомиелит.

Большое внимание С. Н. Савенко уделял исследованию краевой патологии Северной Буковины. Он впервые изучил клещевой энцефалит и буковинскую геморрагическую лихорадку, которая отмечалась в горных лесистых районах Черновицкой области, описал их клинику, патогистологию и лечение. Особое внимание придавалось изучению нейросифилиса. Итог этим исследованиям подвела сборник научных работ кафедры «Острые и хронические нейроинфекции» (1957) и монография С. Н. Савенко «Вирусные энцефалиты» (1959).

Значительный вклад С. Н. Савенко и его сотрудники внесли в изучение демиелинизирующих заболеваний нервной системы, в частности, рассеянного энцефаломиелимита и рассеянного склероза, диффузного периаксиального энцефалита Шильдера, концентрического склероза Бало, подострого лейкоэнцефалита. Итог этих исследований С. Н. Савенко подвел в монографии «Рассеянный склероз и диффузный периаксиальный энцефалит» (1966).

На протяжении многих лет С. Н. Савенко и его ученики проводили комплексные клинико-лабораторные исследования, нацеленные на уточнение патогенеза сосудистой патологии головного мозга, что было подытожено в одной докторской и 12 кандидатских диссертаций. В последней пять лет жизни под его руководством была защищена докторская диссертация о расстройстве нервной системы при гематологических заболеваниях и 7 кандидатских диссертаций. В целом же под руководством С. Н. Са-

венко было выполнено и защищено 4 докторских и 26 кандидатских диссертаций. Научным исследованиям С. Н. Савенко была свойственна взвешенность, правдивость, достоверность научных фактов и этого же он требовал от своих учеников, подчеркивая, что в науке нет ничего более страшного, чем необъективность и небрежность научных выводов...

30 лет, с 1946 до конца жизни С. Н. Савенко был председателем Областного научного общества невропатологов и психиатров, членом Всесоюзной и Республиканской комиссий по проблеме «Основы заболеваний нервной системы», членом Ученого Совета МЗ Украины и Правления Всеукраинского общества невропатологов и психиатров, членом ред.совета журнала «Врачебное дело», ученым секретарем Ученого Совета Черновицкого мединститута и депутатом городского совета. Он был награжден орденом «Знак почета» и грамотой Верховного Совета УССР.

Последние три года жизни отца (1973 – 1976) сложились драматически, так как были омрачены внезапным возникновением угасания продолжительной речи на почве локальной миастении, что вынудило его отказаться от лекций, которые собирали помимо студентов врачей области, и перейти до конца жизни на положение научного консультанта. Заведование кафедрой перешло к его доценту П. В. Волошину, который стал впоследствии директором Харьковского психоневрологического института и председателем Общества невропатологов и психиатров Украины. Но в 1975 г. отец принял участие в советско-американской конференции по неврологии в Москве. Возвращаясь вместе из отпуска на Шацких озерах через Киев, я купил на Крещатике сулугуни, который вызвал у отца приступ острого панкреатита, и его не смогли спасти в больнице из-за отсутствия контрикала и пеногасителей. Я достал контрикал, но было поздно. Это было спустя год после трагической гибели жены, перенесённой депрессии и легло очередной неискоренимой виной.

Между тем, спустя 18 лет после кончины, 28 апреля 1994 г., кафедре невропатологии, психиатрии и наркологии Черновицкого мединститута (ныне Медицинский университет Буковины) было присвоено имя проф. С. Н. Савенко, до этого учреждена студенческая премия его имени, а спустя еще несколько лет на доме, где жил отец в 1945 – 1976 гг., была установлена мемориальная доска по адресу ул. Гете, 6, кв. 6. Дома на письменном столе отца всегда стояла дарственная фотография Леонида Иосифовича Смирнова.

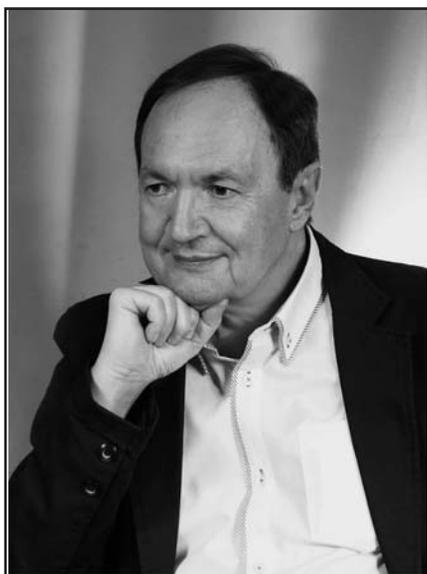
Пример отца, постоянное стремление оправдать возложенные на меня надежды, было одним из основных источников сопротивления превратностям судьбы в самые критические моменты жизни. И постоянно выручал приобретенный и постоянно обновляемый профессионализм.

Продолжение следует.

Ю. С. Савенко

НЕКРОЛОГИ

Николай Алексеевич Корнетов (21.04.1948 – 01.07.2021)



01.07.2021 г. ушел из жизни доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки РФ, заслуженный врач РФ Николай Алексеевич Корнетов.

Николай Алексеевич родился в Кишиневе, в семье психиатров. После окончания Крымского медицинского института в 1972 г., работал в течение 9 лет в Крымских психиатрических больницах, ассистентом кафедры психиатрии ФУВ Крымского мединститута. С декабря 1982 по 1987 гг. был старшим научным сотрудником отделения эндогенных психозов Сибирского филиала ВНЦ психического здоровья АМН СССР, в дальнейшем НИИ психического здоровья Томского научного центра СО РАМН. С 1987 г. Н. А. Корнетов был избран руководителем отделения аффективных состояний. В 2003 году перешел в Сибирский государственный медицинский университет, где **основал новый факультет** и лицензировал две новые специальности, и работал там до последних дней на кафедре психиатрии, наркологии и психотерапии.

