

ISSN 1028-8554

НЕЗАВИСИМАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ АССОЦИАЦИЯ РОССИИ
INDEPENDENT PSYCHIATRIC ASSOCIATION OF RUSSIA

**НЕЗАВИСИМЫЙ
ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ**

**INDEPENDENT
PSYCHIATRIC
JOURNAL**

**ВЕСТНИК НПА
IPA HERALD**

IV

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-rf.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**

IV

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 01.12.2021. Подписано в печать 20.12.2021. Формат 60×84 $\frac{1}{8}$.
Бумага типографская офсет № 1. Гарнитура “Таймс”. Печать офсетная.
Заказ № 2021-4-IPA.

Цена свободная

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

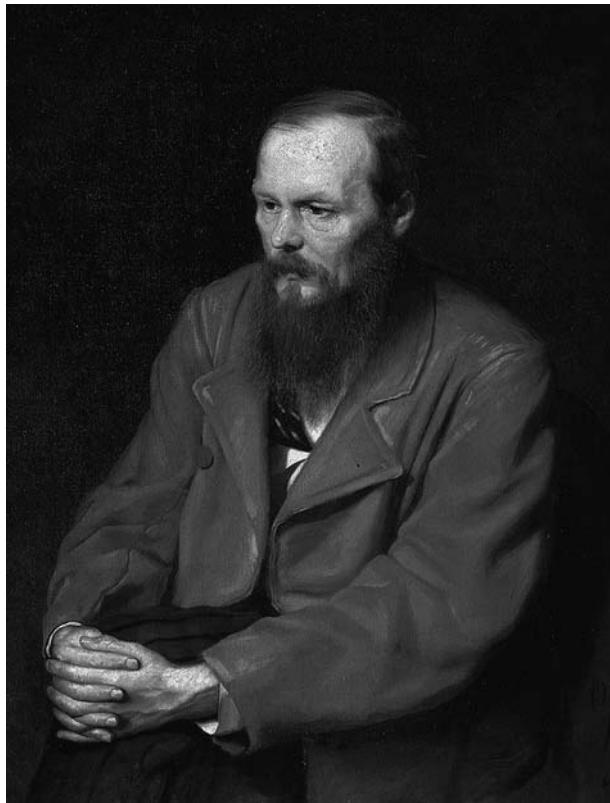
СОДЕРЖАНИЕ

200-летие Федора Михайловича Достоевского	5
150-летие Вильяма Штерна	7
К 130-летию Груни Ефимовны Сухаревой	9
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ	
МКБ-11 — инструкция по уничтожению медицинской специальности «психиатрия» —	
А. А. Шмилович	16
Лексикон современной клинической психиатрии (синонимы, антонимы, полисемия терминологии) — В. И. Крылов	19
К теории психиатрии. Идя вперед, нужно постоянно оглядываться назад. Часть 8 —	
Ю. С. Савенко	25
Еще раз о негативном влиянии на психическое здоровье непрекращающегося потока насилия, жестокости и агрессии на телевизорах — Ю. И. Полищук	29
ИЗ КЛАССИЧЕСКОГО НАСЛЕДИЯ	
Ф. М. Достоевский. «Мальчики». Из романа «Братья Карамазовы»	31
КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ	
Острый делирий на почве ковида и антиковидной терапии — А. А. Шмилович, Д. Н. Сосин . . .	37
ПСИХИАТРИЯ И ПРАВО	
Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, родственникам умершего пациента — Ю. Н. Аргунова	51
ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА	
Громкий прецедент сомнительности врачебной ошибки	57
ОТКЛИКИ, ОБСУЖДЕНИЯ	
70-летие «научной» сессии 1951 г.	63
Реакция на дебаты об эвтаназии в РОП — Ю. С. Савенко	63
Два отклика на дело «пермского стрелка» — С. А. Игумнов, И. М. Беккер	65
О журнале «ДОШ»	68
ДОКУМЕНТЫ ВРЕМЕНИ	
Последнее слово Леонарда Терновского (1980)	69
Мошенники (2005) — Валерий Абрамкин	70
ИЗ ПРАКТИКИ	
Оказывается, так можно. Психиатрическая больница в Дворянском — Л. Н. Виноградова . . .	75
ИСТОРИЯ	
80-летие Бабьего Яра	79
ВОСПОМИНАНИЯ	
К 60-летию моей профессиональной деятельности (ч. 2) — Ю. С. Савенко	81
ХРОНИКА	
Нобелевская премия по физиологии и медицине	87
Трансформация Национальной медицинской палаты	87
Рост запроса на честную информацию	90
«Лже-Габышев первый»	91
ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ТВОРЧЕСТВО	
Преображение Петра Белова. Рисунки: Беломорканал, Песочные часы, Мейерхольд, Комендант особой ложи	92
Наум Коржавин. Два стихотворения	95
НЕКРОЛОГИ	
Наталья Дмитриевна Букреева	96
Владимир Николаевич Козырев	97
РЕКОМЕНДАЦИИ	99
АННОТАЦИИ	100

CONTENT

200th anniversary of Fyodor Mikhailovich Dostoevsky	5
150th anniversary of William Stern	7
To the 130th anniversary of Grunya Efimovna Sukhareva	9
URGENT PROBLEMS OF PSYCHIATRY	
ICD-11 — instruction for destruction of medical specialty «Psychiatry» — A. A. Shmilovich	16
Lexicon of modern clinical psychiatry (synonyms, anthonyms, polysemy of terminologies) — V. I. Krylov	19
To the theory of psychiatry. Going forward, you need to constantly look back. Part 8 — Yu. S. Savenko	25
Once again about the negative influence on mental health of the continuous flow of violence, cruelty and aggression on TV screens — Yu. I. Polischuk	29
FROM CLASSIC HERITAGE	
F. M. Dostoevsky. Boys. From the novel «The Brothers Karamazov»	31
DISCUSSION OF A CLINICAL CASE	
Acute delirium due to covid and anticovid therapy — A. A. Shmilovich, D. N. Sosin	37
PSYCHIATRY AND LAW	
Providing information constituting a medical secret to the relatives of a deceased patient — Yu. N. Argunova	51
FROM THE EXPERT'S DOSSIER	
Loud precedent of doubtful medical error	57
REVIEWS, DISCUSSIONS	
70th anniversary of the «scientific» session 1951	63
Reaction to the debate about euthanasia in the RSP — Y. S. Savenko	63
Two responses to the case of the «Perm shooter» — S. A. Igumnov, I. M. Bekker	65
About the magazine «DOSH»	68
DOCUMENTS OF EPOCH	
The last word of Leonard Ternovsky (1980)	69
Fraudsters (2005) — Valery Abramkin (2005)	70
FROM PRACTICE	
It turns out that you can. Psychiatric hospital in Dvoryanskoe	75
HISTORY	
80th anniversary of Babi Yar	79
MEMORIES	
To the 60th anniversary of my professional activity (part 2) — Yu. S. Savenko	81
CHRONICLE	
Nobel Prize in Physiology and Medicine	87
Transformation of the National Medical Chamber	87
The growth of the demand for honest information	90
«Pseudo-Gabyshev I-st»	91
PSYCHOPATOLOGY AND CREATIVITY	
The transformation of Peter Belov. Drawings: Belomorkanal, Hourglass, Meyerhold, Commandant of a special lodge	92
Naum Korzhavin. Two poems	95
OBITUARIES	
Natalia Dmitrievna Bukreeva	96
Vladimir Nikolaevich Kozyrev	97
RECOMMENDATIONS	99
ABSTRACTS	100

200-летие Федора Михайловича Достоевского



Федор Достоевский, как никто из наших писателей кроме Льва Толстого, так не повлиял на мировую культуру, и он потрясает всех до сих пор.

Достоевский — поистине вершина постановки самых мучительных экзистенциальных вопросов жизни и смерти, экстатических духовных взлетов и самых низких отвратительных падений в смердяковщину «человека из подполья», упивающегося своей мерзостью. Редкостная по накалу и метаниям — как вся его жизнь и творчество — проблематика, с доведением всего до последнего предела, могла бы, — казалось, — оттолкнуть, но она притягивает и затягивает в омут неразрешимых конкретных жизненных ситуаций. Это опасное чтение. Не случайно его запрещала советская школьная программа, про клинал Максим Горький.

Но какая глупость лакировать гения в его собственной стихии и судьбе. Что ему уровень плоского понимания и критики? Чтобы понять его, надо брать его целиком.

Поэтому, — вопреки юбилейным шаблонам, — которые как любые шаблоны только уродуют,

снижают и омертвичают прошлое, мы еще и еще раз повторим: настоящее критическое мышление углубляет и обогащает, открывая новые горизонты.

Никто не сказал более сильных слов о Дон Кихоте.

Никто не заслужил такого признания — самого проникновенного и самого самобесpoщадного описания потемок собственной души.

Его писательская палитра и вызываемые им чувства беспредельны. Он задолго до экспрессионистских и сюрреалистических¹ опытов пре-взошел их глубиной смысла без пышности внешних барочных эффектов, он готик.

Но восторг не означает согласия. Он — об уровне, что важнее направленности. А это подымет и оппонента. Восполнить этот пробел

¹ Именно рассказ Достоевского «Крокодил», где городовой, проглашенный крокодилом, не захотел из него выходить — там «уютнее», дал название советскому сатирическому журналу «Крокодил»», который был нередко явным оксюмороном, настоящим сверхреализмом.

в юбилейном хоре позволяют работы выдающегося ученого-энциклопедиста Алексея Алексеевича Борового (1875 – 1935) о философии Достоевского и «Достоевский — реакционер. Достоевский и правительственные круги 1870-х годов. Письма консерваторов к Достоевскому» (М., 2015) знатока творчества Достоевского Леонида Петровича Гроссмана (1888 – 1965), составителя первой летописи жизни и творчества Достоевского и многих других работ о нем. Драматичен контрастный перелом Достоевского после катарги, от юного увлечения социальными утопиями в кружке Петрашевского к принятию монархизма. Он делается другом и идеяным соратником будущего обер-прокурора Синода, члена Государственного Совета К. Победоносцева, преподававшего право будущим императорам Александру III и Николаю II, и становится к концу 70-х годов вице-президентом Славянского благотворительного общества, противопоставлявшего русскую государственность и церковность западным институциям, которые для Победоносцева и этого общества — «жидовские», что синонимично у них «либеральному», «прогрессивному», «левому». — Так «певец униженных и оскорблённых» стал вращаться в великосветском обществе, что «скрывал от своей исконной литературной среды».

Только Лермонтов, Лесков и Короленко были вне этнических предрассудков. А у нас до сих пор еще осталось — на положительные роли красавчиков подбирать. «Но «Бесы» писались в эпоху Парижской коммуны, а «Братья Карамазовы» создавались в накаленной атмосфере народовольческого наступления...».

Его будто бы языковая небрежность сродни художнической небрежности² библейских работ Николая Ге, которые потрясают чем-то большим, чем литературным сюжетом, а особо найденной формой его подачи, вызывающей нестандартный резонанс, который сделала своим предметом иконография.

Вместо однозначно определённого соло комплиментарно особой «тайновинной русской души», «русского духа», «русской идеи» он пред-

ставил ее живым многоголосием семьи Карамазовых — четырех братьев и отца, а еще Грушеньки и Настасьи Филипповны. — Какой прорыв закрытых границ традиционных рамок и устремлений.

Непревзойденный психолог, учитель Фридриха Ницше с его рессентиментом и «волей к власти», ежегодно перечитываемый У. Фолкнером, он, с его «Подростком», «Игроком», «Двойником», «Преступлением и наказанием», «Идиотом» и Карамазовыми как никто другой, пронзительно показал, что основным (вопреки всем искусственным аналитизмам) является человеческое достоинство — амбиции «маленького человека», а в нашей теперешней действительности и «самого большого» человека.

А какую неисчерпаемую глубину и простор для утонченных феноменологических разграничений открывают его произведения для психиатра³. Важно помнить его собственное объяснение. «Подполья, подполья, поэт подполья, фельетонисты повторяли это как нечто уничижительное для меня. Дурачки, это моя слава, ибо тут правда. Причина подполья — уничтожение веры в общие правила. «Нет ничего святого»» (1875).

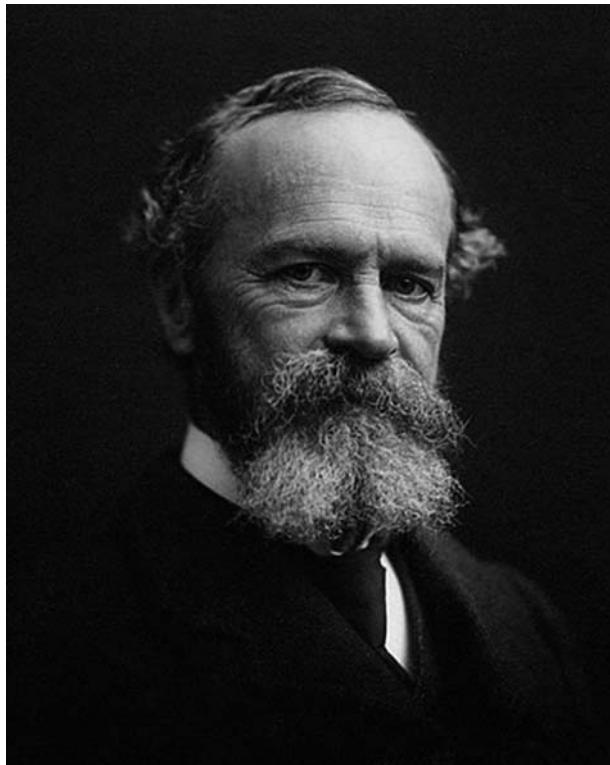
То, что у Достоевского — в подполье его души, то, чем он мучится, что у него — в экстатической взрывчатости на постоянно натянутой как струна, напряженной, сейсмически опасной почве, вышло из подполья с рубежа еще предыдущих веков в виде смердяковщины В. В. Розанова, чарующей интимной интонацией его сладострастной откровенности. Эти, прежде презираемые, — грубая наглость силы и вызывающее прозрачный обман — уже более четверти века определяют нашу реальность. Этот тектонический сдвиг духовности от Владимира Соловьева к Василию Розанову настолько очевиден, настолько бьет в глаза, что законодательно запрещено сравнивать черносотенство с нацизмом, словно слова могут надолго подменить действительность.

Ю. С.

² По выражению А. Н. Бенуа и по контрасту с языком непереносимого Достоевским мастера языка Тургенева, его женственно-русской всеотзвукчивости или «бабьего», согласно Н. Бердяеву.

³ Альфред Краус. Эпилептическая «конституция вот-бытия» восприятия князя Мышкина в его пространственности и временности. «Независимый психиатрический журнал», 2001, 2, 5 – 9. Об этом и графический портрет работы Юрия Могилевского в офисе НПА, наряду с портретами В. Х. Кандинского и Карла Ясперса.

150-летие Вильяма Штерна (Stern) (1871 – 1938)

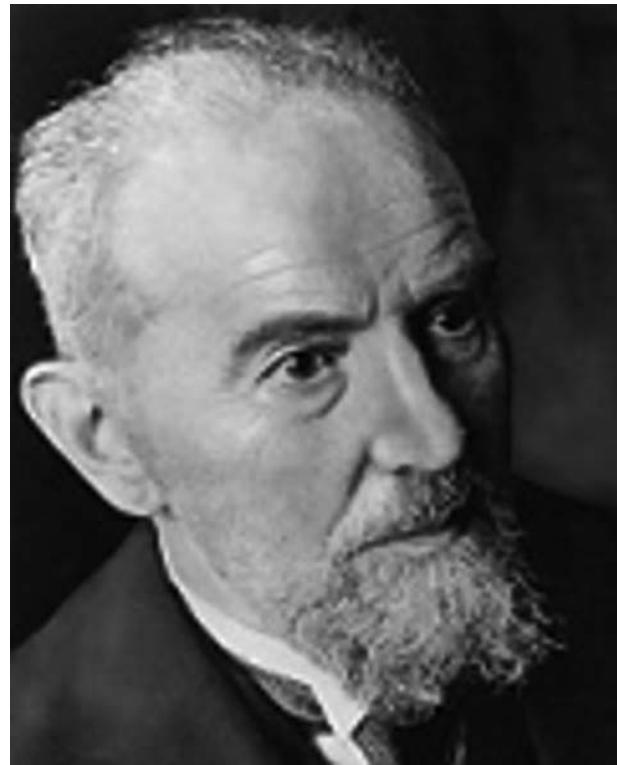


«Нет гештальта без личности его производящей»
«Сама психология — только часть персонализма»

Вильям Штерн

Вильям Штерн — выдающийся немецкий психолог и философ, основатель философской системы **критического персонализма**, персоналистской психологии и европейской психотехники, один из пионеров дифференциальной, детской, педагогической и юридической психологии (достоверности свидетельских показаний).

Внук педагога и одного из основателей реформистского иудаизма в Берлине. «Учился в Берлинском университете у Г. Эббингауза. Докторская диссертация «Аналогия в народном мышлении» (1893). Преподавал с 1897 г. в Бреслау (профессор с 1907). Основал в Берлине институт прикладной психологии и был соиздателем «Журнала прикладной психологии» (1907 – 1933), где, вслед за Г. Мюнстербергом, развивал концепцию психотехники. В 1916 – 1933 гг. возглавлял институт психологии Гамбургского университета и одновременно издавал «Журнал по педагогической психологии». В 1931 г. — президент немецкого психологического общества. В 1933, спасаясь от нацистов, эмигрировал в Нидерланды, а затем в США, где в 1934 – 1938 гг. — профессор Дьюкского ун-та (Северная Каролина).



Разрабатывая **теорию персонализма**, Ш. занимался изучением целостной личности, закономерностей ее формирования, исследованием этапов развития мышления и речи. В своей трехтомной работе «Личность и вещь» (1906 – 1924) центральное значение придал целенаправленности, определяющей движение сознания содержаниями представлений («интенциональное отношение»). Трактовал личность как самоопределяющуюся, сознательно и целенаправленно действующую целостность, обладающую определенной глубиной (сознательным и бессознательным слоями). Ввел понятия (1935) «мир личности» (gelebten Welt) в котором человек действительно существует, в отличие от «мира опыта» (erlebten Welt) и «объективного мира» (objectiven Welt). Выступал за интеграцию естественных и гуманитарных наук. Вместо признания психофизического единства Штерн выдвинул **принцип психофизической нейтральности**: личность и ее акты не могут быть отнесены ни к психическим, ни к физическим образованиям, она охватывает их на всех ступенях развития.

Еще в 1897 г. ввел понятие «психическое время презентности» и показал, что недооценка маленьких и переоценка больших промежутков времени в возрасте от 7 до 19 лет значительно больше, чем у взрослых, а в Бреслау Ш. изобрел

прибор для исследований чувственного восприятия — тонвариатор. Ш. выступил против господствовавшей в то время гипотезы о прямом соответствии между стимулом и реакцией, и его научный подход предвосхитил методы гештальт-психологии, выдвинувшей принцип целостности как основы исследования психических явлений.

Особую известность в психологии получили работы Ш., посвященные **психическому развитию ребенка**. С 1900 г. вместе с женой-психологом Кларой Жозефи (1878 – 1945) начал описывать развитие своих трех детей. Они выяснили, что ребенок в возрасте полутора лет делает величайшее открытие — каждая вещь имеет свое название, а каждое слово — свое значение. Это его первая общая мысль («О психологии раннего детства», 1914). Ш. исходил из того, что психическое развитие — это **саморазвитие, саморазвертывание** имеющихся у ребенка задатков, которое направляется и **определяется той средой**, в которой он живет. Эта теория получила название «**теории конвергенции**» двух факторов — наследственности и среды. Психическое развитие, по мнению Ш., имеет тенденцию не только к саморазвитию, но и к **самосохранению**, прежде всего сохранению **индивидуального темпа развития**. Теоретические взгляды Ш. нашли свое выражение и в исследовании психологических закономерностей детской игры. Опираясь на работы К. Гросса, он развивал подход к игре как «инстинктивному самообразованию развивающихся задатков, бессознательному предварительному упражнению будущих серьезных функций». Разделил содержание и форму детской игры. Описал виды ранней детской игры: конструктивные, разрушительные, с разыгрыванием ролей и др.

Являясь также одним из основателей психологии индивидуальных различий (дифференциальной психологии), развивал теорию одаренности, которая, с его точки зрения, представляет собой врожденную предрасположенность к деятельности. Общее направление развития одаренности определяется внутренними условиями — задатками и возрастом. Ш. доказывал, что существует не только общая для всех детей определенного возраста нормативность, но и **нормативность индивидуальная**, характеризующая данного конкретного ребенка. Разработал методы обнаружения одаренных детей в раннем возрасте.

Он также был одним из инициаторов экспериментального исследования детей, тестирования и, в частности, усовершенствовал способы измерения интеллекта детей, предложенные А. Бине. Предложил **измерять не умственный возраст, а коэффициент умственного развития (IQ)**, представляющий собой отношение «умственного возраста» к хронологическому. Персоналистская концепция заставила Ш. отказалось от своей ранней формулировки IQ, как недостаточной, хотя он продолжал защищать ее эвристическую ценность. Сохранение индивидуальных особенностей возможно, по мнению Ш.,

благодаря тому, что механизмом психического развития является **интроверсия**, т. е. соединение ребенком своих внутренних целей с теми, которые задаются окружающими. Конфликт между внешним (давлением среды) и внутренними склонностями ребенка имеет и положительное значение для его развития, т. к. именно отрицательные эмоции, которые вызывает это несоответствие у детей, и служат стимулом для развития их самосознания. Ш. доказывал, что эмоции, связанные с оценкой окружающего, помогают процессу социализации детей и развитию у них рефлексии. Целостность развития проявляется не только в том, что эмоции и мышление тесно связаны между собой, но и в том, что направление развития всех психических процессов одинаково — **от периферии к центру**. Большое значение имело исследование Ш. своеобразия **аутистического мышления**, его сложности и вторичности по отношению к реалистическому, а также его анализ роли рисования в психическом развитии детей. Главным здесь является открытие Ш. роли схемы, помогающей детям перейти от представлений к понятиям. Эта идея Ш. помогла открытию новой формы мышления — **наглядно-схематического или модельного мышления**, на основе которого и разработаны многие современные концепции развивающего обучения детей. Большое внимание Ш. уделял методам прикладной психологии: ввел понятие психотехники, изучал достоверность свидетельских показаний и др.

В США психологические концепции Ш. не встретили широкой поддержки, однако его научный подход определил ряд течений психологической мысли, а философские идеи являются развитием некоторых положений монадологии Лейбница и предвосхищают организмические теории XX века. Новизна и стройность идей Ш., их ясная четкая формулировка оказали значительное влияние на отечественных психологов, особенно Сергея Леонидовича Рубинштейна, которое он сумел сохранить, хотя за свои «Основы психологии» 1935 года, опубликованные накануне разгрома педологии Пленумом ЦК ВКП(б) от 4 июля 1936 г., ему пришлось еще в 1940 г. кататься.

Сын В. Штерна Гюнтер Андерс — известный немецкий писатель и философ.

В русском переводе опубликованы соч. Ш.: «О душевном развитии ребенка». «Воспоминания, показания и ложь в раннем детстве», 1911 (совместно с Кларой Штерн); «Психологические методы испытания умственной одаренности в их применении к детям школьного возраста», СПб., 1915; «Психология раннего детства до шестилетнего возраста», М., 1922; «Одаренность детей и подростков и методы ее исследования», Харьков, 1926; и др.

Л. А. Карпенко, Т. Д. Марцинковская (2005), Сергей Марков (2017) и др.

К 130-летию Груни Ефимовны Сухаревой¹ (1891 – 1981)



Статья посвящена памяти основоположника отечественной детской психиатрии — Г. Е. Сухаревой, родившейся 11 ноября 1891 года. Освещаются основные вехи её профессиональной биографии, ключевые позиции её научного наследия. Рассматриваются с современных позиций базисные положения «эволюционно-биологической концепции» психических болезней.

Ключевые слова: Сухарева Г. Е., этология, социо-биология, эволюционно-биологическая концепция.

Оформление психиатрии детского возраста в самостоятельную научную дисциплину неразрывно связано с научной деятельностью Г. Е. Сухаревой, крупного ученого международного уровня, одного из создателей сравнительно нового раздела психиатрии — психоневрологии детского возраста. Важной характеристикой науч-

ной и практической деятельности Груни Ефимовны является удерживаемая ею тесная связь между общей психиатрией и детской психоневрологией. Строящееся здание детской психиатрии в ее работах развивается как ветвь общей психиатрии, в неразрывной связи и на базе достижений передовой клинической психиатрии.

¹ Сложившаяся в нашем журнале традиция начинать очередной выпуск с юбилеев позволяет акцентировать актуальную проблематику, выдающиеся вклады и достойную позицию коллег в их исторической перспективе. Число юбилеев в 2021 г. неподъемно — более 30, около половины из них связаны с Украиной. Важно вспоминать имена не только «вольных каменщиков» нашей профессии, но и ее антигероев. До Октябрьского переворота их было всего три-четыре. Для нас, в связи с солидарно-понятными обстоятельствами тем важнее отмечать питомцев и деятелей в психиатрии Киевской и Харьковской школ. В этом году это не только Г. Е. Сухарева, но и П. А. Бутковский, И. Г. Оршанский, В. П. Протопопов, В. М. Гаккебуш, А. М. Гринштейн, И. Я. Завилянский, А. И. Плотичер. Но также М. М. и Н. М. Асатиани, Ю. М. Саарма и Е. С. Авербух. Наука и профессия объединяют.

К 130-летию Груни Ефимовны Сухаревой

На протяжении всей своей деятельности она работает и по общей психиатрии: руководит кафедрой психиатрии в Харькове, в последующие годы является консультантом и научным руководителем психиатрической больницы им. П. П. Кащенко.

Начав свою врачебную деятельность в Киевской психиатрической больнице, Г. Е. Сухарева продолжает ее в московских клинических учреждениях. В 1921 году она переехала в Москву, где организовала санаторные и психоневрологические лечебные учреждения для детей и подростков. С 1931 года — руководит научной работой крупнейшего в СССР детского отделения при московской психиатрической больнице им. П. П. Кащенко, в последующем преобразованного в детскую психиатрическую больницу № 6, а ныне — усилиями ее учеников и последователей — в носящий ее имя Центр психического здоровья детей и подростков им. Г. Е. Сухаревой. С 1935 по 1965 год Груня Ефимовна руководит подготовкой кадров на созданной ею кафедре психиатрии детского возраста Центрального института усовершенствования врачей, а с 1938 года организует и возглавляет клинику психозов детского и подросткового возраста Государственно-го научно-исследовательского института психиатрии Министерства здравоохранения РСФСР. Этот факт примечателен гениальным прозрением Г. Е. Сухаревой, создавшей уникальное, не имеющее аналогов в мировом масштабе, подразделение детской психиатрии, поскольку в начале XX века детской психиатрии как науки не существовало, а немногочисленные научные работы, посвященные психозам детского возраста, основывались, главным образом, на казуистических наблюдениях. Это дало колossalный импульс к систематическому изучению клиники психозов детского возраста.

Именно в стенах этих двух Институтов, не разъединяемых, а скорее, благодаря масштабу личности Груни Ефимовны, объединяемых высокой конкуренцией и дружеским соперничеством, появились на свет ее основные научные работы, в частности, «Клинические лекции по психиатрии детского возраста», заложен фундамент, на котором базируется детская психиатрия, и внесено много нового и оригинального в разработку теоретических вопросов клинической психиатрии и общей патологии. Было создано учение о роли возрастного фактора в клинике и патогенезе психических заболеваний у детей, разработано сравнительно-возрастное направление изучения психических заболеваний, которое способствовало выделению психиатрии детского возраста в относительно самостоятельный раздел современной психиатрии, разработаны основные клинические концепции отечественной детско-подростковой психиатрии, объясняющие закономерности формирования

клинической картины психических расстройств на различных возрастных этапах: эволюционно-биологическая концепция Г. Е. Сухаревой и концепция психического дизонтогенеза В. В. Ковалева. Выделены «преимущественные» клинические синдромы для детского и подросткового возраста, впервые описан ряд отдельных нозологических форм психических заболеваний в детском и подростковом возрасте, включая описание расстройств аутистического спектра за 20 лет до классических работ Л. Каннера и Г. Аспергера. Изучено влияние фактора возрастной реактивности на клинические проявления при различных психических заболеваниях у детей и подростков, выявлены закономерности динамики и типы течения шизофрении с учетом влияния остроты начала и темпа развития процесса. Установлено единство основных закономерностей шизофрении у детей и взрослых при наличии особенностей, определяемых возрастным фактором, изучены вопросы патоморфоза психических заболеваний в детском возрасте. Г. Е. Сухарева создала научную школу детских психиатров (М. С. Вроно, В. Н. Мамцева, М. И. Лапидес, В. В. Ковалев, О. Д. Сосюкало, К. С. Лебединская, А. А. Кашникова), плодотворно развивших данное научное направление, что обеспечило существенный вклад как в становление и развитие отечественной детской психиатрии, включая клинико-динамический подход к диагностике, комплексный подход к лечению, реабилитации и профилактике психических расстройств в детском возрасте на основе учета возрастного фактора и фактора развития. В последующем отделы возглавляли ученики Г. Е. Сухаревой и продолжатели заложенных ею клинических традиций.

Ряд работ Г. Е. Сухаревой посвящен таким теоретическим вопросам психиатрии, как сущность психических болезней и закономерности их развития, принципы классификации и психиатрической диагностики, но главным детищем, несомненно, является сформулированная ею эволюционно-биологическая концепция психических расстройств применительно к детскому возрасту. Исходя из прогрессивной концепции развития болезни, созданной на основании исследований выдающихся отечественных ученых И. М. Сеченова, Н. Е. Введенского, И. П. Павлова, С. П. Боткина и разработок по общей патологии И. В. Давыдовского — Г. Е. Сухарева показала, что каждый болезненный процесс должен рассматриваться как динамическое явление, как постоянное взаимодействие больного организма с внешней средой. Она развивает свою «эволюционно-биологическую» концепцию психической болезни, которая заключается в признании того, что в каждом заболевании наряду с деструктивным влиянием специфического болезнетворного агента, выступают неспецифические при-

знаки, которые отражают приспособительные защитные реакции организма.

К чести Г. Е. Сухаревой, она достойно выдержала первый, «идеологический» удар в период, когда основные положения вынашиваемой ею с 30-х годов концепции еще только обретали заинтересованный вид. В программном докладе 1951 года «Состояние психиатрии и ее задачи в свете учения И. П. Павлова» фамилия Сухаревой значилась в списке врачей-психиатров, обвиняемых в «идеалистических и эклектических концепциях», в том, что они не смогли создать «ничего прогрессивного в детской психиатрии». Хуже того, как заявил в заключительном слове А. А. Снежневский, Сухарева и ее коллеги «не разоружились и продолжают оставаться на старых антипавловских позициях», и не испытывают «хотя бы проблесков сознания своей ответственности за тот тяжелый ущерб, который они нанесли советской научной и практической психиатрии».

Наступившая эпоха постмодернизма, с присущей ей идеологией деконструкции, подвергла серьезному испытанию все исторические устои и достижения клинической психиатрии, не обойдя и детскую психиатрию. «Размывание» клинического подхода, отказ от клинико-динамической оценки состояния, представления о диагностических категориях как об отдельно описанных симптомокомплексах, вытеснение этиологического (нозологического) диагноза с радикальным изменением подходов к классификации, признание недостаточности современной доказательной базы для создания этиопатогенетически ориентированной классификации отражает изменение глобальных тенденций в мировой психиатрии. Представления о причинах развития и течении психических расстройств в данной парадигме используются в минимальной мере, что идет вразрез с накопленными клиническими данными и богатыми клиническими традициями отечественной детской психиатрии. К тому же, выросли целые поколения врачей, воспитанные на МКБ, с постулируемой ей атеоретичностью, потерявшие связь с научным наследием или даже активно его отвергающие.

Когда состояние науки и опирающейся на нее практики претерпевает кризис, самым разумным является обращение к ее историческому прошлому и тем базисным идеям, положениям и принципам, которые были заложены ее основателями и корифеями [8].

Естественнонаучный подход, представленный «биологической психиатрией», основывается по определению академика М. Е. Вартаняна [2] на достижениях генетики, биохимии, иммунологии, эндокринологии, нейроморфологии, нейрофизиологии, и психофармакологии. Однако, в нашей стране он почему-то до сих пор игнорирует социобиологию и ее составную часть — это-

логию, основоположники которой — К. Лоренц, Н. Тинберген и К. фон Фриш в 1973 году получили Нобелевскую премию «за открытия, связанные с созданием и установлением моделей индивидуального и группового поведения животных» (к коим относится и *homo sapiens*). В ныне декларируемую био-психо-социальную модель почему-то не входит социально-биологическая составляющая [9]. Такие биологические категории, как индивидуальные, репродуктивные и социальные инстинкты, отсутствуют и в общедоминантном психиатрическом лексиконе, и в Международной классификации психических и поведенческих расстройств (МКБ-10).

Детская психиатрия, в силу своей онтогенетической сущности, в лице Г. Е. Сухаревой [12], предлагает филоонтогенетическую (эволюционно-биологическую) концепцию для построения интегративной теории всей психиатрии. Вот её основные положения, интерпретируемые нами с сегодняшних позиций [20].

В своих знаменитых «Лекциях...» [12] Г. Е. Сухарева пишет: «Приспособительные и защитные механизмырабатываются животными и человеком в процессе эволюционного развития во взаимодействии организма с внешней средой». Этология человека еще в 80-х годах прошлого века продолжала официально декларироваться в нашей стране в качестве «реакционного, антимарксистского направления» антропоморфизма («Краткий психологический словарь», 1985) и фактически находилась под запретом.

Готовя свои лекции к публикации еще при жизни Сталина, Г. Е. Сухарева вынуждена была ограничить иллюстрацию ключевого тезиса эволюционно-биологической концепции лишь физиологическими примерами, а врожденные механизмы поведения оставить за скобками. Сейчас же преодоление антропоцентризма и обращение к этологической и, в более широком смысле, к социобиологической парадигме психиатрии является актуальным, и вполне возможным на пути к созданию «понимающей психопатологии», включающей и социальную психопатологию [10]. Развитие же психиатрии раннего возраста вообще немыслимо без этологического подхода, поскольку ребенок уже рождается с широким репертуаром филогенетически закрепленного поведения, наследственными программами и моделями его онтогенетического «очеловеченья» [5, 7, 10, 14, 18]. Знание основного постулата этологии, гласящего, что любое поведение изначально, в эволюционном (фило-онтогенетическом) смысле имеет защитный и/или приспособительный характер, позволяет более широко оценить следующее положение Г. Е. Сухаревой, касающееся природы психических и поведенческих расстройств.

Ссылаясь на работы И. П. Павлова автор эволюционно-биологической концепции указывает

на необходимость дифференциации симптомов ущерба и компенсации и учета возможной динамики последних из компенсаторных феноменов в гиперкомпенсаторные, а далее — в условно патологические и собственно психопатологические. Это важно при рассмотрении таких клинических форм как «синдром дефицита внимания с гиперактивностью», «расстройства аутистического спектра», «обсессивно-компульсивные расстройства», системные, психосоматические расстройства, патологически протекающий пубертатный криз, расстройства привычек и влечений, при анализе взаимоотношений в структурно-динамических диадах «фобии-мании», развития бреда («преследуемый-преследователь») и проч.