Н. А. Корнетов **возродил конституциональные исследования в психиатрии**, которые в дальнейшем были развиты в **клинико-антропологическое направление**. В итоге был обоснован клинический раздел медицинской антропологии в системе пограничных интегративно-антропологических наук. Он

развил концепцию конституциональной детерминации клинического полиморфизма мультифакториальных заболеваний на примере шизофрении и обосновал клинико-антропологическую модель для изучения закономерностей динамики заболеваний, имеющих многофакторную детерминацию на основе конституционального подхода. **Впервые описал морфотипическую триаду прогрессивного течения шизофрении (1987, 1988)**. Исследования Н. А. Корнетова и его учеников носят многофакторный и фундаментальный характер, обогатили психиатрию и общую медицину оригинальными, эволюционно-биологическими, экологическими, ритмологическими, этологическими, клинико-антропометрическими подходами, а также позволили осветить некоторые вопросы патогенеза депрессий, ассоциированных со стрессом в связи с психонейроэндокринологией и психонейроиммунологией. Благодаря его научной деятельности в Томске и других городах Сибири, в Крыму основано клинико-антропологическое направление в медицине.

Н. А. Корнетов автор более 300 научных работ, включая более 10 книг, монографий и глоссариев, а также лекций по **клинической антропологии** в психиатрии, патентов, главы в руководстве для студентов и врачей, ряда методических рекомендаций.

Составитель и редактор многочисленных сборников научных трудов, член редакционной коллегии журнала «Бюллетень сибирской медицины».

Он стал одним из учредителей **Международной академии интегративной антропологии (МАИА)** и являлся членом Президиума ее правления, **организовал** вместе с соратниками **отделение клинической и психологической антропологии в Томске** и помогал организации других отделений в **Санкт-Петербурге, Виннице и филиалов в Перми, Симферополе, Минске, Бишкеке**. Член Нью-Йоркской академии наук, секции антропологии при президиуме Правления Всероссийского научного общества анатомов, гистологов и эмбриологов, Всемирной федерации психического здоровья, Международной ассоциации реформаторов в психиатрии, член-корр. ОАН республики Кыргызстан, вице-президент независимой научной ассоциации биомедицинских, клинических и спортивных антропологов, член правления Межрегионального сибирского медицинского фонда им. Д. Д. Яблокова.

Н. А. Корнетов показал себя незаурядным организатором и создал в 1991 г. в Томской области **Межведомственную неотложную антикризисную социально-психологическую (суицидологическую) службу**, которая доказала свою эффективность и стала моделью для организации аналогичных служб в городах Сибири, Дальнего Востока, республики Кыргызстан.

Николай Алексеевич был знатоком истории психиатрии, охотно делился своими знаниями с коллегами, особо ценной в этом отношении является его ра-

бота «Артур Кронфельд (к 50-летию со дня смерти)», опубликованная в Журнале невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова в 1991 году. В этом же году он дистанцировался от выпада против первого сборника НПА России «Пути обновления психиатрии» (1990) нескольких томских коллег. А в 2016 г. был активным участником XV съезда НПА России «Теоретические и философские основы психиатрии». Во многом мы постоянно шли параллельным курсом.

Все, кто его знал, отмечали принципиальность, и предельную требовательность, как к себе, так и другим. Его профессорские обходы и клинические разборы помнят несколько поколений психиатров, а свои клинические воззрения он неустанно передавал ученикам. Николай Алексеевич был носителем классической психиатрической школы, но всегда был открыт новациям и новым технологиям, применяющимся в медицине и психиатрии, в частности. Он считал, что соматическое и психическое здоровье представляют собой единое целое и много усилий тратил для организации дискуссионных площадок для врачей и исследователей различных специальностей.

Николай Алексеевич ушел, но оставил нам много идей и светлую память яркого, харизматичного, волевого человека и настоящего профессионала.

От Независимой психиатрической ассоциации России выражаем слова поддержки всем коллегам, родным и близким.

Ю. С. Савенко

Конференция с международным участием

БОЛЕЗНИ МОЗГА: ПРОБЛЕМЫ И РЕШЕНИЯ

Конференция проводится совместно с Европейским офисом ВОЗ по неинфекционным заболеваниям. В ней примут участие ведущие российские и зарубежные специалисты в области нейронаук Австралии, Австрии, Германии, Дании, Италии, Норвегии, Португалии, России, стран СНГ.

17-19 ноября 2021, онлайн

РЕКОМЕНДУЕМ

Валерий Абрамкин

РОМАНТИК ТЮРЬМЫ

Интервью и тексты, М., 2021

Сергей Адамович Ковалев (02.03.1930 – 09.08.2021)



Биофизик. Правозащитник, член Инициативной группы по защите прав человека в СССР, редактор «Хроники текущих событий». Политический и общественный деятель.

Родился на Украине, в г. Середина-Буда Сумской области, в семье железнодорожного служащего. В детстве и юности жил в рабочем поселке Подлипки под Москвой. В 1952 г. окончил биологический факультет МГУ, в 1955 — аспирантуру этого факультета. Кандидат биологических наук. Автор более 60 научных работ, занимался электрофизиологией миокардиальной ткани. В 1965–1969 гг. — старший научный сотрудник и руководитель отдела межфакультетской лаборатории математических методов в биологии (МГУ), один из ведущих специалистов лаборатории¹.

Неприятие советской идеологии и форм общественной жизни в СССР сформировалось у Ковалева еще в детстве. Это обстоятельство заставило его отказаться от мысли стать гуманитарием — юристом или историком — и выбрать карьеру ученого-естественника. Однако в 1948 г., когда он поступил в университет, началась эпоха безраздельного господства «лысенковщины» и положение в биологической науке оказалось не менее зависимым от идеологии, чем в гуманитарных дисциплинах.

Первое выступление Ковалева против учения Т. Д. Лысенко относится к 1956 г. — тогда он стал одним из авторов письма в деканат биологического факультета МГУ о необходимости коренной переработ-

ки университетских курсов генетики с тем, чтобы в них были отражены различные научные воззрения. Под давлением партийных и комсомольских функционеров большинство подписавшихся сняли свои имена; Ковалев был среди тех немногих, кто отказался это сделать. По-видимому, именно тогда он впервые попал в поле зрения КГБ (история с письмом полгода спустя всплыла в беседе с сотрудниками госбезопасности, которые пытались завербовать его в осведомители).

Импульсом к началу правозащитной деятельности Ковалева стало дело Синявского и Даниэля: не будучи в то время лично знаком с осужденными писателями, Ковалев организовал в Институте биофизики несколько писем в их защиту. В 1967–1968 гг. он подписал ряд коллективных протестов в связи со следствием и судебным процессом по «делу четырех». В октябре 1968 г., во время суда над участниками демонстрации 25 августа 1968 г. на Красной площади, познакомился с Петром Григоренко, Татьяной Великановой, Петром Якиром, Натальей Горбаневской, другими активистами складывающегося правозащитного движения, вошел в их круг.