Отсутствие такой дифференциации направляет усилия практического врача на борьбу с бросяющимися в глаза симптомами компенсации, а не ущерба (например, на подавление двигательной расторможенности детей с СДВГ, вместо повышения тонуса их церебральной коры), а организаторов здравоохранения провоцирует концентрироваться на помощи детям с гиперкинетическими расстройствами поведения, забывая о том, что детей с дефицитом внимания без гиперактивности (т. е. лишенных собственных компенсаторных ресурсов) в три раза больше [13].

Говоря о симптомах «мало специфичных для данной болезни, отображающих характер приспособительных, защитных реакций организма» и ссылаясь на работы И. В. Давыдовского, Г. Е. Сухарева по сути говорит об адаптационном синдроме, как нозологически неспецифической реакции на стресс. Данное положение сегодня крайне ценно для разработки концепции психопатологического диатеза, в подходе к которой у отечественных исследователей обнаруживается масса «базальных» противоречий [17].

Подчеркивая, что «процесс приспособления организма к окружающей среде имеет место не только в нормальных, но и в патологических условиях существования организма» и называя его «приспособлением в патологии» Г. Е. Сухарева предвосхитила концепцию Н. П. Бехтеревой об «устойчивом патологическом состоянии» (УПС), как ущербном, но адаптирующем гомеостазе, сменяющим стрессовую нестабильность, длительное нахождение в которой угрожает всей системной организации больного. Наличие УПС объясняет затруднения в лечении хронических расстройств, нестойкость чисто симптоматического лечения и обуславливает необходимость включения в терапевтическую стратегию во-первых — холистического многоуровневого (биологического, психологического, социально-личностного) подхода к структуре «больной-болезнь», во-вторых — усилий, направленных на саногенные изменения в более общих системах, в кото-

рые данная структура входит в качестве подсистемы (семья, школа, референтная группа), в-третьих — реализацию на всех этих уровнях лечебно-стрессовых форм воздействия, способных разорвать инертные связи, поддерживающие УПС, дабы в результате эустресса (по Г. Селье) новая стабилизация оказалась качественно более нормативной. К сожалению, в этом смысле современное состояние нашей психиатрии представляется регressiveным. Отказавшись от таких активных терапевтических технологий, как инсулиновые шоки, ЭСТ, «ударные дозы», одномоментные отмены препаратов, лечебное голодание, холдинг-терапия, эмоционально-стрессовая психотерапия и проч., призванных резко изменить реактивность, мобилизовать защитные силы, современные протоколы лечения, в детской психиатрии основанные на крайне низкой доказательной базе, не предлагают ничего взамен. Современные технологии интенсивной психофармакотерапии не получили пока достаточного признания и распространения [1], в том числе в силу противоречия между провозглашаемым прогрессивным тезисом о персонифицированной медицине и насаждаемой на местах практикой унификации синдромально ориентированных стандартов лечения.

Г. Е. Сухарева [12] подчеркивает: «Основой эволюционно-биологической концепции о болезни является положение о диалектическом единстве организма с внешней средой». Отсюда обоснованность более активного внедрения физиотерапии, курортологии (вместо закрытия санаторно-лесных школ и «нерентабельных» психоневрологических санаториев), гипербарической оксигенации, светолечения, фитотерапии в психиатрическую науку и практику. Это же можно сказать о социальной среде. Закрытие специализированных и коррекционных школ при необеспеченности полноценной инклюзивной модели воспитания (кстати, не безусловленной с позиций социальной биологии, не говоря уже о неготовности к этой модели самого общества) лишило детей с проблемами в развитии перспектив как инклюзии (принятия), так и социальной интеграции.

Далее следует: «При изучении причины (этиологии) психического заболевания клиницисту всегда приходится учитывать два факта, имеющих противоположное значение для происхождения и предотвращения болезни:

1) повышенную реактивность высших отделов нервной системы в отношении различных воздействий и 2) высокую пластичность, функциональную подвижность нервных процессов в коре полушарий».

Данный тезис подтверждается высокой эффективностью современного отечественного метода нейропсихологической коррекции [6, 11] в отношении детей с дизнейроонтогенетической

(по И. А. Скворцову) почвой психических расстройств и нарушений развития. Это же касается технологий, основанных на концепции онтогенетически-ориентированной психотерапии [16, 19], включая перинатальную психологию и психотерапию [3], а также коррекционной воспитательно-педагогической помощи. Необходима их дальнейшая разработка и широкое внедрение в службу детского психического здоровья. Общая же теория психиатрии должна строиться из понимания того, что она является не только естественно-научной, но и гуманитарной дисциплиной [4, 10]. Следующий тезис Г. Е. Сухаревой полностью предвосхищает это положение: «Детерминированность физиологических функций социальными факторами в клинике психических заболеваний выступает еще более отчетливо, чем в соматической. Изменение социальной среды, общественных взаимоотношений, трудовой установки человека, его социальной направленности является одним из важных факторов для профилактики и лечения психических заболеваний». Это делает профессию психиатра наиболее социально активной как в плане реабилитации пациентов, так и в плане первичной профилактики химических и нехимических зависимостей, суициdalного и девиантного поведения (включая стихийные формы подростковой инициации и социального иждивенчества), школьной дизадаптации и проч. Отсюда следует, что и функционирование службы детского психического здоровья и подготовка для нее квалифицированных кадров предполагает как межпрофессиональный подход на уровне конкретного пациента (психиатр, социальный работник, психолог, психотерапевт, логопед, дефектолог, специалист по трудотерапии), так и межведомственное (не декларируемое, а истинное) взаимодействие органов здравоохранения, социальной, психологической службы и образования.

Далее Г. Е. Сухарева [12] пишет: «Исходя из эволюционного принципа, можно сказать, что всякое патогенное воздействие на ранних стадиях развития нервной системы нарушает ее дальнейший онтогенез, меняет тип реакции на раздражители. Если эта перестройка типа реагирования нервной системы идет в патологическом направлении и снижает ее приспособительные функции, то создается так называемое «пробратенное предрасположение» к заболеванию». Иными словами, любая ранняя, тяжелая или длительная вредность, даже не вызвавшая заболевание, обусловливает дизнейроонтогенетическое изменение реактивности, создающее собственный или искающее конституциональный диатез и формирующее патологически измененную (неполноценную) почву. Это делает атипичным конституциональный ответ на специфический или неспецифический стресс. Существующие же и создаваемые клинические «стан-

дарты» не учитывают ни диатез, ни измененную «почву», ни даже пол пациента.

По этому поводу Г. Е. Сухарева пишет: «Первые два положения, устанавливающие специфичность действия патогенного агента и диалектическое единство этиологии и патогенеза болезни, могут служить теоретической основой для создания нозологической классификации». Согласно этиопатогенетическому подходу специфические этиологические факторы обуславливают следующие нозологические группы: 1) психогенные, 2) соматогенные, 3) энцефалопатические (а-внешние или б-внутренние повреждения мозга), 4) социогенные, 5) наследственные (эндогенно-процессуальные заболевания и синдромы-болезни). Они проявляются соответствующими приспособительными, филогенетически детерминированными и конституционально оформленными психопатологическими ответами (психотического или пограничного уровня) на экзогенную или эндогенную вредность и соответствующей ей динамикой (прогредиентной, регредиентной, ситуационно-возрастной). Неспецифические стрессогенные факторы вызывают преимущественно конституциональные ответы — 6) реактивно-диатетические (эндо-реактивные) — «конституциональные типы реакций» (по П. Б. Ганнушкину). Крайние носители диатетической (аномальной) конституции (сами провоцирующие психогенные стрессы и легко декомпенсирующиеся в ответ на любую вредность) нозологически представлены — 7) психопатиями. Этиологически неспецифические вредности, нарушающие эволютивные или инволютивные механизмы онтогенеза формируют соответствующие продуктивно и негативно-дизонтогенетические «возрастные» нозологии — 8) дизонтогенетические расстройства: а-специфические для детского возраста; б-специфические для возраста обратного развития [15].

Прозорливо предвидя сегодняшний редукционизм в нашей специальности Г. Е. Сухарева подчеркивала: «Последовательное проведение нозологического принципа при группировке психических заболеваний следует рассматривать как прогресс психиатрической науки и практики. В синдромологической концепции отображены реакционные идеи метафизического представления о болезни, выдвигающие на первый план статику отдельных синдромов и не учитывающие тип течения (острота начала и темп ее дальнейшего течения)». Кстати, более полувека назад взгляды Г. Е. Сухаревой на динамику психических расстройств послужили основой для отечественной классификации шизофрении по типам течения. Сейчас это «забытое старое» предлагается в качестве «новой» идеи о проведении анализа геномных ассоциаций в зависимости от динамики заболевания, а не его происхождения [20]. Тогда же

К 130-летию Груни Ефимовны Сухаревой

корифей отечественной психиатрии предостерегала коллег относительно «Троянского коня» международных классификаций, губящих клиническое мышление. Подобострастное следование им оторвало психиатров от традиционного этио-патогенетического принципа и сделало многие научные, в том числе диссертационные исследования «мелкотемными» и безконцептуальными, напоминающими статистически подкрашенный «Отчет о проделанной работе».

Последовательно отстаивая динамический подход, основоположник отечественной детской психиатрии указывала: «Каждый болезненный процесс имеет свою функциональную стадию развития, когда преобладают защитные механизмы, только на последующих этапах болезни деструктивные явления становятся преобладающими и могут приобрести более стойкий, необратимый характер в виде морфологических, структурных нарушений. Поэтому так важно раннее распознавание болезни и своевременное ее лечение». Раннее распознавание предполагает приближенность психиатрической службы к населению и активную диспансеризацию, начиная с раннего возраста, что невозможно без развития микропсихиатрии, как в организационном, так и в образовательном и научном плане, включая диагностический и терапевтический аспекты (с перспективой появления онтогенетически ориентированной психофармакотерапии). Уместно напомнить, что любая врачебная специальность, не имеющая своей «детской» параллели или субспециальности априори работает с «нуля», т. е. с рождения потенциального пациента. Те, кто исключил детскую психиатрию (равно как детскую неврологию и ряд других педиатрических специальностей) из списка врачебных специальностей в 1995 году, видимо думали о чем угодно, кроме будущего страны — о подрастающем поколении. У тех, от кого это будущее зависит сейчас, есть два варианта: либо восстановить специальность, назвав ее как, например, в Германии — «детская психиатрия-психотерапия»; либо официально обязать всех общих психиатров работать «с нуля».

Нельзя не остановиться на следующем положении эволюционно-биологической концепции: «При распознавании формы заболевания и его патогенеза врач всегда строит предположение о характере патологического процесса, лежащего в основе болезни, его морфологических особенностях, его распространении в тех или других органах... существует необходимость разрешения еще более сложной задачи, а именно: распознать на основе клинических и экспериментальных данных функциональное состояние данного больного органа или, вернее, данной физиологической системы». Иными словами, чтобы лечить конкретную болезнь у конкретного больного нужен функциональный диагноз (который структури-

рован в неиспользуемом многоосевом подходе, предлагаемом МКБ-10 — пожалуй, единственном бесспорном позитиве действующей номенклатуры). «Стандарты», ориентированные на синдромы, не предлагают лечить больного и не обязуют врача быть исследователем, к чему призывала Г. Е. Сухарева. Отсутствие же общей теории психиатрии не направляет мышление даже думающего профессионала на раскрытие патогенеза. А если практика не ставит вопросов, то и наука не слишком озабочивается, чтобы на них ответить. Так формируется *circulus vitiosus* нашей науки и практики.

Заключая представление своей концепции Г. Е. Сухарева пишет: «Не ограничиваясь только изложением клиники и терапии психических заболеваний у детей, мы уделяем большое внимание рассмотрению принципиальных вопросов общей психиатрии — проблеме сущности психических болезней, принципов их группировки и диагностики». К сожалению, организаторами здравоохранения забыт следующий тезис великого мэтра: «Каждый психиатр, независимо от того, работает ли он в области детской или общей психиатрии, должен твердо помнить, что правильная постановка детской психиатрии есть один из важных путей профилактики психической заболеваемости взрослого населения». Сегодня детская психиатрия уже сама обогащает свою *alma mater* эволюционно-динамическим подходом, а это — безусловный критерий самостоятельной специальности. В то же время, вместо восстановления клинической специальности «детская психиатрия» происходит ее тихая деградация как в научном, так и в профессиональном и организационном плане. К сожалению, это соответствует принципу упомянутого выше печально известного исторического лидера: «Нет человека — нет проблемы».

Как видим, приведенные положения эволюционно-биологического подхода клониманию природы психических расстройств, звучат вполне современно и имеют самые широкие перспективы. Общепризнано, что нет ничего более практического, чем хорошая теория. В этом смысле творческое обращение к концепции Г. Е. Сухаревой — прекрасная альтернатива атеоретическому и застойному состоянию сегодняшней психиатрии.

**Ю. С. Шевченко²,
Е. В. Корень³, Т. А. Куприянова³**

² Кафедра детской психиатрии и психотерапии ФГБОУДПО Российской медицинской академия непрерывного профессионального образования.

³ Московский научно-исследовательский институт психиатрии — филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В. П. Сербского» Минздрава России.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Боев И. В., Ахвердова О. А., Волоскова Н. Н.* Дети-органики: клиника, психоdiagностика, психокоррекция: Монография. — М.: Национальный книжный центр, 2015. — 376 с.
2. *Варташян М. Е.* Биологические основы психических заболеваний. В кн.: Руководство по психиатрии / Под ред. А. В. Снежневского. — Т. 1. М.: Медицина, 1983. — с. 97 – 158.
3. *Добряков И. В.* Перинатальная психотерапия. В кн.: Детская психиатрия: Учебник / Под ред. Э. Г. Эйдемиллера. — СПб.: Питер, 2005. — с. 795 – 806.
4. *Зислин И.* Опыт разработки филологических аналогий для психиатрии. // Независимый психиатрический журнал. № 2, М., 2016. — с. 58 – 69.
5. *Клиник В. Н.* Обряды инициации и эволюция подростковой психопатологии. Acta Psychiatry, Psychother., et Ethologica Tavrica № 3, 1995. — р. 131 – 137.
6. *Корнеева В. А., Шевченко Ю. С.* Нейропсихологическая коррекция пограничных состояний у детей и подростков (теория и практика). М., ИД «ТАКТ». — 2010. — 154 с.
7. *Микрутумов Б. Е., Коцавцев А. Г., Гречаный С. В.* Клиническая психология раннего детского возраста. — СПб.: Питер, 2001. — 256 с
8. *Савенко Ю. С.* Михаил Осипович (Иосифович) Гуревич, 1878 – 1953 // Независимый психиатрический журнал. — 2009. — № 3. — С. 7 – 8.
9. *Самохвалов В. П., Гильбурд О. А., Егоров В. И.* Социобиология в психиатрии. — М.: Изд-й дом Видар-М, 2011. — 336 с.
10. *Самохвалов В. П.* Социальная психология и психиатрия — основы социальной психопатологии. В кн.: Социальная психопатология (под ред. В. П. Самохвалова). — М.: Ж Издательский дом Видар-М, 2018. — с. 15 – 39.
11. *Семенович А. В.* Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте: Учеб. Пособие для высш. учеб. заведений. — М.: Издательский центр «Академия», 2002. — 232с.
12. *Сухарева Г. Е.* Лекция 2 «Эволюционно-биологическая концепция о развитии болезни в применении к психиатрии». В кн.: Клинические лекции по психиатрии детского возраста. М., 1955. — Т. 1. — с 21 – 38.
13. *Сухотина Н. К.* Гиперкинетические расстройства у детей и подростков. // Детская и подростковая психиатрия: Клинические лекции для профессионалов / Под ред. Ю. С. Шевченко. — 2-е изд. — М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2017. — с. 532 – 552.
14. *Хайретдинов О. З.* Диагностика и дифференциальная диагностика аутистических расстройств у детей на основе клинико-этологической оценки неверbalного поведения. В кн.: Клиническая психотерапия (инстинктивно-поведенческие и нейропсихологические модели) / Под ред. проф. Ю. С. Шевченко. — М.: ООО «Изд-во «Медицинское информационное агентство», 2018. — с. 117 – 138.
15. *Шевченко Ю. С.* Систематизация психических расстройств // Детская и подростковая психиатрия: Клинические лекции для профессионалов / Под ред. Ю. С. Шевченко. М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2011. — с. 72 – 95.
16. *Шевченко Ю. С.* Онтогенетически ориентированная (реконструктивно-кондуктивная) психотерапия детей и подростков // Детская и подростковая психиатрия: Клинические лекции для профессионалов. — 2-е изд. / Под ред. Ю. С. Шевченко. — ООО: «Медицинское информационное агентство», 2017. — с. 981 – 996.
17. *Шевченко Ю. С., Баздырев Е. И.* Природа и проявления психопатологического диатеза (эволюционно-биологический взгляд). // Детская и подростковая психиатрия: Клинические лекции для профессионалов. — 2-е изд. / Под ред. Ю. С. Шевченко. — ООО: «Медицинское информационное агентство», 2017. — с. 34 – 59.
18. *Шевченко Ю. С.* Этологические и социобиологические механизмы психопатологических расстройств; ключевые понятия. В кн.: Клиническая психотерапия (инстинктивно-поведенческие и нейропсихологические модели) / Под ред. проф. Ю. С. Шевченко. — М.: ООО «Изд-во «Медицинское информационное агентство», 2018. — с. 12 – 55.
19. *Эйдемиллер Э. Г., Добряков И. В., Никольская И. М.* Семейный диагноз и семейная психотерапия. Учебное пособие для врачей и психологов. — СПб.: Речь, 2003. — 336 с.
20. *Шевченко Ю. С., Корень Е. В., Куприянова Т. А.* Эволюционно-биологическая концепция Г. Е. Сухаревой как основа отечественной детской психиатрии // Социальная и клиническая психиатрия. Т.30, № 1, 2020. — с. 40 – 45.
21. *Schulze T.* «Генетика психических заболеваний 21 века: вызовы и возможности». Доклад на Международной конференции «Генетика и эпигенетика психических заболеваний», Москва 21 – 22 ноября 2017 г.

Рекомендуем!

Фай Эмманюэль.

Хайдеггер, введение нацизма в философию. М., 2021

Дарендорф Ральф.

Соблазны несвободы. Интеллектуалы во времена испытаний. М., 2021

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ

МКБ-11 — инструкция по уничтожению медицинской специальности «психиатрия»

А. А. Шмилович¹

Автор выражает свое принципиальное несогласие с основными положениями новой международной классификации (МКБ-11), поскольку она принципиально отличается от отечественных представлений о психических заболеваниях, и утверждает, что попытки ее адаптации к российской действительности обречены на провал. Выдвигается предложение о создании национальной классификации, основанной на традиционном категориальном клинико-нозологическом и феноменологическом подходах, в разработке которой должны принять участие не только ведущие российские ученые, но и практикующие врачи.

Ключевые слова: МКБ-11, смерть психиатрии, национальная классификация психических болезней.

Два года невероятных метаморфоз, произошедших с человечеством в связи явлением, называемым «пандемией», оголили самые болезненные точки мировой медицины, которые не были видны за ширмой ярких, красивых, эффектных и «финансово эффективных» инноваций и оптимизаций здравоохранения. Так и хочется воскликнуть: «А король то был голый!»

Особенно тяжело на этом фоне выглядит беспомощность международных медицинских организаций, собранных из очень авторитетных и выдающихся ученых и клиницистов, которые вынуждены безропотно следовать этой «эффективной менеджерской парадигме», проводимой людьми, далекими от представлений о гуманистических принципах медицины. И сегодня эти «последние из могикан» с высот своего членства в ВОЗ и других профессиональных международных сообществ (включая WPA) с отчаянием наблюдают за катастрофическими последствиями разрушения фундаментальных основ прошлого и отсутствием на этих руинах вразумительной современной альтернативы.

Что произошло в мировой психиатрии за последние 10 – 15 лет? Почему мы все безвольно наблюдаем за тем, как дезавуируют нашу специальность, а потом с международной трибуны с отчаянным сарказмом заявляют, что жить

«психиатрии» как специальности осталось не более 10 лет? Разве это не лицемерное ханжество?

Пропагандируя «уникальные» достижения психиатрической науки, связанные с нахождением «доказанных» биологических субстратов основных психических расстройств, мы уничтожаем вначале все клинико-нозологические основы частной психиатрии с помощью МКБ-10, а теперь и вовсе стираем с лица земли многие болезненные состояния, заменяя их клинически выхолощенными дименсиями и поведенческими паттернами с помощью МКБ-11.

Но обо всем по порядку. Итак, давайте рассмотрим 6 главу «Международной классификации болезней» 11 пересмотра, как великолепно выполненную диверсию для уничтожения специальности «Психиатрия». Что нам нужно, чтобы ликвидировать специальность? Все по пунктам:

1. *Внести раздор в ряды психиатров разных стран.*

Для этого достаточно назвать «международной» то, что по сути является калькой «американского». Сравнение ICD-11 с DSM-V говорит само за себя. Зачем «открывать Америку, если она уже открыта»? Разве можно думать иначе? Разве могут быть принципиально иные национально-специфические взгляды на психопатологию, определяющиеся этническими, расовыми, национальными, культурными, религиозными, историческими и другими макросоциальными факторами? Ведь у нас теперь однополярный мир. И полюс этого мира там, где сосредоточены

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

материальные ресурсы. Там, где основные грантовые фонды и журналы с высокими научометрическими рейтингами. Итак, законодателями мод в мировой психиатрии теперь не являются Франция, Германия или Россия – страны, достижения величайших ученых которых заложили основы нашей специальности. Филипп Пинель «снимал цепи с душевно больных», когда в США многовековую европейскую культуру до сих пор захлестывает «демократический масскульт». И теперь, чтобы принять МКБ-11, базовые основы которой заложены людьми, создавшими DSM, необходимо бросить в большой инквизиторский костер все, что создано Бонгфлером, Блейлером, Гризингером, Морелем, Крепелиным, Кандинским, Вальтер-Бюэлем, Эем, Корсаковым, Ганнушкиным, Ясперсом, Кречмером... Прибытие на мировую арену МКБ-11 звучит так: «Это наш совместный труд, и теперь нам всем необходимо в одну секунду поменять свое лицо, забыть, все, что было, и увидеть принципиально иную психиатрию! И самое главное, быстро перестроившись, начать активно ее преподавать в этом виде будущим поколениям психиатров!»

Увидев и услышав это, мы растерянно оглядываемся друг на друга и сокрушенно разводим руки со словами: «Ну мы же не можем ссориться с ВОЗ». Начинаем предлагать способы «выживания» с этой классификацией, а те из нас, кто особенно гибок и конформен, быстро мимикрируют и восторженно восхищаются новым «шедевром» современной, научно обоснованной, «доказательной» западной психиатрии. Цель достигнута. Раздор внесен в ряды психиатров всего мира!

2. Сделать классификацию абсолютно эклектичной, лишив ее элементарной логики. Где нет логики и структуры, там нет и содержания, а раз нет содержания, значит, нет и специальности.

На одном уровне классификации болезней стоят нарушения развития, нозологические формы, синдромы, симптомы и просто поведенческие феномены, которые могут к медицине (болезням) никакого отношения не иметь. Как в психологических тестах на классификацию понятий, пациенты с расстройствами мышлениями, отвечая на вопрос о том какие бывают транспортные средства, в одну классификационную группу включают автомобиль, самолет, мотоцикл, колесо, руль, шофер, стюардессу и чайник. Для чего создан этот винегрет? Ведь у составителей классификации мышление не нарушено...

3. Выхолостить из специальности науку, вымыт из научных исследований содержание, прикрывшись яркими научообразными обертками.

Главный лозунг МКБ-11 — медицина должна быть «доказательной». Чтобы что-то доказать в психиатрии, необходимо субъективно регист-

рируемые нематериальные феномены психики измерить. И вот на смену феноменологическому эмпирическому категориальному анализу пришел дименсиональный подход. Все вдруг оказалось можно у всех измерить. Но кто и как создал измерительные приборы? И почему это измерение сразу обеспечило «доказательность»? Уважаемые психиатры, апологеты дименсионального подхода, посмотрите с какой горькой иронией и жалостью смотрят на вас ученые из других медицинских специальностей, вооруженные новейшими лабораторными и инструментальными методами исследования, когда вы произносите слова о «доказательности» новой классификации.

И еще об одном чрезвычайно важном артефакте психиатрической науки. Авторы классификации в своем большинстве — крайне авторитетные ученые, которые проводили ее полевые испытания в научных центрах и институтах, где наблюдаются, так называемые, «правильные», критичные больные, давшие на это согласие. Мы же прекрасно понимаем, что пациенты, критично относящиеся к своей психопатологии, — это особая категория, среди которых преобладают моральные ипохондрики. Истинная же картина психопатологии, наблюдающейся в реальной клинической практике, остается в поле зрения практикующих врачей, участие которых в формировании МКБ-11 оказалось формальным (опросы). Их скепсис в настоящее время никем не услышан, так как они на конференциях, съездах и конгрессах привыкли не выступать, а записывать за авторитетными учеными

4. В классификации болезней назвать болезнями не болезни.

Большая часть диагностических категорий МКБ-11 назвать заболеваниями нельзя. Нет необходимости быть психиатром, чтобы, взглянув в эту классификацию и увидев там такие «болезни» как «деструктивные и диссоциальные поведенческие расстройства» и «выраженные личностные черты и паттерны поведения», убедиться в абсолютной несостоятельности специальности, в которой болезнями именуют черты характера и поступки людей. Здесь следует отметить очень опасную тенденцию. Переход к «поведенческим» диагнозам — прямой путь к тяжелой социальной стигматизации душевно больных. А это, конечно, повод для дискриминации психиатрии, как специальности. Ну а психиатры так и остаются в растерянности, пытаясь понять о каких же болезнях идет речь в рубриках «расстройства, связанные с тревогой и страхом», «расстройства телесных ощущений и переживаний», «имитированные расстройства» и т. п. Самое парадоксальное заключается в том, что попытки найти общий диагностический язык среди представителей разных психиатрических школ, привели к противоположному результату — окончательной путанице и разночтению. Следует отметить, что подобные немедицинские диагностические

формулировки фактически представляют собой психологические заключения. Причем мы видим особую, специфическую, вульгарную психологизацию психопатологии, которую обычно используют в своих лозунгах идеологи антисихиатрии. Нет необходимости уточнять, кто в первую очередь заинтересован в уничтожении нашей специальности. А кто участвовал в создании МКБ-11?

5. *Довести до абсурда так называемую толерантность, исключив из классификации те заболевания, названия которых «могут показаться» оскорбительными.*

Нет истерии, психопатии, олигофрении и умственной отсталости, куда-то исчезла гебефрения... Каким-то чудом устояла в этом абсурде шизофрения, но и здесь все максимально сузили и урезали, оставив 7 категорий. Для того, чтобы от этих «жутких» названий болезней не страдали пациенты и их родственники, их решено как-то переименовать. Но псевдотолерантность не может лежать в основе диагностических заключений. Когда врач начинает думать об этом, он перестает видеть клиническую реальность, и в результате такая классификация вместе с водой выплескивает и ребенка. Только лишившаяся своей идентичности специальность может просто и без клинических оснований «запретить» диагностическую квалификацию расстройств, которые не polítкорректно диагностировать. Речь о вторичном гомосексуализме и транссексуализме.

6. *Допустить в классификации явные парадоксы и «ляпы».*

Внимательное прочтение некоторых формулировок не оставляет сомнений в том, что их абсурдность и грубое несоответствие клиническим фактам просто не замечено психиатрами. А может не просто? Может для того, чтобы окончательно убедить всех в клинической несостоятельности специальности? Вот некоторые из них:

«Кататония, вызванная воздействием психоактивных веществ или лекарственных средств... (напр., флуфеназин, галоперидол, рисперидон, клозапин, стероиды, дисульфирам, ципрофлоксацин, бензодиазепины, фенциклидин, каннабис, мескалин, ЛСД, кокаин и экстази)»;

«Шизоаффективное расстройство, непрерывное течение» («шизоаффективные расстройства наблюдаются... на протяжении по крайней мере одного года...»);

«Шизофрения, непрерывное течение, полная ремиссия» («состояние улучшилось настолько, что никакие клинически значимые симптомы не выявляются»);

«Обсессивно-компульсивное расстройство со снижением или отсутствием критичности».

Итак, каждому из психиатров России пришло время назвать своими словами то, что мы видим и принять решение о том, как к этому относиться

ся. Кулунарное общение с современными российскими учеными психиатрами и уважаемыми наставниками, среди которых есть и живые классики, позволило с некоторыми допущениями и оговорками выделить три крайне разноточных позиций:

1) Новая классификация прекрасна. Ее появление во многом знаменует начало новой эпохи современной научно-обоснованной психиатрии, базирующейся не на устаревших интуитивно-гипотетических субъективных диагностических оценках, а на математически выверенных принципах доказательной медицины, основанных на научной базе объективного измерительно-димENSIONАЛЬНОГО подхода с применением психометрии и биологически ориентированной инструментально-лабораторной диагностики.

2) Новая классификация несовершенна, однако необходимо делать скидку на то, что она статистическая, и в этой версии предназначена не для клинического использования. Окончательные оценки МКБ-11 следует давать после перевода полной версии. В целом же классификация может быть интегрирована в практическую психиатрию после ее экспертной комиссионной переработки и адаптации к российской психиатрической практике.

3) Эту классификацию невозможно адаптировать к Российской действительности. Она принципиально отличается от отечественных представлений о психических заболеваниях. Попытки адаптации этой классификации априори обречены на провал, поскольку речь идет о ключевых и принципиальных расхождениях. И вместо этой бесполезной работы российские психиатры могли бы начать работу над национальной классификацией, основанной на традиционном категориальном клинико-нозологическом и феноменологическом подходе.

Автор настоящей публикации достаточно определенно и недвусмысленно выразил свою позицию и готов выступить в качестве инициатора проекта по созданию национальной классификации психических болезней с применением современных технологий — онлайн платформ для выражения своего мнения с обязательным рейтинговым голосованием не только ведущих российских ученых, но и практикующих психиатров.

От редактора. Изложенная позиция соответствует профессиональным установкам создания Независимой психиатрической ассоциации России. Ежемесячные открытые клинические разоры профессора А. А. Шмиловича в ПКБ им. П. Б. Ганнушкина, публикуемые в каждом выпуске «Независимого психиатрического журнала», лучшее основание поддержать его намерение взяться за этот тяжелый труд. Осуществлять его для единства стиля поначалу должен один энтузиаст нашей профессии.

Лексикон современной клинической психиатрии (синонимы, антонимы, полисемия терминологии)

В. И. Крылов¹

Статья посвящена проблеме использования синонимов и антонимов в психиатрической лексике. Обсуждаются вопросы различного толкования психопатологических понятий, проблема полисемии психиатрической терминологии. Представлен выборочный контент — анализ дефиниций психопатологических симптомов и синдромов в отечественной литературе последних лет.

Ключевые слова: психиатрическая терминология, синонимы, антонимы в психиатрии, проблема полисемии в психиатрии.

Лексикон (лат. *lexicon* — словарный запас) — совокупность терминов и понятий того или иного языка, формирующее и передающее знание о каких-либо объектах и явлениях, какой либо области знаний.

Профессиональный лексикон — слова и выражения, используемые в различных областях деятельности, не ставшие общепринятыми, свойственные речевой продукции той или иной профессиональной группы. Понятие лексикон включает основные понятия и их дефиниции, широко используемые в профессиональной деятельности.

Отсутствие четких дефиниций, содержания и объема терминов способствует превращению клинических понятий в абстрактные категории, по отношению к которым возможны различные интерпретации. Повышение точности и четкости дефиниций — одна из основных задач клинической психиатрии.

Авторы отечественных терминологических словарей, увидевших свет в последние годы, к большому сожалению, избегают рассмотрения вопроса о границах и объеме терминов, соотношении ключевых психопатологических понятий [1, 19].

Происходящее в настоящее время изменение подходов и принципов диагностики психических расстройств, во многом связанное с предстоящим внедрением новых классификаций психических и поведенческих расстройств, требует углубленного обсуждения и возможно даже частичного пересмотра некоторых положений в учебных пособиях и разделах руководств, посвященных клинической психопатологии. Видоизменение психиатрической терминологии происходит за счет заимствования иноязычных терминов, по-

нятийного аппарата смежных научных дисциплин, понятий бытовой лексики, а также переосмыслиния содержания и границ традиционных психопатологических понятий [7, 8].

Необходимость создания лексико-семантических словарей профессиональных терминов, используемых в психиатрии, постоянно подчеркивает Ю. С. Савенко (2013). Создание подобного словаря диктуется потребностью «уточнения всего спектра реально используемых слов, формирующих различные аспекты, оттенки и степени соответствующих явлений и аспектов оценки в различных ситуациях» [16].

В практической деятельности и при проведении научных исследований важно понимать значение используемых терминов, поскольку разброс вкладываемых в определенный термин смыслов бывает различным. Толковый словарь позволит «добиться точности в значении слов и выражений, используемых для передачи переживаний». Разработка словаря поможет решить проблему более четкой терминологической квалификации психопатологических и поведенческих симптомов и синдромов, а следовательно, повысить качество диагностики и лечения.

Синонимы и антонимы в психиатрической лексике. Термин синоним (греч. *synonum* — однозначный) используется для обозначения понятий, которые звучат и пишутся по-разному, имея при этом тождественное или близкое значение. Использование синонимов позволяет более точно и полно выразить те или иные особенности психического состояния.

В лингвистике выделяют полные или абсолютные, или относительные, или семантические синонимы. Использование полных или абсолютных синонимов, тождественных по своему значению, позволяет избежать ненужных повторов при описании психического состояния в статике или динамике. Примером использования абсолютных синонимов при квалификации психиче-

¹ Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова.

ского состояния больных с навязчивостями является использование двух равнозначных терминов — обсессии и ананказмы. Синонимичными терминами по нашему мнению являются понятия бредоподобный вымысел и бредоподобная фантазия. Однаковое значение имеют термины сверхценные идеи и более редко употребляемые понятия — переоцениваемые и фиксированные идеи, используемые в отечественной литературе, и термин overvalued idea, используемый англоязычными авторами. В качестве синонимов употребляются термины, отражающие нарушения влечений, — дромомания и вагобандаж.

Другим примером синонимичной терминологии является употребления наряду с наиболее часто используемым понятием «уже пережитого» более редко используемых понятий «отождествленные ложные воспоминания», «ошибочное отождествление», «двойственное представление». Абсолютными синонимами являются понятия, используемые для обозначения крайней степени ускорения темпа мышления, — скачка идей, вихрь идей, полет идей.

Топографическая систематика нарушений самосознания К. Вернике предполагает выделение аутопсихической, соматопсихической и аллопсихической деперсонализации. При этом термин аллопсихическая деперсонализация имеет общепринятый синоним в виде термина дереализация. На основе клико психопатологического принципа выделяют функциональный вариант (синоним — чувственная или невротическая деперсонализация) и дефектный вариант

На синдромальном уровне при квалификации депрессивных состояний с доминированием в клинической картине факультативных компонентов синдрома в виде сомато-вегетативных нарушений используются синонимичные термины — соматизированная депрессия, вегетативная депрессия, Алекситимическая депрессия. В качестве синонимов рассматриваются понятия малая и мягкая кататония.