В мае 1969 г. Ковалев, вместе со своим ближайшим другом и коллегой по МГУ Александром Лавутом, был включен в состав Инициативной группы по защите прав человека в СССР; его подпись стоит под большинством документов группы. С этого времени постоянно подвергался допросам и обыскам. Вскоре, как и Лавут, был вынужден уйти из МГУ; устроился на работу в Московскую рыбоводно-мелиоративную опытную станцию в должности старшего научного сотрудника.

¹ Лаборатория выдающегося математика и биолога Израила Моисеевича Гельфанда (1913–2009).

Поддерживал тесные связи с диссидентами Литвы и Грузии; с марта 1972 г., после начала выхода в свет «Хроники Литовской Католической Церкви», участвовал в передаче на Запад выпусков этого информационного бюллетеня. С сентября 1974 г. — член советской секции «Международной Амнистии».

С начала 1972 г. вошел в круг людей, готовящих выпуски «Хроники текущих событий» и вскоре принял на себя функции ведущего редактора. 28 декабря 1974 г., на завершающем этапе работы над 34 выпуском, был арестован по обвинению в «антисоветской пропаганде», а также хранение трех выпусков «Хроники Литовской Католической Церкви», что послужило предлогом для переноса следствия в Вильнюс, куда Ковалев был этапирован почти сразу после ареста. Его дело слушалось в Верховном суде Литовской ССР с 9 по 12 декабря 1975 г.. Ковалев не признал себя виновным, резко полемизировал с прокурором и судьей и на второй день процесса был удален из зала суда. Литовские диссиденты и приехавшие в Вильнюс московские правозащитники (в частности, Андрей Сахаров) в зал суда допущены не были. Приговор — 7 лет лагерей и 3 года ссылки.

Протесты против приговора, вынесенного Ковалеву, вылились в широкую международную кампанию. В СССР петицию «Свободу Сергею Ковалеву» (январь 1976) подписало 178 человек (цифра, необычно высокая для середины 1970-х); эту петицию поддерживали также политзаключенные пермских политических лагерей, Дубравлага и Владимирской тюрьмы. Арест и осуждение отца привели в правозащитное движение его сына Ивана Ковалева.

Срок отбывал заключения в пермских политических лагерях; в 1980 г. за участие в акциях лагерного сопротивления и «нарушения режима» переведен в Чистопольскую тюрьму. В 1982 – 1984 гг. отбывал ссылку в пос. Матросово Магаданской области, работал разнорабочим, затем лаборантом.

После освобождения поселился в Калинин (ныне Тверь). Спустя 12 лет в 1987 г. вернулся в Москву. Сразу же включился в общественную деятельность, активно участвовал в демократических инициативах: в создании пресс-клуба «Гласность» (1987 – 1989 гг.), организации и проведении Международного общественного семинара по гуманитарным проблемам (декабрь 1987 г.), с середины 1989 г. стал, по приглашению Сахарова, одним из сопредседателей Проектной группы по правам человека Международного фонда за выживание и развитие, вошел в состав возрожденной в 1989 г. Московской Хельсинкской группы. В январе 1989 г. на первом съезде общества «Мемориал» был избран в его правление, в декабре по настоятельной просьбе Сахарова, выдвинул свою кандидатуру на Съезд народных депутатов РСФСР. В марте 1990 г. стал народным депутатом. На I Съезде народных депутатов РСФСР (май – июнь 1990 г.) был избран членом Верховного Совета РСФСР и председателем Комитета ВС РСФСР по правам человека; примыкал к блоку «Демократическая Россия». В качестве председателя Комитета по правам человека во-

шел в состав Президиума Верховного Совета. Один из авторов Декларации прав и свобод человека и гражданина в России (принята Верховным Советом РСФСР 22 ноября 1991 г.), Закона от 18 октября 1991 г. «О реабилитации жертв политических репрессий», главы 2 Конституции РФ 1993 г. «Права и свободы человека и гражданина». По инициативе Ковалева в пенитенциарное законодательство были внесены поправки, защищающие права заключенных и улучшающие их положение. Один из организаторов Международного конгресса памяти А. Д. Сахарова «Мир, прогресс, права человека» (май 1991 г.).

В сентябре – октябре 1993 г. во время гражданско-го конфликта между Верховным Советом РФ и президентом Ельциным встал на сторону последнего и одобрил роспуск Съезда народных депутатов РФ, однако протестовал против действий милиции на улицах Москвы во время чрезвычайного положения. Указом Ельцина назначен председателем Комиссии по правам человека при президенте России.

Стал председателем движения «Выбор России», вошел в руководство созданной на базе этого движения партии «Демократический выбор России», а после самороспуска этой партии — в политическое объединение «Союз правых сил». В 1993, 1995 и 1999 гг. избирался депутатом Государственной Думы. Был членом российской делегации в Парламентской ассамблее Совета Европы.

В январе 1994 г. избран Госдумой на пост Уполномоченного по правам человека в РФ, введенный Конституцией 1993 г. Начал готовить закон «Об уполномоченном по правам человека в Российской Федерации» (принят в 1997 г., после ухода Ковалева с государственных постов).

Во время первой чеченской войны (1994 – 1996 гг.) Ковалев приобрел всероссийскую и всемирную известность как жесткий критик политики президента в «чеченском вопросе» и решения о применении военной силы против сепаратистов. Возглавил объединенную наблюдательную миссию общественных организаций в зоне вооруженного конфликта в Чечне. В марте 1995 г. смещен Думой с поста Уполномоченного по правам человека.

В июне 1995 г. был посредником на переговорах правительства России с террористами Шамиля Басаева, захватившими больницу в г. Буденновске (Ставропольский край). Вместе с другими членами наблюдательной миссии вошел в группу добровольных заложников, отдавших себя в руки террористов в обмен на освобождение больницы и в качестве гарантии выполнения достигнутых договоренностей.

В январе 1996 г. в знак протеста против продолжения войны сложил с себя полномочия председателя Комиссии по правам человека при президенте, после чего никогда больше не занимал никаких государственных должностей.

С начала 2000-х Ковалев — один из самых резких и непримиримых критиков внутренней и внешней политики президента Путина. В связи с поддержкой Путина Союзом правых сил вышел из этой партии

и перешел в партию «Яблоко», став членом ее политсовета. В 2003 г. вновь баллотировался в Государственную Думу по спискам «Яблока», однако депутатом не стал, так как партии не удалось преодолеть пятипроцентный барьер.

С 1992 г. — председатель Российского общества «Мемориал» — одного из подразделений Международного Мемориала. Президент Института прав человека — общественного экспертного центра, созданного после роспуска Проектной группы по правам человека.

Свои историко-политические воззрения опубликовал в работе «Прагматика политического идеализма» (1999 г.), в сборнике «Мир, страна, личность» (2000 г.) и на сайте Института прав человека.

Автор мемуаров «Полет белой вороны», вышедших в немецком переводе в 1997 г..

За деятельность по защите прав человека удостоен множества зарубежных и международных наград, среди которых: медаль «Памяти 13 января» (Литва,

1992 г.), премии Международной Лиги прав человека (1996 г.) и чешского фонда «Человек в беде» (1995 г.), Нюрнбергская премия по правам человека (1995 г.), премия по правам человека Норвежского Хельсинкского комитета (1996 г.), орден самопровозглашенной Чеченской республики Ичкерия «Рыцарь чести» (1996 г.), Большой командорский крест ордена Великого князя Литовского Гедиминаса (1999 г.), премии Кеннеди (2000 г.) и Улофа Пальме (2004 г.), французский орден Почетного легиона (2006 г.), премия «За свободу мысли» им. Андрея Сахарова (2009 г.), Большой крест польского ордена «За заслуги» (2009 г.), Премия Свободы (Литва, 2010 г.). Почетный доктор медицины Каунасской Академии медико-биологических наук (1993 г.), почетный доктор Эссекского университета в области прав человека (1996 г.). В середине 1990-х номинировался на Нобелевскую премию мира.

Николай Митрохин

* * *

Несмотря на краткость общения с Сергеем Адамовичем, начиная с первой встречи, когда он пригласил меня к себе домой, как раз во время получения им первого издания книги о процессе Андрея Синявского и Юлия Даниэля — это был 1989 г. — и до одной из последних правозащитных конференций с его участием, когда я успел спросить его совета в отношении некоторых деликатных вещей, это всегда было и остается живым переживанием соприкосновения с пронзительной, предельно честной, без всяких скидок, оценкой своих и чужих мнений, поступков и событий. Эта строгость суждений и четкость формулировок выдавала в нем учёного, который волей обстоятельств и, тем не менее, закономерным образом, как и математический логик А. С. Есенин-Вольпин, физики Ю. Ф. Орлов и А. В. Сахаров, и он, как биофизик, оказался среди зачинателей правозащитного движения, воочию показывая, что точная академическая наука не только конгруэнтна этике и праву, но содействует им.

Выразительной метафорой полной инородности существа прав человека и элементарной гуманности, внятной любому рядовому человеку, типу «силовики», стал телепоединок Сергея Адамовича с генералом Шамановым по делу полковника Юрия Буданова, в котором я был одним из его секундантов. Это было столкновение совершенно различных не только личностей, но также используемого «оружия» — лживых и установленных фактов, и преследуемых целей. Шаманов, стремясь «отмазать» Буданова, с мощным напором и самоубеждением без запинки врал (для него это же «военная хитрость») в отношении решающих деталей, не считаясь с зафиксированными в деле фактами. Сергей Адамович ответственным образом, раздумчиво подвергал их анализу. Аудитория телезрителей легко пошла на поводу эмоций и спортивного обозначения происходящего рингом, не помышляя ни

о правдивости, ни о соблюдении элементарных правил в уже тогда начавшуюся эпоху «постправды», «постистины», с ее презрительным: «а что есть истина?» и равнодушием к преступному убийству и изнасилованию 18-летней девушки из мирной семьи чеченского аула, расписываясь в том, что «нашим» все можно. Шулеров не терпят только в карточной игре.

В параллель этому высоконаучная добросовестность критической рефлексии Сергея Адамовича проявилась в его позиции в роли председательствующего на обсуждении школы-интерната В. Д. Столбуна для непутевых детей элиты. Зал, заполненный наполовину экспертами самого разного профиля, и наполовину родителями этих великовозрастных детей и некоторыми из них, резко поляризовался. Сергей Адамович не пошел на поводу научных экспертов и с научной точки зрения оказался прав. Эксперты оказались в плену стандартных догм и официально принятых установлений.²

Не принял он и первоначально распространенного мнения, что правозащитником может быть только юрист или пострадавший от несправедливой власти человек.

Неброский облик, сдержанный строгий стиль во всем, никаких внешних эффектов трибуна, харизматика и, тем не менее, независимо от знания о нем, значительность его личности выделяла его еще до его четкой неторопливой речи, зримо обнаруживая процесс формирования ясных стройных формулировок.

Самостоятельный критический взгляд на конкретные дела и обстоятельства с позиции приоритета прав человека, интеллектуальная честность во всем — таков завет личным примером этого незабываемого Человека, Сергея Адамовича Ковалева.

Ю. С. Савенко

РЕКОМЕНДАЦИИ

Бхагавад Гита. Перевод Бориса Гребенщикова. М., 2021.
Фондан Бенджамен. Встречи с Львом Шестовым. М., 2021.
Zettel. Л. Витгенштейн. М., 2020.
Бердяев Н. Этюды о Якобе Бёме. СПб., 2021.

* * *

Шюцц А., Парсонс Т. Теория социального действия. М., 2021.
Трахтенберг Джошуа. Дьявол и евреи. Средневековое представление о евреях и их связь с современным анти-семитизмом. Иерусалим-Москва. 2021.
Скрутон Роджел. Дураки, мошенники и поджигатели. Мыслители новых левых. М., 2021.
Браун Д. Б., Браун Д. М. В начале был гриб. Психоделические евангелия. Тайная история галлюциногенов в христианстве. М., 2021.
Юдин Григорий. Общественное мнение. СПб., 2020.
Фишхофер Барух, Кадвани Джон. Риск. М., 2021.
Гурный М. Великая война профессоров. Гуманитарные науки 1912 – 1923. СПб., 2021.
Зверев С. (ред.) Теория и практика западной военной психологии. СПб., 2021.