Семантические или неполные синонимы позволяют при описании и оценке состояния отразить особенности, оттенки, нюансы психического состояния. В частности понятия гипертимия, эйфория, мория отражают одну общую характеристику эмоционального состояния — болезненно приподнятое настроение. В случае гипертимии доминирующим является переживание радости, веселья с ускорением ассоциативных процессов и активным стремлением к деятельности. При эйфории проявление приподнятого настроения — это чувство пассивного довольства, удовлетворенности, блаженства, беспечность с «поверхностной оценкой своего состояния и поведения». Желание что-либо менять, стремление к какой-либо деятельности отсутствует. В случае

мории приподнятое настроение имеет оттенок дурашливой веселости с плоскими, примитивными либо циничными шутками. Неслучайно в классических описаниях подчеркивается «заржающий» характер веселья больных с солнечной манией при доминировании гипертимии и отсутствие подобного влияния на окружающих в случае эйфории и тем более мории.

К контекстуальным синонимам относят понятия, имеющие близкое значение только при наличии определенных условий, в определенных ситуациях. Использование термина брутальный (от лат. *brutalis* — жестокий, звериный, в опосредованном переводе «бесстыдство силы») является уместным и оправданным при характеристике агрессивных действий больных с дисфориями. В то же время использование данного термина вряд ли оправдано при описании вспышек раздражения с вербальной агрессией больных с астеническими состояниями.

Наконец, в психиатрической лексике используются и так называемые **фразеологические синонимы**. Примером фразеологического синонима является использование фразеологического оборота «белая ворона» для обозначения психопатоподобных изменений личности типа фершробен.

Понятие **синонимичный ряд** представляет собой перечень терминов, объединенных общим значением и расположенных в определенном порядке. Сущностное значение понятий, объединенных в синонимичный ряд, выражает стержневой термин. Стержневое слово должно иметь максимально нейтральное, без специфических оттенков значение. Синонимичный ряд понятий, характеризующих болезненно приподнятое настроение должен начинаться с термина гипотимия, лишь далее должны располагаться такие термины как благодушие, эйфория, мория, экстаз. Аналогичным образом синонимичный ряд понятий, описывающих болезненно сниженное настроение, должен начинаться с термина гипотимия и включать в себя такие термины как дисстимия, тоска, тревога, дисфория, растерянность.

Антонимы (от греч. *anti* — против) — слова одной части речи, различные по написанию и произношению, имеющие диаметрально противоположное значение.

По нашему мнению в качестве антонимов могут рассматриваться термины ангедония и благодушие. Под ангедонией, как известно, понимается частичная либо полная потеря способности испытывать положительные эмоции, получать удовольствие.

При благодушии, напротив, несмотря на отсутствие отчетливого подъема настроения, больные практически не испытывают отрицательных эмоций. Серьезное ухудшение соматическо-

го состояния, представляющее прямую угрозу жизни, не вызывает изменения эмоционального состояния — появления тревоги и страха. потеря работы, финансовые потери не приводят у больных с благодушием к ситуационно вызванному снижению настроения.

Определенное сходство с антонимами имеют психопатологические полярные симптомы, обладающие антагонистическим, несовместимым характером в структуре синдрома. В частности при доминировании апатического эффекта практически исключается возможность ипохондрических нарушений в виде тревожных опасений, сверхценных и бредовых идей. Состояние оглушения исключает наличие у больного галлюцинаторных и бредовых нарушений, эффекта расщерянности.

Полезность и возможность практического использования определения любого понятия «обеспечивается одновременной формулировкой его антонима».

Полисемия психиатрической терминологии — наличие у одного слова нескольких устойчивых значений, не связанных между собой по смыслу. Явления полисемии могут являться серьезным препятствием при профессиональной коммуникации, как при проведении научных исследований, так и при обеспечении преемственности лечебных и реабилитационных мероприятий.

Противоположное, полярное клиническое значение могут иметь нарушения темпа ассоциативных процессов, обозначаемое термином телеграфный стиль речи. Диагностическое значение понятия телеграфный стиль речи зависит от контекста использования данного понятия. При депрессивных состояниях понятие телеграфный стиль речи используется для характеристики болезненно замедленного темпа мышления, проявляющегося односложными, лаконичными ответами. При маниакальных состояниях телеграфный стиль речи, напротив, является следствием болезненного ускоренного мышления. В этом случае имеется обеднение речевой продукции вследствие ускорения течения ассоциаций с образованием ассоциативных связей по сходству и смежности. Описание других характеристик речевой продукции больного (наличие или отсутствие спонтанной речи, громкость, интонации голоса) снимает диагностические сомнения.

ПРОБЛЕМА ИНТЕРПРЕТАЦИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ

Нарушения мышления. Наибольшие разногласия вызывает интерпретация термина тангенциальное мышление. Термин тангенциальное мышление в дословном переводе означающий «мышление по касательной» заимствован из англоязычной литературы.

В одних изданиях термины тангенциальное мышление и резонерское мышление рассматриваются в качестве синонимичных на основании склонности больных к теоретизированию, рассуждательству. [5, 11]. В. А. Жмурев (2012) считает синонимами тангенциальное и аморфное мышление [4].

В других работе понятие тангенциальное мышление отождествляется с феноменом мимо говорения и мимо речи, на том основании, что больные не дают ответы, не имеющие прямого отношения к задаваемому вопросу (Овсянников С. А. 2000). В контексте обсуждаемого вопроса необходимо отметить, что при тангенциальном мышлении, в отличие от мимо говорения и мимо речи, больные не дают явно нелепых ответов на задаваемые вопросы. Феномены мимо ответов и мимо действий в структуре кататонического синдрома могут рассматриваться в качестве проявлений активного негативизма (Осипов В. П. 1923). Кроме того, симптомы мимо действий и мимо ответов могут представлять собой проявления синдрома псевдодеменции, возникающей на фоне суженного сознания. Мимо ответы в этом случае являются клиническим выражением механизма условной выгодности, желательности болезни.

Отдельного рассмотрения заслуживает вопрос о соотношении близких, но не идентичных понятий — резонерского и витиеватого мышления. Как резонерское, так и витиеватое мышление в литературе относят в группу нарушений целенаправленности мышления, либо к нарушениям личностного компонента мышления. При том и другом нарушении отмечается отчетливое преобладание абстрактного мышления над конкретным. Общими признаками резонерского и витиеватого мышления являются:

1) как витиеватое, так резонерское мышление практически не зависят от общей тематики, содержания разговора; оба нарушения выявляются не только при обсуждении сложных абстрактных вопросов, но и при рассмотрении бытовых, достаточно очевидных проблем;

2) характерным как для резонерского, так и для витиеватого мышления является склонность к употреблению неоправданных аналогий, афоризмов, метафор, специальных терминов, замысловатых оборотов;

3) формальная сохранность грамматической структуры речи, «внешне кажущейся логичности суждений и умозаключений».

В то же самое время между резонерским и витиеватым мышлением имеется существенное различие. Больные с резонерским мышлением не могут довести рассуждения до логического конца, дойти до поставленной конечной цели, сделать окончательный вывод. Больные с резонерским мышлением не способны сделать необходимый вывод из своих рассуждений. В случае

витиеватого мышления конечная цель рассуждений достигается чрезмерно сложным, обходным путем. Иначе говоря, можно сказать, что резонерское мышление — это «мышление ради мышления», «рассуждение ни о чем». Витиеватое мышление — это усложненная, чрезмерно затратная цепочка рассуждений, позволяющая добраться до конечной цели — сделать необходимый вывод.

В учебном пособии по общей психопатологии В. М. Лыткин и В. В. Нечипаренко (2014), термины витиеватое и вычурное мышление, заимствованные из бытовой лексики, рассматриваются как различные варианты формальных нарушений мышления. Особенностью речевой продукции больных с манерным мышлением являются длинные «с большим количеством причастных и деепричастных оборотов фразы» с использованием редко употребляемых терминов и неологизмов. «Нарочитая глубокомысленность и карикатурный пафос — характерная особенность высказываний больных. По мнению авторов, манерное мышление наиболее характерно для синдрома метафизической интоксикации при расстройствах шизофренического спектра»(10).

В толково словаре синонимов и антонимов русского языка в качестве синонимов рассматриваются следующие слова, характеризующие и мышления и речи человека — «витиеватость», «мудренность», «замысловатость», «причудливость» (19). В качестве синонимов к слову манерность предлагаются термины «гротескность», «карикатурность», «шаржированность», «утрированность», «неестественность», «нелепость», «искусственность», «жеманство», и даже «вычурность» (12,20).

По нашему мнению выделение манерного мышления в качестве самостоятельного симптома нарушения ассоциативного процесса не достаточно обосновано и оправдано. При описании психического состояния понятие манерности должно использоваться при целостной оценке состояния. Использование данного термина позволяет оценить не соответствие эмоциональных, мимических, моторных реакций ситуации.

Вызывает возражения попытка изменения традиционной систематики количественных и качественных нарушений мышления. В недавно вышедшем руководстве И. В. Макарова (2019) по детской психиатрии большая часть количественных нарушений ассоциативного процесса, традиционно рассматриваемых в качестве формальных нарушений мышления, объединены в одну группу с нарушениями мышления по содержанию — навязчивыми, сверхценными и бредовыми идеями. К количественным нарушениям мышления автор относит только изменение темпа мышления и перерывы в мышлении (шперунги). По мнению автора разорванное, аутистическое, символическое, резонерское и инкогерент-

ное мышление следует относить к качественным нарушениям мышления. В предлагаемой систематике две разновидности насильтственного мышления — ментизма и шперунг оказываются в разных разделах. Феномен обрыва, остановки мыслей или шперунг рассматривается в качестве количественного формального нарушения мышления, а ментизм квалифицируется как нарушение мышления по содержанию(11).

Нарушения памяти. Среди понятий, используемых для квалификации нарушений памяти, наибольшие разнотечения отмечаются при толковании термина дисмнезия. В одних изданиях термин дисмнезия употребляется в качестве синонима по отношению к термину гипомнезия (2). В других работах термин дисмнезия приобретает самостоятельное смысловое значение. В последнем случае под дисмнезией понимают нарушения памяти, характеризующиеся диспропорциональностью степени выраженности или колебаниями выраженности отдельных составляющих функции памяти (3). Иное толкование термина дисмнезии предлагают Б. Д. Цыганков и А. С. Овсянников (200). Под дисмнезией авторы понимают «негрубое преходящее снижение памяти».(17) По существу при данной интерпретации термина речь идет об избирательном нарушении репродукции. Ю. В. Ковалев (2021) рассматривает дисмнезию как обратимое нарушение памяти, обусловленное «флюктуацией» активного внимания.(5) Особого мнения по данному вопросу придерживаются Н. М. Жариков и Ю. Г. Тюльпин (2000). Авторы включают в понятие дистимии все варианты количественно нарушения памяти вне зависимости от степени их тяжести — гипомнезию и амнезию, а также гипермнезию(3).

Эмоциональные нарушения. Имеется различия в понимании и интерпретации терминов эмоциональная лабильность и эмоциональная слабость. Одними авторами в качестве крайней степени выраженности эмоциональной лабильности рассматривается слабодущие, то есть различная количественная выраженность одного и того же признака (3). В других работах эмоциональная лабильность и слабодущие трактуются как качественно отличные симптомы (6) Разграничение симптомов в этом случае основывается на признаке, характеризующем наличие или отсутствие внешнего фактора при изменении настроения. При слабодущии изменение эмоционального состояния всегда вызвано внешними причинами — слезы сопровождают горчание или радость. Изменение настроения при эмоциональной лабильности обычно происходит спонтанно, без внешней провокации.

В качестве антонимов могут рассматриваться понятия эмоциональной лабильности и эмоциональной монотонности. Дискриминирующий признак позволяющие разграничить два данных

симптома — «отсутствие ситуационных колебаний настроения» при эмоциональной монотонности (6). При этом одни авторы рассматривают эмоциональную монотонность в качестве негативного симптома — «проявления пониженной аффективной возбудимости» (6), другие авторы расценивают эмоциональную монотонность в качестве продуктивного симптома — проявления нарушения динамики эмоций (3).

Полисемия психиатрической терминологии. Многие психиатрические термины полисемичны, то есть имеют не одно, а несколько устойчивых значений. Анализ отечественной литературы по общей психопатологии показал, что понятие симптом зеркала используется авторами в четырех основных значениях. При дисморфии, нервной анорексии и нервной булимии данный поведенческий признак отражает сверхценную либо бредовую убежденность в наличии дефекта внешности, физического уродства (6). В случае навязчивого страха сумасшествия (лисофобия) больные избегают зеркал, так как по их мнению особенности выражения лица, особенности взгляда — это один из основных признаков психического заболевания (9). Больные с соматопсихической деперсонализацией, напротив, постоянно рассматривают свое отражение в зеркале, пытаясь найти и понять на чем основывается субъективное чувство измененности внешности (15). Симптом зеркала у больных с деменцией является следствием не узнавания собственного отражения в зеркале вследствие нарушения аутопсихической ориентировки (18).

Отдельного анализа заслуживает вопрос о правомерности выделения, психопатологической сущности и диагностическом значении феноменов, имеющих двухкомпонентную структуру. В этом случае достаточно часто имеет место объединение в одном понятии феноменов, являющихся следствием нарушения различных психических процессов и даже уровней (регистров) психической деятельности. На симптоматическом уровне выделяются галлюцинаторные и бредовые сенестопатии (18), галлюцинаторные, бредовые и онические конфабуляции (4). В результате использования подобной терминологии становится непонятным, о каком нарушении идет речь, идет речь о сенестопатиях или висцеральных галлюцинациях, конфабуляциях или бредовых идеях. Следствием этого являются затруднения при общей оценке тяжести состояния, нозологической принадлежности нарушений психики.

Спорным, на наш взгляд, является широкое использование таких понятий как астенический и ипохондрический аутизм, ипохондрическая обстоятельность мышления. В приведенных примерах введение дополнительного термина в словосочетание изменяет смысловое значение основного понятия. Использование уточняющего

определения приводит к тому, что утрачивается основной смысл данного понятия. На первый план выступает дополнительная, менее значимая характеристика понятия. Истинный аутизм представляет собой первичную, не связанную с какими либо причинами «отрешенность» от окружающего мира, погружение в мир грез и фантазий. При так называемом, «астеническом аутизме» ограничение контактов с окружающими определяется в первую очередь выраженностью астенической симптоматики — истощаемостью психической деятельности, когда даже обычная беседа, разговор становится тяжелой, непомерной нагрузкой. В случаях так называемого «ипохондрического аутизма» ограничение контактов с окружающими определяется фиксированностью на проявлениях соматического недомогания, переоценкой тяжести реальной (при навязчивой и сверхценной ипохондрии) или мнимой (при бредовой ипохондрии) соматической патологии.

Аналогичным образом «ипохондрическая обстоятельность мышления» связана со стремлением больного как можно подробнее описать тягостные болезненные переживания — патологические ощущения, тревожные, навязчивые, сверхценные опасения или сомнения. В отличие от истинной обстоятельности мышления чрезмерная детализация, не способность отличить главное от второстепенного выявляется только при разговоре на определенную тему — о состоянии здоровья пациента.

В то же самое время использование терминов имеющих двухкомпонентную структуру на уровне синдрома вряд ли может вызвать возражения. Выделение анестетической, дисфорической, ипохондрической депрессии является обоснованным и оправданным и с позиций теории, и в связи с задачами практической деятельности. Точно также разделение ступорозных состояний на кататонический, галлюцинаторный, депрессивный и другие варианты оправдано и соответствует клинической реальности.

Преимущественная или односторонняя ориентация диагностики, заложенная в диагностических указаниях к МКБ-10 и ДСМ-5, теоретически и практически явно мало обоснована. Совершенно очевидно, что идентичные или внешне сходные поведенческие проявления могут иметь в своей основе различные субъективные внутренние переживания. Не вызывает сомнений необходимость дифференциации различных видов ступора. В этих случаях использование дополнительного второго термина, определяющего психопатологическую сущность внешних поведенческих проявлений расстройства психики (кататонический, галлюцинаторный, параноидный, меланхолический, апатический ступор) является необходимым и оправданным.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александровский Ю. А. Словарь терминов, используемых в психиатрии. — 5-е изд. — М.: ВЕДАТА, 2021. — 222 с.
2. Бухановский А. О., Кутявин Ю. А., Литвак А. Л., Григорьева Е. А., Хохлов Л. К., Дьяконов А. Л. Психопатология: симптомы и синдромы. — Ярославль, 2008. — 232 с.
3. Жариков Н. М., Тюльпин Ю. Г. Психиатрия. Учебник. — 2009. — 829
4. Жмурев В. А. Большая энциклопедия по психиатрии. — 2-е изд. — М. — 864 с.
5. Ковалев Ю. В. Атлас по психиатрии. Книга первая. Общая психопатология. — БИНОМ, 2021. — 240 с.
6. Коркина М. В. Дисморфофобия и дисморфомания. — М., 1988. — 224 с.
7. Крылов В. И. Терминологические проблемы психиатрии. — Журн. им. П. Б. Ганнушкина. — 2014, 1. — С. 3 – 8.
8. Крылов В. И. Семиотика психических и поведенческих расстройств. (диагностический и коммуникационный аспекты). — Независимый психиатрический журнал. — 2021, 3. — С. 12 – 15.
9. Липгард Н. К. Навязчивые состояния при неврозах. — Киев, 1978. — 78 с.
10. Лыткин В. М., Нечипаренко В. В. Семиология психических расстройств (краткий клинико-исторический очерк). — 2014. — 234 с.
11. Макаров И. В. Психиатрия детского возраста. Руководство для врачей. — СПб.: Наука и Техника, 2019. — 992 с.
12. Михайлова О. М. Словарь синонимов и антонимов русского языка. — М.: АСТ, 2016. — 640 с.
13. Овсянников С. А. Учение о шизофрении. Компендиум. — М., СПб — Нестор-История, 2014. — 304 с.
14. Осипов В. П. Курс общего учения о душевных болезнях. — Берлин, 1923.
15. Портнов А. А. Общая психопатология. — М., 2004.
16. Савенко Ю. С. Введение в психиатрию. Критическая психопатология. — М., 2013.
17. Цыганков Б. Д., Овсянников С. А. Психиатрия. Основы клинической психопатологии. — М., 2008. — 336 с. — 2004.
18. Сиденкова А. П. Болезнь Альцгеймера. Клинические типы. Стадии деменции. Структура синдрома. — Екатеринбург. 2012. — 288 с.
19. Эглитис И. Р. Сенестопатии. — Рига, 1977. — 184 с.
20. Шамрей В. К., Рустанович А. В. Терминологический минимум по психиатрии. — СПб, 1997. — 63 с.
21. Шведова Н. Ю. Русский семантический словарь. — М., 2002. — 800 с.