* * *

Петтигри Эндрю. Изобретение новостей. Как мир узнал о самом себе. М., 2021.
Полян Павел. «Если только буду жив...». 12 дневников военных лет. СПб., 2021 (дневники особиста, штрафника, коллаборанта, военнопленных, остарбайтеров, переживших оккупацию и узницы гетто).
Кром Михаил. Патриотизм или дым отечества. СПб., 2020.
Храм Христа Спасителя. (Фотохроника разрушения). Изд. Дома Руденцовых.

* * *

Нембринг Франко. Данте, который видел Бога. М., 2021.
Берковский Наум. Романтизм в Германии. М., 2021.
Козн-Левинас Даниэль. Как стих становится евреем. Целан и Деррида. СПб., 2020.

* * *

Майзульс М. Между Христом и Антихристом. «Поклонение волхвов» Иероним Босха. М., 2021.
Косенко Валерия. Босх. Жизнь и творчество. М., 2020.
Рабле Ф. Забавные сны Пангрюнэля. М., 2021.
Вольшлеггер Ханс. Другой материал. Фрагменты о Густаве Малере. СПб., 2021.

* * *

Достоевский Ф. М. Комические рассказы. М., 2020. (иллюстрир. издание)
Тракль Георг. Грезящий Гелиан. Избранные стихи. М., 2020.
Целан Пауль. Триумф пепла. 6 авторских книг. Пер. Марка Уральского. М., 2021.
Аполлинер Г. Конец Вавилона. СПб., 2021.
Канетти Элиас. Спасенный язык. История одного детства. М., 2021.
Гафт Валентин. Красные фонари. М., 2020.
Глуховский М. Рассказы о Родине. М., 2020.
Красный смех. Советские анекдоты 1920-х годов. М., 2021.

ABSTRACTS

Semiotics of mental and behavioral disorders (diagnostic and communication aspects)

V. I. Krylov (St.-Petersburg)

The article deals with the terminological problems of general psychopathology. The article analyzes the changes in terminology associated with the introduction of new approaches to the diagnosis and systematics of mental disorders. The problem of polysemy of psychiatric terminology is discussed.

Key words: semiotics, terminology, scope and content of the concept, polysemy.

World of Soviet psychiatry

Walter Reich

The text of Reich about his conversation with A. V. Snezhnevsky and M. E. Vartanyan in Moscow about sluggish schizophrenia is being reprinted. It has now acquired no less relevance than in the Soviet era. The social consequences of psychotic and non-psychotic forms remained virtually equally infringing on patients' rights.

Alexander Solomonovich Shmaryan and psychosurgery as an echo of the Pavlov session

The article is dedicated to the 120th anniversary of the main victim of the Pavlov session and the prohibition of psychosurgery, which actually persists to this day, despite its quite correct application from the very beginning.

Nina Pavlovna Tatarenko

The article is dedicated to the 120th anniversary of a prominent representative of the clinical and pathophysiological direction of Russian-Ukrainian psychiatry, who for 27 years headed the Department of Psychiatry at the Kharkov Medical Institute. She showed a worthy example

of behavior during the years of the pogrom Pavlov session.

Evacuation?.. Or involuntary hospitalization?

Yu. N. Argunova

The question of determining the moment of the beginning of involuntary hospitalization in a psychiatric hospital is considered. The author's position is substantiated, according to which a psychiatric emergency doctor, having determined the presence of signs of compliance of a person's condition with the criteria provided for by Article 29 of the Law on Psychiatric Care, decides not to evacuate a person to a psychiatric hospital, but to involuntarily hospitalize him/her, and then takes actions specifically on involuntary hospitalization. Examples from judicial practice are given.

Key words: involuntary hospitalization in a psychiatric hospital.

Revelations about the past, present and future of psychiatry

Yu. S. Savenko

The article is a forced response to the rude disinformation of the vice-president of the Russian Society of Psychiatrists and the General secretary of the WPA Peter Morozov in an interview for *Meditinskaya Gazeta* — the central publication of this kind in Russia

On the 60th anniversary of my professional activity and the 120th anniversary of my father, prof. S. N. Savenko, as its source and foundation

The editor-in-chief of the journal substantiates the position by his own example that our parents are often our main teachers as psychiatrists and psychotherapists.

«НЕЗАВИСИМЫЙ ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ»

Индекс для подписчиков: 73291

- 1991, I: Устав НПА — Антипсихиатрия сегодня — Индукция.
1992, I–II: О предмете советской психиатрии — Проблемы бреда — Доклад комиссии ВРА о визите в СССР в 1991 г.
1992, III–IV: Дело генерала Петра Григоренко.
1993, I–II: Интрацепция и ипохондрия — Проблема идентификации — Практика и техника психоанализа.
1993, III–IV: Взгляд на амер. психиатрию XX в. — Границы sch.
1994, I: Нелекарственная терапия психозов — Выбор приоритетов — Типология деперсонализации — Франц. законодат-во.
1994, II: О бреде — Феноменология меланхолии.
1994, III: Деят. НПА за 1989–1993 гг. — Ответствен. за незаконное стационарирование — Врач. тайна — О школе Столбуна.
1994, IV: Психоанализ в противоречиях — Биографический метод — Терапия смыслоутраты.
1995, I: Вялотек. sch. — О диагн. — Мит. Антоний о мед. этике.
1995, II: Об институциональной психотерапии — О границах психотерапии — Об этнопсихиатрии — Дело АУМ.
1995, III: DSM-IV — Бенедетти о психотерапии шизофрении — Психология свидетельских показаний.
1995, IV: Гематол. психоонкол. — Психохирургия — Представительство интересов психич. б-ных — VII съезд НПА и XII съезд РОП.
1996, I: Ясперс о бреде ревности (1) — Психиатрия и права человека — О мышлении по аналогии — Б-нь Гоголя.
1996, II: Ясперс (2) — Психиатрия и нейрофизиология — Психиатрия в Ш Рейхе/ГДР и СССР/России — Обращение в Думу.
1996, III: Ясперс (3) — Клинический разбор — Образ человека и мозг — Правовые казусы — О психоанализе.
1996, IV: Ясперс (4) — Конгресс в Мадриде — Психиатрия и религия — Памятка для пациентов об их правах.
1997, I: Интуиция в психиатрии — Новая парадигма. I — Спор.
1997, II: Предложения к Закону — Метод идеальных типов — Новая парадигма. II — Психиатрический ГУЛАГ.
1997, III: Сто лет психоанализа — Новая парадигма. III — Психиатрия и религия — Развитие испанск. психиатрии.
1997, IV: Гуссерль и Ясперс — Новая парадигма. IV — Юбилей Бехтерева — Патографии Ленина и Хрущева.
1998, I: Гуссерль и Ясперс — Новая парадигма. V — Законы о наркотиках — Экспертиза Бехтерева по делу Бейлиса.
1998, II: Деят. НПА в 1997 г. — Разв. психиатрич. помощи в России — Этич. стандарты в психиатрии — Детская психиатрия.
1998, III: Структура идентичности и психоз — О предмете социальной психиатрии — “Тирания психиатрии” и “тирания права” — Сорокин об ошибке русской интеллигенции.
1998, IV: Конц. психопатол. диатеза — Полемика о борьбе с наркоманиями — Психиатрия и религия — Курт Гольдштейн.
1999, I: Курт Шнайдер. Религиозная психопатология (1) — Психотерапия — Эксп. “Свид. Иеговы” — Басня о психотр. оружии.
1999, II: Шнайдер (2) — Социальная психиатрия — Психотерапия — Всероссийский семинар к 10-летию НПА.
1999, III: Шнайдер (3) — Тенд. рос. психиатрии — Экспертиза сайентологов — Психотер. sch. — Вера и культура.
1999, IV: Кризис современной психиатрии — ЭЭГ при молитве и голодании — Психиатрия и религия — Дело Платона Обухова — Этика экспертизы — Принуд. леч. огранич. вменяемых.
2000, I: Рильке — Об-ва родств. б-ных — Полемика — Проект Закона.
2000, II: Кассирер: Техника политических мифов — “Открытый диалог” — Экспертиза парасуицида — Корсаковская экспертиза — Дело Шмита (1) — Клинич. психотер. — Религия.
2000, III: Критика МКБ-10 — Психофармакология — Социальная и судебная психиатрия — Дело Шмита (2).
2000, IV: X-ый съезд НПА России: Проблема доверия — Обсессивный синдром — Опасные действия больных — Ганнушкин — Зейгарник — XIII съезд психиатров России.
2001, I: X съезд НПА России — проблема доверия — Дискуссия о судебно-наркологической экспертизе — Парадоксы невменяемости — Концепция “промывания мозгов” — фальшивка ЦРУ — Об экспертизах саентологов и иеговистов.
2001, II: Экзистенциальный анализ восприятия князя Мышкина — Психопатол. диатез — О психич. здоровье и состоят. эксп. — Экспансия идеологии на психич. здоровье.
2001, III: Крепелин — Нет — метадону — Признаки упадка психиатрии (1) — Эпическая терапия — Дело Столбуна.
2001, IV: Кронфельд — Психология в психиатрии — Признаки упадка отечественной психиатрии (2) — Положение психически больных в регионах России — Психиатрия и религия.
2002, I: Русский Пинель — Саблер — Кронфельд — Врачебная тайна — Письмо из Бутырок — Наркомания и генетика.
2002, II: Балинский — Кронфельд — Регуляция психиатр. помощи — Психиатрия катастроф — Эксп. Буданова — Доклад ВОЗ.