Рекомендуем

Стив Фуллер.

**ПОСТПРАВДА.
ЗНАНИЕ КАК БОРЬБА ЗА ВЛАСТЬ.**

**Издательский дом Высшей школы экономики,
М., 2021**

*Обсуждается антиэкспертная революция на примере политики
(Брекзита и Трампа) и науки (Луи Пастера и Фрица Габера)*

К теории психиатрии. Идя вперед, нужно постоянно оглядываться назад (ч. 8)¹

Ю. С. Савенко

В статье отмечаются: 1) роль особенностей современных интеллектуального и морального климата; 2) древние истоки представлений о предрасположенности, потенциальности, психопатологическом диатезе; 3) неумение адекватно соизмерять свои подходы в рангу, масштабу, охвату и контексту в многозначных и многоуровневых пространстве и времени; 4) зависимость от научной моды, используемой лексики и ее понимания.

Ключевые слова: теория психиатрии, предрасположенность, психопатологический диатез, биopsихосоциальная парадигма.

НЕКОТОРЫЕ ЧЕРТЫ СОВРЕМЕННОГО СИТУАЦИОННОГО КОНТЕКСТА

Наиболее фундаментальные космологические и антропологические представления и все основные измы были сформулированы в глубокой древности. Динамика их развития исследована далеко не по всем векторам, более всего в отношении длящегося — вопреки всем декларациям — противостояния линий Платона и Аристотеля. Психиатру, как мало кому из других специалистов, важно обладать общим представлением о месте предмета его научно-практической дисциплины среди других наук, общих тенденций их развития, и своего собственного положения в конкретный исторический момент. Нельзя целиком передоверять это профессиональным философам и социологам, которые в течение последних десятилетий все более активно осваивают поле (сферу) общей психопатологии.

Важным является отказ от представления об окончательности какой-либо проблематики, в том числе противостоящих в ней позиций, в силу неисчислимости их конкретных воплощений. Компьютерная графика преодолела естественный для обычного человеческого восприятия рубеж, легко превращая треугольник в круг, кошку в собаку и т. п. Современная способность создавать выдвигающихся из портретов нам на встречу великих классиков, следящих за нами глазами, с меняющейся мимикой и даже принципиальная возможность диалога с ними, т. е. материализация того, что было способностью лишь нашего воображения, более того — превосходящая его, по крайней мере, по некоторым характеристикам, требует существенных уточнений и/или разграничений нашего категориального аппарата и некоторых базовых положений.

Иллюзии и ошибки, обман и мошенничество, и их распознавание всегда были движителями развития. Непроизвольное и сознательное уподобление, — независимо от софистики и самообмана, — облику, речи, стилю поведения различ-

ных типажей и ролей обнаружило самостоятельный параметр по этой способности и самостоятельный типаж «человека без свойств», «человека-хамелеона», где это миметическое свойство может оказаться либо средством защиты или нападения, либо рабством у микросоциальной среды или общественной атмосферы. Мы наблюдаем это не только в повседневности, но и в научной и практической деятельности. Важен градус этого противостояния во всех описанных и прочих отношениях. Это позволяет увидеть грандиозное многообразие различий там, где обычно ограничиваются общим наименованием (власть и общество, коллaborационизм и нонконформизм, болезнь и здоровье, и т. д.). Явлений, действительно, неизмеримо больше чем слов. Но вместо действительно новых понятий вводятся новые слова, обычно иноязычные кальки, расширительные толкования, например, алекситимию, зависимости, часто объединяя совершенно разнородные феномены, исходя из индукции и формальных абстракций.

Но, конечно, наиболее очевидной и омрачающей особенностью ситуационного контекста последних двух десятилетий стали институционализация тотальной политизации и испарение этической проблематики и этики как таковой в стиле руководства, в частности, отечественной психиатрии. Эта атмосфера благоприятствует соответствующим ей теоретическим представлениям и формам поведения, наглядно демонстрируя, что подобие герменевтического круга осуществляется не только в мире логоса, не ограничиваясь им.

Научное сообщество утратило контроль над ВАК, из его состава в мае 2019 г. были выведены противники смешения науки с политикой и борцы с квази-диссертациями («Диссернет»). Из рекомендованных РАН оставлено 15%.

МЫ НЕ УМНЕЕ ДРЕВНИХ, А ПРОСТО СТРОИМ НА ИХ ФУНДАМЕНТЕ ПО ТЕМ ЖЕ ЗАМЫСЛАМ

Наивно-самонадеянное отношение свысока к древним концепциям обнаруживает его собственное буквалистски и механистично осмыщен-

¹ Начало в НПЖ 2019: 3, 4; 2020: 1 – 4; 2021, 1.

ное понимание. Какие бы мудрые тексты мы не читали, мы неизбежно, хотя и в разной степени, остаемся на своем уровне, который повышается не многочтением, а постоянными и ничем не удовлетворяемыми вопросами и сомнениями.

Так древнее представление о четырех субстанциях составляющих все сущее, — земля, вода, воздух, огонь — уже содержит в себе представление об уровнях по их плотности и смыслу: твердь под ногами, жизнь невозможная без воды, душа присутствующая пока есть дыхание и дух обжигающий, но бестелесный. — Это те же 4 онтологических слоя, лежащие в основе христианской онтологии и классификации наук.

Традиционное возражение, что это наше нынешнее, а не тогдашнее понимание претендует на конкретное знание, а не ту крайне общую гомологию (на уровне фрактала), которую мы имеем в виду. Но многие до сих пор не различают аналогию и гомологию и веруют в прогресс, оставаясь в шорах антропоцентризма. В результате они не замечают, что их собственные работы — переименование прежних, если не хуже. Выразителен достойный пример отказа Абрахама Маслоу от своей знаменитой «пирамиды потребностей», на которую до сих пор многие ссылаются².

Грандиозные мировоззренческие повороты и научные революции как, например, поворот от Аристотеля и Фомы Аквинского к Галилео и Ньютону, от них к Эйнштейну, от него к Нильсу Бору, а затем к Максу Борну и Гейзенбергу и, наконец, серии новых метатеорий, обнаруживают резкое ускорение развития нашего знания. Но всякий раз это не перечеркивание прошлого, а наслаждение новых пониманий и дифференциаций. Это тонко прослежено в истории разных наук, в истории математики и физики. Так Карл Поппер выделил историческую последовательность десяти важных исследовательских программ, из которой следует:

1) Древнейшие корни имеет идея **предрасположенностей (propensitiv)** с различием их реализаций и реализованности.

2) Попеременное преобладание платоновского и аристотелевского подходов, затем их объединение: математический (геометрический) подход и гипотетический метод Платона с представлением Аристотеля об эссециальной многосущностной реляционной структурой **потенциальностей**, реализуемых в соответствии с конечной целью.

3) Представление о центральных силовых полях, наряду с которыми существуют изменяющиеся (векторные) поля, зависящие от локальных изменений.

² Маслоу вернулся к гибкому динамичному представлению своего учителя Курта Гольдштейна, соответствующему ситуационной доминанте А. А. Ухтомского и динамическому оператору Н. А. Бернштейна. Удивительно, что этого не знают авторы современных учебников по истории психологии.

4) Взаимообразуемость материи излучения (полевой энергии), что знаменует крах часового механизма космологии, т.е. материализма, но не представления о физической реальности.

5) Возобладание статистической интерпретации квантовой теории Макса Борна, что представляет возврат к первоначальным атомистическим представлениям.

Для современного знания характерно понимание сосуществование всех измов, доминирование которых меняется по модели маятника либо определённого цикла, с глубокой древности часто пятистадийного.

Предрасположенность плана развития в самом общем виде, тем более размыта, чем о менее общем его виде идет речь, — **в чем отличие этого представления от современных представлений о диатезах?** Это необходимо проследить с той же тщательностью, как Поппер в отношении квантовой теории. Еще полстолетия назад он показал, что понимание квантовой теории с 1927 до 1981 гг. прошло пять этапов, и представление модели атома Бора и копенгагенской интерпретации как «последней революции» в физике сменилось представлением, что «это просто название высокоэффективного математического формализма, который... находит все более и более широкое применение. Однако и он очень сильно изменился и шагнул далеко за пределы первоначальной теории Гейзенberга, Борна и Иордана — теории, трактовавшейся как осуществлённая цель в физике». Многое из этого представляет непосредственный интерес и для биомедицины, и для нашей профессии. Помимо ряда явственно общих моментов, прежде всего процесса изменений в «открытых системах», оказалось, что при строго учитываемом уровне, охвате, масштабе и контексте рассмотрения, многие выяснившиеся особенности физических процессов соответствуют биологическим (понятие поля, ближнего и дальнего взаимодействия, спонтанной активности и динамики, хаоса и самоорганизации и т. д.). Это указывает на необходимость при сравнительных исследованиях учитьвать гомологии на соответствующих, нередко неожиданных для нас уровнях и масштабах рассмотрения.

Пропенситивная интерпретация квантовой теории Поппера вслед за Паули указывает, что частные науки будут развиваться в направлении большего единства, к объединению в одно целое, имея в виду физические и биологические науки, но «прежде всего науки о человеке». Поппер пишет, что «избирательное сродство», а теперь, в свете квантово-теоретического объяснения, мы можем сказать, что химическое сродство — это физическая предрасположенность и что оправдывается интуитивное чувство родства во многих случаях с определенными биологическими предрасположенностями. Мы находим здесь не просто аналогию, а скорее **промежуточное, переходное явление**. Сам термин «предрасположенность» — конечно же, биологический и психологический (он также используется в экономи-

ке, причем только в таком же смысле, как в физике)... Индивидуальные организмы в биологии с их специфической чертой далеко идущей автономии от окружающих условий... внутренне присущи предрасположенностиям системы. Они, как и все предрасположенности реляционны, однако более других физических и биологических предрасположеностей, подобны аристотелевским внутренне присущим **потенциальностям** (это не случайно: Аристотель был биологом)». Это один из зародышей синергетических идей, т.е обнаружение в масштабе квантовой механики закономерностей, характерных для биологического уровня. Но даже в биологии они в советскую пору пресекались, в силу нетерпимости к идеям самоорганизации, спонтанности, автономии, вплоть до драматической судьбы выдающегося открытия Л. Н. Белозерского, признанием которого мы обязаны С. Э. Шнолю, а окончательным утверждением и разработкой Илье Пригожину. Но осмеиваемые до сих пор натурфилософы давно основывались на этих идеях.

Из всего этого видно единство законов природы и неумение частных наук адекватно соразмерять свои подходы по рангу, масштабу, охвату и контексту в многозначном и многоуровневом пространстве и времени.

О КОНЦЕПЦИИ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОГО ДИАТЕЗА

После известного положения о неотрывности любой проблематики от ее исторического контекста довольно неловко читать у отечественных авторов постсоветского периода (1995, 1998, 2004, 2013), что «в психиатрии истоки представления о диатезе лежат во введенном А. В. Снежневским (1972) определении *pathos* (почва, предрасположенность)» и его «шизофреническом диатезе или патосе». Общепатологические понятия *Nosos* и *Pathos*, позаимствованные им у И. В. Давыдовского (1962), который сам не претендовал на такое авторство, в психиатрии были традиционными. Нивелирование исторического рельефа и подлинных вех в развитии психиатрической проблематики, подмена истории понятий историей терминов без разведения их различного значения у разных авторов не служит ясности и продвижению вперед, а нередко представляет банальности, облеченные в новые слова, дефиниции которых выдают отсутствие всякой новизны и проблематизации.

Все более дробная дифференциация удаляет от той, пускай диффузной, целостности, которая схватывается профессиональным восприятием

в виде того, что получило именование «стиля», «прегнантности», композиционного равновесия, позволяющего, например, использовать золотое сечение, не прибегая ни к каким расчетам. Да и сам А. В. Снежневский ссылается на приоритет П. Б. Ганнушкина (1914) в отношении понятия «шизофренической конституции», т. е. патоса.

Но понятие предрасположенности сформировалось в древности и присутствует в самых ранних представлениях о темпераментах и строении тела. Фундаментальное значение этого понятия в психиатрии внесла «Клиническая психопатология» Курта Шнайдера, а в отечественной психиатрии работы С. Г. Жислина о реакциях патологически отягощённой почвы, которые продолжили представления Курта Шнайдера о реакциях фона и реакциях почвы (1931, 8 изд. 1967).

Теоретической основой *Nosos* и *Pathos* послужила вышедшая из гештальт-школы³ метатеоретическая модель «фигура — фон»⁴. На основе этой модели были описаны многочисленные законы взаимоотношения фигуры и фона, многообразие которых показало их отличие от собственно коморбидных сочетаний, принадлежность психогенных расстройств к эндогениям, различия латентных, маскированных и замещающих (эквивалентных) расстройств. Это превратило понятие диатеза в столь общее, что требует значительно более конкретного его употребления.

Что касается современных работ по этой проблематике, то приходится констатировать, что они уступают концептуальному уровню 30-х и 60-х годов, которого достигло гештальт-теоретическое направление в лице Курта Гольдштейна и Адемара Гельба в предвоенные и Курта Левина и Клауса Конрада в послевоенные годы. На примере этого направления хорошо видна поэтапность развития, каждая ступень которого, начиная с М. Вертаймера, К. Коффки и В. Келера, превращалась в метатеорию, вплоть до математического моделирования, подхваченного у нас Н. А. Бернштейном, И. М. Гельфандом и М. Л. Цетлиным в Москве и Б. Г. Ананьевым и Л. М. Веккером в Санкт-Петербурге. После радикально дискретных (эндо-, экзо-генных) и континуальных (волновых) представлений, как и во многих других сферах, возобладали «мягкие» модели.

Чтобы объяснить и понять трудное развитие отечественной психиатрии, достаточно ввести ее историю в общественно-политический контекст с драматической судьбой ее выдающихся представителей советского периода.

³ Немецкая лексема «гештальт», переводимая как «форма» и «целое», имеет как понятие значение «узнаемо оформленную целостность».

⁴ Оба понятия К. Шнайдера (1886 – 1967) «фон» и «почва» являются разновидностями «фона» в модели «фигура – фон», реакции почвы, депрессии почвы у Шнайдера «это всегда колебания настроения в норме и психопатической жизни», «это не болезнь» и «совершенно иное, нежели подсознательное в психоанализе». «От этой непережитой и не подлежащей переживанию подпочвы реакции на события следует отличать пережитый фон некоторых реакций на события». Имеется в виду противопоставление фона переднему плану.

СВОБОДА ОТ НАУЧНОЙ МОДЫ

Современное представление о «биопсихосоциальной парадигме» обычно синонимично, если не хуже «целостного», «личностного», «индивидуального», «конкретного» подхода, так как дробит его требованием междисциплинарности, бригадным подходом, который чреват бесконечными спорами, и снижает усилие личной мобилизованности колективной ответственностью. Более того, возвращает нас к широко обсуждавшейся 100 лет назад опасности, — по большей части уже реализовавшейся в очередной раз, — сумативного подхода. Понятия «целостный» и «личностный» использовались как уход от этого. Проблема различий сумативного, синкетического, эклектического, синтетического, амальгамного, как степеней целостности, была увенчана понятием конкретно-индивидуального, включавшего даже противоречивое, антиномичное в их динамичном диалектическом противоборстве.

Когда мы говорим о многослойности антропологии — это метафора в дидактических целях. Речь не идет о луковичной структуре в буквальном смысле. Это не наслаждение и не ветвление в ходе развития, так как каждый шаг в развитии целостен. В развитии целостности, это нарастающая дифференцированность, сложность изначально и постоянно целостного.

Современным итогом представлений о понятии «парадигма» является понимание его девальвации, превращения с одной стороны в обозначение любого нового понимания, а с другой в обозначение научной моды в определенный период развития той или иной науки. Что касается прежнего глобального грандиозного галилеевского поворота самого научного мышления от Аристотеля к Платону, т. е. тотальной математизации научного знания, что послужило основой для первоначальной позиции Томаса Куна, то от нее он сам отказался. В итоге ясно, что для каждой конкретной научной проблемы необходимо использовать адекватный ей концептуальный подход, а при сравнительном анализе строго соблюдать соответствие по рангу, масштабу, охвату и контексту предмета исследования и его цели. Т. е. это общенаучное требование, называть которое парадигмой бессмысленно, так как это синоним более ясного и точного обозначения: строго научное знание с пониманием его границ.

Важно помнить пример гештальт школы: «**запрет Келера**», т. е. запрет использовать понятие «гештальт», заменяя его описанием конкретного осуществления, — лучшее средство от девальвации и декларативности, и «**отказ Келера**», т. е. от того, что делается общепринятым либо метатеоритическим, и следовать дальше.

«Но большинство молодых физиков, — писал Поппер, — ошибочно считают, что философские дискуссии не важны для физики и, воспитанные в период сверхспециализации и в русле новой традиции культа узкого профессионализма и ненужного к недостаточно профицированным представителям старших поколений,... может легко привести к концу науки и замещению ее технологией».