2002, III: Якобий — Кронфельд — Регуляция психиатр. помощи — Наркология — Экспертиза Буданова — XII конгресс ВРА.
2002, IV: Роршах — Пленарные лекции конгресса ВРА — Судебно-психиатр. экспертиза и новый ГПК — Иск к Библии — О гипнозе — Съезд психотерапевтов.
2003, I: Н. Гартман — Эксп. Буданова 3 — Пресса и психич. здоровье.
2003, II: Рохлин — Фрумкин — О предмете психиатрии — Мониторинг ПБ России 1 — Феноменология депр.
2003, III: Ясперс — Ануфриев — Критика поправок закона — Эксп. Буданова 4 — Аутистич. мышл. — Фуко.
2003, IV: Штернберг — Есенин-Вольпин — Дело Ракевич — Демедицинизация — Эксп. оценка психич. ретардации.
2004, I: Снежневский — Псих. инфантилизм — Мониторинг ПБ — СПЭ.
2004, II: 15-летие НПА России — Патогенез энд. депр. — СПЭ — Что такое “контроль сознания”?
2004, III: Розенштейн — Мониторинг ПБ — Отрав. психоакт. в-вами — Кризис психиатрии — Новая редакция закона.
2004, IV: Корсаков — Шизофрения — О реформе психиатрической помощи — “Обезьяний процесс” — Тюремная медицина.
2005, I: Кандинский — Наркополитика — Множественная личность — Интервью Ясперса — Восп. об акад. Харитоне.
2005, II: Папа Иоанн Павел II — Конфликт интересов — “Обоснование” упразднения негосуд. СПЭ — Устав НПА.
2005, III: II мировая война — Расстройства памяти — О Ясперсе.
2005, IV: 15 лет НПЖ — Диагностич. системы — Лат. формы антипс. — Рекур. sch. — Съезды ВПА и РОП — О Ясперсе.
2006, I: Крамер, Снесарев — Феноменологич. подход — Главн. пробл. психопатологии — Вклад феноменол. — Заместит. тер. — Литвак.
2006, II: Крепелин, Фрейд — Факты и ценности в псих. д-зе — Европейский план действий по охране психического здоровья.
2006, III: Уничт. пс. больных — Бассин — Фуко — Суд. пс. — О Ясперсе.
2006, IV: Розанов — Лопес Ибор — Р-во критики — 38 ст. — Права б-х по жилищ. зак-ву — Реформы — Группы поддержки.
2007, I: Кронфельд — Р-во критики — Периодич. болезнь — Установление инвалидности — Розанов 2 — Якобий.
2007, II: XII съезд НПА — Концепция бреда — Аутоперсонамнезия — Политизация эксп. — Р-во критики 2 — Кронфельд.
2007, III: Шпет — 15 лет Закону — Меzziх — Реформа пс. службы — Дело Арап и Поповой — Практика Верховного Суда.
2007, IV: 150-летия Бехтерева, Баженова, Яковенко — Соц. опасность — Место культуры в суд. психиатрии — Алекситимия — Кризисы развития — Суициды в армии — Дело Новикова.
2008, I: Реформа пс. помощи — Общ. опасность — Законопроект НПА — Политика в пс.
2008, II: 200 лет ПБ № 3 — Ревизия пс. категорий — Реформа — Леч. наркоманов — Опек недееспособных.
2008, III: Навстречу МКБ-11 — Бред и мономания — Опек недееспособных 2 — 2 обезьяний процесс.
2008, IV: Эксп. Сербского по делу Бейлиса — Феноменол. описание — Бред и сверцен. идеи — Нац. руководство — Аутоперсонамнезия.
2009, I: 20 лет НПА — О состязательной экспертизе — Шизотипическое р-во и алк. — Игромания.
2009, II: Письмо Президенту — Брентано — Штумпф — Гуссерль — Майер-Гросс — Переживание счастья — Симптомы, феномены, синдромы — Воспоминания Фейгенберга.
2009, III: Аставацатуров — Гуревич — Гольдштейн — С экстаза — Груле 1 — О депр. — Горбаневская — Гоголь — О независ. эксп.
2009, IV: Гете — Жислин — Детенгоф — Кризис психиатрии — Наукометрия — Акинезия — Груле 2.
2010, I: Освенцим — Угроза психиатрии? — Груле 3 — Дух, душа, тело — В. Анфимов — Б. М. Сегал.
2010, II: Балинский — Мержеевский — МКБ-11 — Алкогольная ситуация в России — Груле 4.
2010, III: Чехов — Право и этика в рос. психиатрии за 20 лет — Паранойальность — Обсессивный синдром — Берце: психология шизофрении 1.
2010, IV: Пирогов — XIII съезд НПА — Антипсихиатрия — О добросовестности иссл. — Берце 2.
2011, I: Мандельштам и ГИЦ им. Сербского — Ануфриев — Кризис научн. рациональности — Берце 3.
2011, II: Дело Бейлиса — Антипсихиатрия — Против унит. концепции депрессии — Берце 4 — Реформа ин-та недееспособности.
2011, III: Павловская сессия — Ипохондрия. р-ва — Алк. галлюцинозы — Игромания — Берце 5 — Я. Анфимов — Об Иосифе Бродском — Содействие полиции врачам-психиатрам.
2011, IV: 20 лет НПЖ — Шизофазия — Якоб Клези 1 — Зиновьев — Ф. Случевский — В. Хлебников.
2012, I: Дело врачей — Резидуальная sch — Купирование алк. абстиненции — Игромания — Клези 2 — Душевнобольной в церкви и обществе — Права недееспособного пациента.
2012, II: IX том Бумке — Шизофрения — Майер-Гросс — Резидуальная sch — Зоотерапия — Независимость эксперта.

- 2012, III: А. Н. Бернштейн — Введение в общую психопатологию — Пространство и время — Клези — Ответ Петру Морозову.
- 2012, IV: 20 лет закону о псих.помощи — Депрессии — Субъективно-избыточные эмоц.реакции — Дело с Болотной площади — Опыт псих. помощи в соматич. б-це — Представитель пац-та.
- 2013, I: Ясперс: Вопрос виновности. — Критика стандартов и экспансии индукт. подхода. — Ценностная система пс. б-ных. — В ПНИ.
- 2013, II: Бухановский. — Понимание доказательной медицины. — Рюмке о психотерапии. — “Контроль сознания”. — Ануфриев. — В коридорах власти. — Трагедия в Раменском.
- 2013, III: Голодомор. — Дело Брейвика и “русский Брейвик”. — Кронфельд. — Давыдовский. — Спортивная психиатрия. — История отеч. психиатрии. — В интернатах.
- 2013, IV: 25 лет НПА. — Доказат. медицина в психиатрии. — Межполушарная асимметрия. — Аутизм. — Магаданский процесс. — Баженов: Русская революция. — Дело М. Косенко.
- 2014, I: 25 лет НПА. Резолюция XIV съезда. — Аутизм. — Стигма. — Политика психич. здоровья. — Амб.тер.творч.самовыражения. — Европ. суд об условиях содержания больных. — Дело М. Косенко. — Выхощивание общ. контроля.
- 2014, II: I и II мировая война. — Исходы sch. — Эпидемиология и пс. помощь в Германии. — XIX Консторумские чтения. О свободе воли. — Диссиденты 1911 г. — Клерамбо. — Слияние институтов.
- 2014, III: Профил. направл. в отеч. пс. О доказат. медицине. Свобода воли в пс. Преодоление sch. шизофрении. Врачебная Конституция. Врачебная тайна. Антипсихиатрия. Наукометрия. Диссидентство. Правовые семинары НПА.
- 2014, IV: 25 лет членства НПА в WPA. 25 лет борьбы за независ. суд-пс. эксп. Психическое-соматическое. Границы прав прокурора на мед. тайну. Новое в реализации дееспособности. О конформизме. Отгн.к ЭСТ. Детский аутизм (обзор). Очернение Сербского. Рос.-Укр. связи. XVI съезд WPA.
- 2015, I: Война или здоровье? Отеч.пс. в эпоху упадка. Кречмер: проблема обязат. учебн.анализа. XX Консторумск. чтения. Скорая пс.помощь. О конформном поведении.
- 2015, II: “Критика психосоматики” Вайтбрехта. Написание ист.-б-ни. Методовые программы — позиция России. “Норма” в психиатрии. Цинизм экспертов. Против реформы Кассо. Ошибка Википедии. Европ.конгресс пс. Добросовестн. в науке. Съезд Нац.мед. палаты. Условие успешн.реформы здр. Всерос. конф.
- 2015, III: Конрад. Франкл. Психич.здоровье. Куда движется пс.? Профилактику и реабилит. в наркологии возглавит полиц. ведомство. Новое в недобров. госпитализац. Соц.психиатрия. Лев Тарасевич.
- 2015, IV: Шарко. Эй. Новый метод иссл.смешанных сост. Новые тенд.в наркологии. Реформа изнутри. Беспольное иссл. Революция 1905 г. XVI съезд пс. России.
- 2016, I: Чаадаев — Полликановские семинары. — Выготский. — Педофилия. — Дело Олеси Садовской. — Феномен воплощенного присутствия. — Границы психотерапии I. — Яковенко и революция.
- 2016, II: Монография Шумского. — Анализ ошибок. — Бонхеффер. — Шаблон вместо индивидуализации и в СПЭ. — Границы психотерапии II. — Феномен страдания. — Филологич. аналогии. — Европ. Конгресс. — Внуков. — Полиграф.
- 2016, III: Геноцид армян. — Крепелин о регистрах. — Диск. заметки о совр. психиатрии. — Можно ли исчерпать психопатологию? — Хронобиология депрессий на Севере. — Психиатр в субарктич. усл. — психиатрия в политич. целях. — На поводе следователя. — Этика права и права человека. — Откр. письма. — Конф. памяти Бухановского.
- 2016, IV: 25 лет НПЖ — XV съезд НПА: Деят. в 2014 – 16 гг. — Теоретич. и филос. основы психиатрии. — Опыт изуч. Ясперса. — Кронфельд. — Уменьш. вмещаемость в Беларуси. — ПТСР как опроверж. “ложного диагноза”. — Незаконный перевод в ПНИ. — Психотерапия. — Письмо Баженова.
- 2017, I: Реформа психиатрии. — Резолюция XV съезда НПА. — Рюмке. — Конгресс ЕАИП. — Коморбидность. — Консторумские чтения.
- 2017, II: 1937. — Клерикализ. наркологии. — СПб и Моск. школы. — Персонализиров. медицина. — Бредовой нарратив.
- 2017, III: 25 лет Закону о псих.помощи. — Уник. дневник I. — Общ. опасность по-советски. — Каган о психотер. — Психотер. при авторитарном управлении.
- 2017, IV: Психиатрия за 100 лет. — Уник.дневник II. — Шнайдер. — Роль священника и пс/тер. — Каган о пс/тер. II. — Конгресс ВПА.
- 2018, I: Предмет суд.псих. — Три лика псих. — Курт Шнайдер. — Конгресс WPA. — Тонконогий. — Гурович.
- 2018, II: К. Левин. — Математика. — 3 лика псих. — Эротомания. — Рюмке — ст. 435 УПК РФ. — Конгр. ВПА (обзор). — Этич.ком. РОП. — Г. Серебрякова. — Коморбидн. — Бялик. — Франко.
- 2018, III: Адлер. — Биопсихосоц. модель. — Теория слоев. — Отгн. к старости. — Рюмке. — Недобров.госпит. по иску прокурора. — Психол. помощь б-ным с религ.перезжив.
- 2018, IV: Воробьев. — Маслоу. — Профилактич.псих. — Психич.здоровье. — Тр-фоб.р-ва. — Рюмке. — Фальсификация в Омске. — Соц.психопатология. — Ист.отеч.психогигиены. — Семашко. — Л. М. Алексеева.
- 2019, I: 30 лет НПА России. — Психиатрич.образование. — Психич.здоровье. — Интернаты и суицид. — Рюмке. — Обжалов.физич.стеснения. — Право быть иным. — Констор.чтения. — Оптимизация. — Котиков.
- 2019, II: 100 лет экзистенциализма. — “Психология мировоззрений” Ясперса. — 15 лет оптимизации. — Конвейерный перевод в ПНИ. — “Молодой хроник”. — СПЭ “умствен. отсталости”. — Психиатрич.подгот. в ЕС (обзор). — Констор.чт. — Тиганов. — Евтушенко.
- 2019, III: Эфроимсон. — К теории психиатрии. 1- Интердисциплинар. — Патокинез аф.опиоманов. — Федермессер о ПНИ. — Кризис пс. — Ист.пс. — Солдафонский стиль. — Пс/тер. Пьесы. — Либерман.
- 2019, IV: Сеченов. — Шпет. — Педология. — С. Л. Рубинштейн. — К теории пс. 2. — Первичн.мед.пом. и пс. — Суицидология. — Оспаривание пс.д-за. — Европ.комитет против пыток. 1. — Обращк презид.о реформе ПНИ. — Рибо. — Бергсон. — Жанэ. — Права недееспос. — Якутский шаман. — Пс. в лит-ре. — Букковский.
- 2020, I: Гештальт-школа. — К теории пс. 3. — Чел.достоинство. — Бупропион (обзор). — Обжалование дисп.набл. — Констор.чт. — Европ.ком.против пыток. 2. — Устинов. — Витковский.
- 2020, II: Рыбаков — 100 лет Моск. НИИП — Неомрачаемость — К теории пс. 4 — Леч.деменции — Гендерная дисфория — Шаман — Гений места — Чрезвычайщина — Переименов.sch — Воробьев — Мохнаткин
- 2020, III: Конц. Крепелина и Кронфельда — К теории пс. 5 — Синдром двойников — Шаман — Лингв. эксп. Дело Дмитриева — Неомрачаемость при маниак. — Гений места 2 — Ист.отеч.псих. — Переименования в пс. — Интервью Воробьева — Восп. Пивеня — Коронавирус в США
- 2020, IV: Джагаров — 100 лет Центру Сербского — Р-во Я при sch — К теории пс. 6 — Пс. и искусство — Деньги и власть в пси.-культуре — О неомрачаемости — 15 лет упразднения негосуд. СПЭ — 2 волна исп.пс.? — Эпидемия ПТСР в Беларуси — Блейлер — Восп. Пивеня 2 — WPA — 100 лет Моск. НИИП — Семинары НПА — Стихи Кестнера — Ю. Орлов — В. Шкловский
- 2021, I: В. В. Ковалев. — За независимость от МЗ. — 30 лет НПЖ. — Мораль пс. XXI в. — К теории пс. 7. — Пс. COVID-19. — Шаман 3. — Гений места 3. — Блейлер 2. — Деят. НПА. — Дудко. — Мазина. — Шмилович.
- 2021, II: А. Сахаров. — 30 лет «Феникса». — XVII съезд пс. России. — Конгр. WPA в СПб. — ICD-11. — Коморбидность. — Констор.чтения 1. — Игнорир. НПА. — Деят. НПА.
- 2021, III: Шмарьян и психохир. — Татаренко. — Семиотика пс. — Советская пс. — Шаман 4. — Констор. чтения 2. — Запрет лейкотоми. — Интервью П. Морозова. — Восп. гл. ред. — Н. А. Корнетов. — С. А. Ковалев.

Материалы для публикации присылать по адресу:

125581, Москва, ул. Ляпидевского, д. 18, кв. 41, Ю. С. Савенко; E-mail: info@npar.ru

Статьи следует сопровождать резюме для перевода на английский язык

Телефон редакции (495) 625-0620

Адрес для корреспонденции: 101000, Москва, Лучников пер., 4.

Российский исследовательский центр по правам человека. НПА России