Наиболее ярким осуществившимся примером этого на поле психиатрии является МКБ-11 и оптимизация здравоохранения. Парадоксальным образом это происходит в противоположном качестве маятника, но полюсы всегда имеют общие черты. Оба примера о том, что к подмене науки технологией приводят и минимизация узкой профессионализации: подмена специалистов домашними врачами, а в сельской местности фельдшерами либо телекоммуникацией. Тем самым оправдывается хорошо обоснованный прогноз Макса Вебера: неизбежное наступление бюрократизации, формализации, рационализации. Фактически это оптимизация, но под знаком какой иерархии ценностей и целей? Даже их уравнивание, отказ от иерархии, стохастический подход лучше чем неизменное стремление к экономии, удешевлению⁵ и упрощению, что ведет к деградации различных структур и отчуждению человеческих отношений. На это работают не только экономические, но и демографические процессы. Реальную почву для оптимизма дает синергетика, окончательно доказавшая и показавшая, что хаос преобразуется в порядок, расстройства компенсируются.

Фактически большинство современных научных исследований не соответствует современным научным требованиям — они грубо односторонни, так как основываются на массовых статистических исследованиях, на индуктивном осмысливании, т. е. на факультетском, а не госпитальном уровне. Исчезли исследования на малых выборках: все смеются относительно «средней арифметической температуры по больнице», а на практике в многообразных формах остаются в плену этого подхода. Он проще, безопаснее, надежнее, спокойнее.

ЛИТЕРАТУРА

1. Поппер К. Р. Квантовая теория и раскол в физике. Из «Постриктума» к «Логике научного открытия». — М., 1998.
2. Эволюционная эпистемология и логика социальных наук. Карл Поппер и его критики. — М., 2000
3. Поппер К. Р. Предположения и опровержения. Рост научного знания. — М., 2004
4. Поппер К. Р. Открытое общество и его врачи. Т. 1. — М., 1992
5. Фуллер Стив. Кун против Поппера. Борьба за душу науки. — М., 2020.

⁵ Это выросло из решения топологической задачи наиболее экономного раскрытия крыла самолета и теории оптимизации использования сырьевых ресурсов, за что Л. В. Канторович получил в 1975 г. Нобелевскую премию по экономике.

Ещё раз о негативном влиянии на психическое здоровье непрекращающегося потока насилия, жестокости и агрессии на телевизорах

Ю. И. Полищук

На основании данных деструктивного влияния телевизионных передач с актами насилия и агрессии на развитие детей автор предлагает разработать критерии «допустимых концентраций агрессивных телевоздействий» и ввести предупреждающие титры о наличии жестокости, а не только курения.

Ключевые слова: влияние насилия на TV на детей, школьная агрессия и насилие на TV.

Актуальным вопросам профилактической психиатрии, вопросам психопрофилактики и психогигиены до сих пор не уделяется должного внимания на межведомственном и государственном уровнях, в частности, со стороны средств массовой информации. По мнению академика Д. С. Лихачёва, проблемы экологии человека нельзя ограничивать задачами сохранения природной среды. Для жизни и здоровья людей не менее важна среда, созданная культурой, информационная среда, в которой люди постоянно живут и развиваются. Несоблюдение законов и принципов культурной экологии может нанести человеку и его развитию непоправимый вред. Физиолог академик К. В. Судаков указывал на то, что внутренний мир людей за последние годы подвергается значительным изменениям под влиянием интенсивных информационных воздействий, что является одной из причин психических расстройств, алкоголизма, наркоманий, самоубийств.

Накапливается всё больше данных, свидетельствующих о деструктивном влиянии многих телевизионных передач с актами насилия и агрессии на духовное и психическое здоровье людей, прежде всего, детей и подростков. В обращении участников Второго Российского конгресса «Мир семьи» к Федеральному собранию и Правительству РФ было записано: «Разработать законодательные и нормативные акты, предусматривающие ответственность СМИ за распространение информации, наносящей вред моральному и духовно-нравственному развитию ребёнка, за пропаганду жестокости, насилия и всех форм сексуального разврата». В резолюции конференции, организованной Институтом мировой литературы в 2002 г., указывалось на необходимость противодействия некоторым СМИ и телевидению, пропагандирующими культуру агрессии, жестокости, вседозволенности, следствием чего является искажённое формирование личности, девиантные и деликатные формы поведения детей и подростков, разные виды преступности. Психиатры

Л. М. Барденштейн и Ю. Б. Можгинский выразили твёрдое мнение о том, что одним из важнейших социальных звенёв формирования агрессии у детей и подростков является негативное влияние СМИ и телевидения, а также компьютерных игр. Они привели данные американских исследователей о наличии достоверной связи между выраженной детской жестокостью и агрессивностью, с одной стороны, и количеством увиденных на телевизоре эпизодов насилия и убийств. По мнению профессора Е. В. Макушкина, показ фильмов-боевиков способствует развитию агрессии у детей и подростков. Многие представители СМИ и телевидения, журналисты подвергают сомнению приведенные данные, считая главной причиной формирования агрессии и жестокости у детей и подростков неблагополучие и насилие в семье, школе, а также ряд других факторов. В этом мнении они придерживаются корпоративных интересов и не склонны что-либо менять в своей деятельности. Их не убеждают строго научные данные, полученные американскими психологами из Стэнфордского университета под руководством А. Бандуры, которые после многочисленных экспериментов и наблюдений пришли к выводу о том, что сцены насилия и жестокости на телевизорах вызывают и активируют агрессивные импульсы у подростков и молодёжи. Специальная комиссия Американской психологической ассоциации по насилию среди молодёжи также пришла к определённому выводу о том, что повторяющееся созерцание сцен насилия на телевизорах повышает общий уровень насилия и агрессивности, программирует зрителей на агрессивное поведение. Сцены насилия и жестокости могут вызывать представления и фантазии о способах расправы с обидчиками и врагами в реальной жизни. К таким же выводам пришли учёные из университета штата Айова под руководством профессора Андерсона. Не исключено, что массовые резонансные убийства, совершённые подростками в Керчи и Казани, в какой-то степени «подпитывались» медиаагressией, которую они

усваивали из современной телепродукции и компьютерных игр. Нередкими стали избиения школьников и даже избиения школьниками учителей, участились проявления буллинга и троллинга.

Персонажами многочисленных зарубежных и российских телесериалов стали бандиты, мошенники, авантюристы. Под влиянием систематической и подробной информации на криминальные темы у подростков и молодёжи формируется представление о том, что насилие, грабежи, агрессия, убийства, жестокость, право сильного и богатого являются неотъемлемыми атрибутами нового демократического общества, в котором им предстоит жить. Такое представление способствует формированию цинизма, «поп-фигизма» и эгоизма, социального равнодушия. Распространённым видом информационного и психологического насилия стала массовая телереклама, которая многократно даётся по ходу кинофильмов и содержательных передач. Этим она разбивает поток сознания и внимания, вызывая возмущение и негодование у многих телезрителей. Многократная и назойливая телереклама расшатывает их психическое состояние, вызывает отрицательные эмоции, способствует в некоторых случаях развитию невротических расстройств.

Нередкими в настоящее время стали проявления жестокости и насилия в семье по отношению к женщинам и престарелым людям, которые являются менее физически и психологически защищёнными по сравнению с мужчинами. Особенно уязвимыми к проявлениям физического и психологического насилия являются психически больные инвалиды и лица со слабоумием. Они нередко подвергаются прямым или косвенным издевательствам, будучи не в состоянии постоять за себя перед лицом агрессивных родственников, что приводит к развитию у лиц позднего возраста депрессивных и тревожных расстройств, резкому снижению качества жизни, обострению хронических заболеваний. Семейно-бытовое насилие стало всё чаще демонстрироваться в многочисленных телесериалах, таких, как например, «След», «Ментовские войны» и других с показом убийств и окровавленных трупов.

С учётом всего изложенного, полагаем, что пришло время, когда на основе методически адекватного анализа степени «загрязненности» информационной среды, с точки зрения её агрессивности и деструктивности по отношению к психическому здоровью людей, необходимо приступить к научно обоснованному определению понятий предельно допустимых концентраций агрессивных телевизионных воздействий, негативно влияющих на психическое состояние телезрителей разных возрастных групп. С помо-

щью психологических тестов и опросников, психофизиологических методик важно разработать критерии допустимых и недопустимых информационных воздействий, содержащих проявления насилия, жестокости и агрессии, их предельно допустимую концентрацию. Возрастных ограничений и рекомендаций в этих целях недостаточно. Если в начале фильмов и телесериалов допускается предупреждение о наличии показа курения табачных изделий с угрозой для здоровья, то не менее важным должно быть корректное предупреждение в титрах о наличии в предлагаемой телепродукции сцен насилия, агрессии, жестокости, если без них, по мнению режиссёра и продюсера, нельзя обойтись.

ЛИТЕРАТУРА

1. Барденштейн Л. М., Можгинский Ю. Б. Патологическое гетероагрессивное поведение у подростков. М.: 2000.
2. Зубакин М. В. Насилие в СМИ: теории и исследования. // Вестник Пермского университета. Философия. Психология. Социология. 2017. Вып. 4. С. 584 – 595.
3. Крейхи Б. Социальная психология агрессии. СПб:Питер. 2003. 336 с.
4. Полищук Ю. И., Летникова З. В. К вопросу о жестоком обращении с психически больными пожилыми и престарелыми людьми в семье и психиатрических учреждениях. // Социальная и клиническая психиатрия. 2018. № 3. С. 56 – 61.
5. Реан А. А. Агрессия и агрессивность личности. // Психологический журнал. 1996. № 5. С. 3 – 18.

От редактора. Разделяя пафос и предложения автора настоящей работы, мы считаем важным постоянно подчеркивать качественные различия источника роста агрессии и жестокости в публичном пространстве западных стран и нашей страны. Этот контекст меняет многое, даже необходимые меры. Погоню за сенсационностью на Западе у нас перекрывают два официально инициируемых самой властью посыла: возбуждение ненависти вплоть до ее целенаправленного науськивания на своих критиков, признания оппозиции врагами, пятой колонной, иностранными агентами и т. п., с одной стороны, и засекречивание грандиозного масштаба пыточных технологий, что представляет собой «установленное беззаконие», усугубляя его на порядок. Пытки, физическое, психическое, сексуальное и моральное насилие, шантаж, обман, провокации по рецепту зубатовщины и гапоновщины — это раскручивание маxовика, который чем дольше, тем труднее будет остановить, как показал пример «дела врачей». И это дело 1, если заботиться о психическом здоровье всерьез, а не декларативно.

ИЗ КЛАССИЧЕСКОГО НАСЛЕДИЯ

Федор Достоевский

БРАТЬЯ КАРАМАЗОВЫ

Книга 10. Мальчики (отрывки)¹

IV. ЖУЧКА

Коля с важною миной в лице прислонился к забору и стал ожидать появления Алеши. Да, с ним ему давно уже хотелось встретиться. Он много наслышался о нем от мальчиков, но до сих пор всегда наружно выказывал презрительно равнодушный вид, когда ему о нем говорили, даже «критиковал» Алешу, выслушивая то, что о нем ему передавали. Но про себя очень, очень хотел познакомиться: что-то было во всех выслушанных им рассказах об Алеше симпатическое и влекущее. Таким образом, теперешняя минута была важная; во-первых, надо было себя в грязь лицом не ударить, показать независимость: «А то подумает, что мне тринадцать лет, и примет меня за такого же мальчишку, как и эти. И что ему эти мальчишки? Спрошу его, когда сойдусь. Скверно, однако же то, что я такого маленького роста. Тузиков моложе меня, а на полголовы выше. Лицо у меня, впрочем, умное; я не хороши, я знаю, что я мерзок лицом, но лицо умное. Тоже надо не очень высказываться, а то сразу-то с объятиями, он и подумает... Тыфу, какая будет мерзость, если подумает!..»

Так волновался Коля, изо всех сил стараясь принять самый независимый вид. Главное, его мучил маленький его рост, не столько «мерзкое» лицо, сколько рост. У него дома, в углу на стене, еще с прошлого года была сделана карандашом черточка, которую он отметил свой рост, и с тех пор каждые два месяца он с волнением подходил опять мериться: на сколько успел вырасти? Но увы! вырастал он ужасно мало, и это приводило его порой просто в отчаяние. Что же до лица, то было оно вовсе не «мерзкое», напротив, довольно миловидное, белененькое, бледненькое, с веснуш-

ками. Серые, небольшие, но живые глазки смотрели смело и часто загорались чувством. Скулы были несколько широки, губы маленькие, не очень толстые, но очень красные; нос маленький и решительно вздернутый: «Совсем курносый, совсем курносый!» — бормотал про себя Коля, когда смотрелся в зеркало, и всегда отходил от зеркала с негодованием. «Да вряд ли и лицо умное?» — подумывал он иногда, даже сомневаясь и в этом. Впрочем, не надо полагать, что забота о лице и о росте поглощала всю его душу. Напротив, как ни извратны были минуты пред зеркалом, но он быстро забывал о них, и даже надолго, «весь отдаваясь идеям и действительной жизни», как определял он сам свою деятельность.

Алеша появился скоро и спеша подошел к Коле...

(...)

— Илюша очень плох, он непременно умрет.

— Что вы! Согласитесь, что медицина подлость, Карамазов, — с жаром воскликнул Коля.

— Илюша часто, очень часто поминал об вас, даже, знаете, во сне, в бреду. Видно, что вы ему очень, очень были дороги прежде... до того случая... с ножиком. Тут есть и еще причина... Скажите, это ваша собака?

— Моя. Перезвон.

— А не Жучка? — жалостно поглядел Алеша в глаза Коле. — Та уже так и пропала?

— Знаю, что вам хотелось бы всем Жучку, слышал все-с, — загадочно усмехнулся Коля. — Слушайте, Карамазов, я вам объясню всё дело, я, главное, с тем и пришел, для этого вас и вызвал, чтобы вам предварительно объяснить весь пассаж, прежде чем мы войдем, — оживленно начал он. — Видите, Карамазов, весной Илюша поступает в приготовительный класс. Ну, известно, наш приготовительный класс: мальчишки, детвора. Илюшу тотчас же начали задирать. Я двумя классами выше и, разумеется, смотрю издали, со стороны. Вижу, мальчик маленький, слабенький, но не подчиняется, даже с ними дерется, гордый, глазенки горят. Я люблю этаких. А они его пуще. Главное, у него тогда было платьишко

¹ Изданная отдельной книгой Детгизом в 1947 г., эта часть романа Достоевского — один из самых выдающихся вкладов в детскую антропологию, психологию, педагогику и психотерапию. Она оказала неизгладимо влияние на меня в 10-летнем возрасте (ред.).

скверное, штанишки наверх лезут, а сапоги кашки просят. Они его и за это. Унижают. Нет, это уж я не люблю, тотчас застулся и экстрафефера задал. Я ведь их бью, а они меня обожают, вы знаете ли это, Карамазов? — экспансивно похвастался Коля. — Да и вообще люблю детвору. У меня и теперь на шее дома два птенца сидят, даже сегодня меня задержали. Таким образом, Илюшу перестали бить, и я взял его под мою проекцию. Вижу, мальчик гордый, это я вам говорю, что гордый, но кончил тем, что предстал мне рабски, исполняет малейшие мои повеления, слушает меня как бога, лезет мне подражать. В антрактах между классами сейчас ко мне, и мы вместе с ним ходим. По воскресеньям тоже. У нас в гимназии смеются, когда старший сходится на такую ногу с маленьким, но это предрассудок. Такова моя фантазия, и баста, не правда ли? Я его учу, развиваю — почему, скажите, я не могу его развивать, если он мне нравится? Ведь вот вы же, Карамазов, сошлись со всеми этими птенцами, значит, хотите действовать на молодое поколение, развивать, быть полезным? И признаюсь, эта черта в вашем характере, которую я узнал понаслышке, всего более заинтересовала меня. Впрочем, к делу: примечу, что в мальчике развивается какая-то чувствительность, сентиментальность, а я, знаете, решительный враг всяких телячьих нежностей, с самого моего рождения. И к тому же противоречия: горд, а мне предан рабски, — предан рабски, а вдруг засверкают глазенки и не хочет даже соглашаться со мной, спорит, на стену лезет. Я проводил иногда разные идеи: он не то что с идеями не согласен, а просто вижу, что он лично против меня бунтует, потому что я на его нежности отвечаю хладнокровием. И вот, чтобы его выдержать, я, чем он нежнее, тем становлюсь еще хладнокровнее, нарочно так поступаю, таково мое убеждение. Я имел в виду вышколить характер, выровнять, создать человека... ну и там... вы, разумеется, меня с пол слова понимаете. Вдруг замечаю, он день, другой, третий смущен, скорбит, но уж не о нежностях, а о чем-то другом, сильнейшем, высшем. Думаю, что за трагедия? Наступаю на него и узнаю штуку: каким-то он образом сошелся с лакеем покойного отца вашего (который тогда еще был в живых) Смердяковым, а тот и научи его, дурачка, глупой шутке, то есть зверской шутке, подлой шутке — взять кусок хлеба, мякишу, воткнуть в него булавку и бросить какой-нибудь дворовой собаке, из таких, которые с голодухи кусок, не жуя, глотают, и посмотреть, что из этого выйдет. Вот и смастерили они такой кусок и бросили вот этой самой лохматой Жучке, о которой теперь такая история, одной дворовой собаке из такого двора, где ее просто не кормили, а она-то весь день на ветер лает. (Любите вы этот глупый лай, Карамазов? Я терпеть не могу). Так и бросилась, проглотила и завизжала, заверте-

лась и пустилась бежать, бежит и всё визжит, и исчезла — так мне описывал сам Илюша. Признается мне, а сам плачет-плачует, обнимает меня, сотрясается: «Бежит и визжит, бежит и визжит» — только это и повторяет, поразила его эта картина. Ну, вижу, угрызения совести. Я принял серьезно. Мне, главное, и за прежнее хотелось его прошколить, так что, признаюсь, я тут схитрил, притворился, что в таком негодовании, какого, может, и не было у меня вовсе: «Ты, говорю, сделал низкий поступок, ты подлец, я, конечно, не разглашу, но пока прерываю с тобою сношения. Дело это обдумаю и дам тебе знать через Смуррова (вот этого самого мальчика, который теперь со мной пришел и который всегда мне был предан): буду ли продолжать с тобою впредь отношения, или брошу тебя навеки, как подлеца». Это страшно его поразило. Я, признаюсь, тогда же почувствовал, что, может быть, слишком строго отнесся, но что делать, такова была моя тогдашняя мысль. День спустя посыпало к нему Смуррова и через него передаю, что я с ним больше «не говорю», то есть это так у нас называется, когда два товарища прерывают между собой сношения. Тайна в том, что я хотел его выдержать на фербанте всего только несколько дней, а там, видя раскаяние, опять протянуть ему руку. Это было твердое мое намерение. Но что же вы думаете: выслушал от Смуррова, и вдруг у него застыкли глаза. «Передай, — закричал он, — от меня Красоткину, что я всем собакам буду теперь куски с булавками кидать, всем, всем!» — «А, думаю, вольный душок завелся, его надо выкупить», — и стал ему выказывать полное презрение, при всякой встрече отвертываюсь или иронически улыбаюсь. И вдруг тут происходит этот случай с его отцом, помните, мочалка-то? Поймите, что он таким образом уже предварительно подготовлен был к страшному раздражению. Мальчики, видя, что я его оставил, накинулись на него, дразнят: «Мочалка, мочалка». Вот тут-то у них и начались баталии, о которых я страшно сожалею, потому что его, кажется, очень сильно тогда раз избили. Вот раз он бросается на всех на дворе, когда выходили из классов, а я как раз стою в десяти шагах и смотрю на него. И клянусь, я не помню, чтоб я тогда смеялся, напротив, мне тогда очень, очень стало жалко его, и еще миг, и я бы бросился его защищать. Но он вдруг встретил мой взгляд: что ему показалось — не знаю, но он выхватил перочинный ножик, бросился на меня и ткнул мне его в бедро, вот тут, у правой ноги. Я не двинулся, я, признаюсь, иногда бываю храбр, Карамазов, я только посмотрел с презрением, как бы говоря взглядом: «Не хочешь ли, мол, еще, за всю мою дружбу, так я к твоим услугам!». Но он другой раз не пырнулся, он не выдержал, он сам испугался, бросил ножик, заплакал в голос и пустился бежать. Я, разумеется, не фискал и приказал всем молчать, чтобы не дошло до начальст-

ва, даже матери сказал, только когда всё зажило, да и ранка была пустая, царапина. Потом слышу, в тот же день он бросался камнями и вам палец укусил, — но, понимаете, в каком он был состоянии! Ну что делать, я сделал глупо: когда он заболел, я не пошел его простить, то есть помириться, теперь раскаиваюсь. Но тут уж у меня явились особые цели. Ну вот и вся история... только, кажется, я сделал глупо..

— Ах, как это жаль, — воскликнул с волнением Алеша, — что я не знал ваших этих с ним отношений раньше, а то бы я сам давно уже пришел к вам просить пойти к нему со мной вместе. Верите ли, в жару, в болезни, он бредил вами. Я и не знал, как вы ему дороги! И неужели, неужели вы так и не отыскали эту Жучку? Отец и все мальчики по всему городу разыскивали. Верите ли, он, больной, в слезах, три раза при мне уж повторял отцу: «Это оттого я болен, папа, что я Жучку тогда убил, это меня бог наказал», — не собьешь его с этой мысли! И если бы только достали теперь эту Жучку и показали, что она не умерла, а живая, то, кажется, он бы воскрес от радости. Все мы на вас надеялись.

— Скажите, с какой же стати надеялись, что я отыщу Жучку, то есть что именно я отыщу? — с чрезвычайным любопытством спросил Коля, — почему именно на меня рассчитывали, а не на другого?

— Какой-то слух был, что вы ее отыскиваете и что когда отыщете ее, то приведете. Смурров что-то говорил в этом роде. Мы, главное, всё стараемся уверить, что Жучка жива, что ее где-то видели. Мальчики ему живого зайчика откуда-то достали, только он посмотрел, чуть-чуть улыбнулся и попросил, чтобы выпустили его в поле. Так мы и сделали. Сию минуту отец воротился и ему щенка медельянского принес, тоже достал откуда-то, думал этим утешить, только хуже еще, кажется, вышло..

— Еще скажите, Карамазов: что такое этот отец? Я его знаю, но что он такое по вашему определению: щут, паяц?

— Ах нет, есть люди глубоко чувствующие, но как-то придавленные. Шутовство у них вроде злобной иронии на тех, которым в глаза они не смеют сказать правды от долговременной уничижительной робости перед ними. Поверьте, Красоткин, что такое шутовство чрезвычайно иногда трагично. У него всё теперь, всё на земле совокупилось в Илюше, и умри Илюша, он или с ума сойдет с горя, или лишит себя жизни. Я почти убежден в этом, когда теперь на него смотрю!

— Я вас понимаю, Карамазов, я вижу, вы знаете человека, — прибавил проникновенно Коля.

— А я, как увидал вас с собакой, так и подумал, что вы это привели ту самую Жучку.

— Подождите, Карамазов, может быть, мы ее и отыщем, а эта — это Перезвон. Я впущу ее те-

перь в комнату и, может быть, развеселю Илюшу побольше, чем медельянским щенком.

(...)

— Вам тринадцатый год? — спросил Алеша.

— То есть четырнадцатый, через две недели четырнадцать, весьма скоро. Признаюсь пред вами заранее в одной слабости, Карамазов, это уж так пред вами, для первого знакомства, чтобы вы сразу увидели всю мою натуру: я ненавижу, когда меня спрашивают про мои года, более чем ненавижу... и наконец... про меня, например, есть клевета, что я на прошлой неделе с приготовительными в разбойники играл. То, что я играл, это действительность, но что я для себя играл, для доставления себе самому удовольствия, то это решительно клевета. Я имею основание думать, что до вас это дошло, но я не для себя играл, а для детворы играл, потому что они ничего без меня не умели выдумать. И вот у нас всегда вздор распустят. Это город сплетен, уверяю вас.

(...)

Коля был чрезвычайно доволен Алешей. Его поразило то, что с ним он в высшей степени на равной ноге и что тот говорит с ним как с «самым большим».

— Я вам сейчас один фортель покажу, Карамазов, тоже одно театральное представление, — нервно засмеялся он, — я с тем и пришел.

— Зайдем сначала налево к хозяевам, там все ваши свои пальто оставляют, потому что в комнате тесно и жарко.

— О, ведь я на мгновение, я войду и просижу в пальто. Перезвон останется здесь в сенях и умрет: «Иси, Перезвон, куш и умри!» — видите, он и умер. А я сначала войду, высмотрю обстановку и потом, когда надо будет, свистну: «Иси, Перезвон!» — и вы увидите, он тотчас же влетит как угорелый. Только надо, чтобы Смурров не забыл отворить в то мгновение дверь. Уж я распоряжусь, и вы увидите фортель..

V. У ИЛЮШИНОЙ ПОСТЕЛЬКИ

В знакомой уже нам комнате, в которой обитало семейство известного нам отставного штабс-капитана Снегирева, было в эту минуту и душно, и тесно от многочисленной набравшейся публики. Несколько мальчиков сидели в этот раз у Илюши, и хоть все они готовы были, как и Смурров, отрицать, что помирал и свел их с Илюшой Алеша, но это было так. Всё искусство его в этом случае состояло в том, что свел он их с Илюшой, одного за другим, без «телячьих нежностей», а совсем как бы не нарочно и нечаянно. Илюше же это принесло огромное облегчение в его страданиях. Увидев почти нежную дружбу и участие к себе всех этих мальчиков, прежних врагов своих, он был очень тронут. Одного толь-

ко Красоткина недоставало, и это лежало на его сердце страшным гнетом. Если было в горьких воспоминаниях Илюшечки нечто самое горьчайшее, то это именно весь этот эпизод с Красоткиным, бывшим единственным другом его и защитником, на которого он бросился тогда с ножиком. Так думал и умненький мальчик Смуров (первый пришедший помириться с Илюшой). Но сам Красоткин, когда Смуров отдаленно сообщил ему, что Алеша хочет к нему прийти «по одному делу», тотчас же оборвал и отрезал подход, поручив Смурову немедленно сообщить «Карамазову», что он сам знает, как поступать, что советов ни от кого не просит и что если пойдет к больному, то сам знает, когда пойти, потому что у него «свой расчет». Это было еще недели за две до этого воскресенья. Вот почему Алеша и не пошел к нему сам, как намеревался. Впрочем, он хоть и подождал, но, однако же, послал Смурова к Красоткину еще раз и еще раз. Но в оба эти раза Красоткин ответил уже самым нетерпеливым и резким отказом, передав Алеше, что если тот придет за ним сам, то он за это никогда не пойдет к Илюше, и чтоб ему больше не надоедали. Даже до самого этого последнего дня сам Смуров не знал, что Коля решил отправиться к Илюше в это утро, и только накануне вечером, прощаясь со Смуровым, Коля вдруг резко объявил ему, чтоб он ждал его завтра утром дома, потому что пойдет вместе с ним к Снегиревым, но чтобы не смел, однако же, никого уведомлять о его прибытии, так как он хочет прийти нечаянно. Смуров послушался. Мечта же о том, что он приведет пропавшую Жучку, явилась у Смурова на основании раз брошенных мельком слов Красоткиным, что «ослы они все, коли не могут отыскать собаку, если только она жива». Когда же Смуров робко, выждав время, намекнул о своей догадке на счет собаки Красоткину, тот вдруг ужасно озлился: «Что я за осел, чтоб искать чужих собак по всему городу, когда у меня свой Перьевон? И можно ли мечтать, чтобы собака, проглотившая булавку, осталась жива? Телячьи нежности, больше ничего!»

Между тем Илюша уже недели две как почти не ходил с своей постельки, в углу, у образов. В классы же не ходил с самого того случая, когда встретился с Алешей и укусил ему палец. Впрочем, он с того же дня и захворал, хотя еще с месяц мог кое-как ходить изредка по комнате и в сених, изредка вставая с постельки. Наконец совсем обессилел, так что без помощи отца не мог двигаться. Отец трепетал над ним, перестал даже совсем пить, почти обезумел от страха, что умрет его мальчик и часто, особенно после того, как проведет, бывало, его по комнате под руку и уложит опять в постельку, — вдруг выбегал в сени, в темный угол и, прислонившись лбом к стене, начинал рыдать каким-то заливчатым, сотря-

сающимся плачем, давя свой голос, чтобы рыданий его не было слышно у Илюшечки.

Возвращаясь же в комнату, начинал обыкновенно чем-нибудь развлекать и утешать своего дорогого мальчика, рассказывал ему сказки, смешные анекдоты или представлял из себя разных смешных людей, которых ему удавалось встречать, даже подражал животным, как они смешно воют или кричат. Но Илюша очень не любил, когда отец коверкался и представлял из себя шута. Мальчик хоть и старался не показывать, что ему это неприятно, но с болью сердца сознавал, что отец в обществе унижен, и всегда, неотвязно, вспоминал о «мочалке» и о том «страшном дне». Ниночка, безногая, тихая и кроткая сестра Илюшечки, тоже не любила, когда отец коверкался...

(...)

Катерина Ивановна, разузнав подробнее об их обстоятельствах и о болезни Илюши, сама посетила их квартиру, познакомилась со всем семейством и даже сумела очаровать полуумную штабс-капитаншу. С тех пор рука ее не оскудевала, а сам штабс-капитан, подавленный ужасом при мысли, что умрет его мальчик, забыл свой прежний гонор и смиренно принимал подаяние. Всё это время доктор Герценштубе, по приглашению Катерины Ивановны, ездил постоянно и аккуратно через день к больному, но толку от его посещений выходило мало, а пичкал он его лекарствами ужасно.

(...)

О прибытии же Коли Красоткина он не имел никакого предчувствия, хотя уже давно желал, чтобы пришел наконец этот мальчик, по которому так мучился его Илюшечка. В то самое мгновение, когда Красоткин отворил дверь и появился в комнате, все, штабс-капитан и мальчики, стояли около постельки больного и рассматривали только что принесенного крошечного меделянского щенка, вчера только родившегося, но еще за неделю заказанного штабс-капитаном, чтобы развлечь и утешить Илюшечку, всё тосковавшего об исчезнувшей и, конечно, уже погибшей Жучке. Но Илюша, уже слышавший и знавший еще за три дня, что ему подарят маленькую собачку, и не простую, а настоящую меделянскую (что, конечно, было ужасно важно), хотя и показывал из тонкого и деликатного чувства, что рад подарку, но все, и отец и мальчики, ясно увидели, что новая собачка, может быть, только еще сильнее шевельнула в его сердечке воспоминание о несчастной, им замученной Жучке. Щеночек лежал и копошился подле него, и он, болезненно улыбаясь, гладил его своею тоненькою, бледненькою, высокощею ручкой; даже видно было, что собачка ему понравилась, но... Жучки всё же не было, всё же это не Жучка, а вот если

бы Жучка и щеночек вместе, тогда бы было полное счастье!

— Красоткин! — крикнул вдруг один из мальчиков, первый завидевший вошедшего Колю.

(...)

Но Коля уже стоял у постельки Илюши. Большой видимо побледнел. Он приподнялся на кроватке и пристально-пристало посмотрел на Колю. Тот не видел своего прежнего маленького друга уже месяца два и вдруг остановился пред ним совсем пораженный: он и вообразить не мог, что увидит такое похудевшее и пожелтевшее лицо, такие горящие в лихорадочном жару и как будто ужасно увеличившиеся глаза, такие худенькие ручки. С горестным удивлением всматривался он, что Илюша так глубоко и часто дышит и что у него так ссохлись губы. Он шагнул к нему, подал руку и, почти совсем потерявшись, проговорил:

— Ну что, старик... как поживаешь?

Но голос его пресекся, развязности не хватило, лицо как-то вдруг передернулось, и что-то задрожало около его губ. Илюша болезненно ему улыбался, всё еще не в силах сказать слова. Коля вдруг поднял руку и провел для чего-то своею ладонью по волосам Илюши.

(...)

Красоткин присел на постельке, в ногах у Илюши. Он хоть, может быть, и подготовил дорогой, с чего развязно начать разговор, но теперь решительно потерял нитку.

— Нет... я с Перезвоном... У меня такая собака теперь, Перезвон. Славянское имя. Там ждет... свистну, и влетит. Я тоже с собакой, — оборотился он вдруг к Илюше, — помнишь, старик, Жучку? — вдруг огrel он его вопросом.

Личико Илюшечки перекосилось. Он страшно посмотрел на Колю. Алеша, стоявший у дверей, нахмурился и кивнул было Коле украдкой, чтобы тот не заговаривал про Жучку, но тот не заметил или не захотел заметить.

— Где же... Жучка? — надорванным голосом спросил Илюша.

— Ну, брат, твоя Жучка — фью! Пропала твоя Жучка!

Илюша смолчал, но пристально-пристало посмотрел еще раз на Колю. Алеша, поймав взгляд Коли, изо всех сил опять закивал ему, но тот снова отвел глаза, сделав вид, что и теперь не заметил.

— Забежала куда-нибудь и пропала. Как не пропасть после такой закуски, — безжалостно резал Коля, а между тем сам как будто стал от чего-то задыхаться. — У меня зато Перезвон... Славянское имя... Я к тебе привел..

— Не на-до! — проговорил вдруг Илюшечка.

— Нет, нет, надо, непременно посмотри... Ты развлечешься. Я нарочно привел... такая же лохматая, как и та... Вы позовите, сударыня, позвать сюда мою собаку? — обратился он вдруг к госпоже Снегиревой в каком-то совсем уже неостужимом волнении.

— Не надо, не надо! — с горестным надрывом в голосе воскликнул Илюша. Укор загорелся в глазах его.

— Вы бы-с... — рванулся вдруг штабс-капитан с сундука у стенки, на котором было присел, — вы бы-с... в другое время-с... — пролепетал он, но Коля, неудержимо настаивая и спеша, вдруг крикнул Смуррову: «Смурров, отвори дверь!» — и только что тот отворил, свистнул в свою свистульку. Перезвон стремительно влетел в комнату.

— Прягай, Перезвон, служи! Служи! — завопил Коля, вскочив с места, и собака, став на задние лапы, вытянулась прямо перед постелькой Илюши. Произошло нечто никем не ожиданное: Илюша вздрогнул и вдруг с силой двинулесь вперед, нагнулся к Перезвону и, как бы замирая, смотрел на него.

— Это... Жучка! — прокричал он вдруг надтреснутым от страдания и счаствия голоском.

— А ты думал кто? — звонким, счастливым голосом изо всей силы завопил Красоткин и, нагнувшись к собаке, обхватил ее и приподнял к Илюше.

— Гляди, старик, видишь, глаз кривой и левое ухо надрезано, точь-в-точь те приметы, как ты мне рассказал. Я его по этим приметам и разыскал! Тогда же разыскал, вскорости. Она ведь ничья была, она ведь была ничья! — пояснял он, быстро оборачиваясь к штабс-капитану, к супруге его, к Алеше и потом опять к Илюше, — она была у Федотовых на задворках, прижилась было там, но те ее не кормили, а она бегла, она забегла из деревни... Я ее и разыскал... Видишь, старик, она тогда твой кусок, значит, не проглотила. Если бы проглотила, так уж конечно бы померла, ведь уж конечно! Значит, успела выплюнуть, коли теперь жива. А ты и не заметил, что она выплюнула. Выплюнула, а язык себе все-таки уколола, вот отчего тогда и завижала. Бежала и визжала, а ты и думал, что она совсем проглотила. Она должна была очень визжать, потому что у собаки очень нежная кожа во рту... нежнее, чем у человека, гораздо нежнее! — воскликнул неистово Коля, с разгоревшимся и с сияющим от восторга лицом.

Илюша же и говорить не мог. Он смотрел на Колю своими большими и как-то ужасно выкатившимися глазами, с раскрытым ртом и побледневшим как полотно. И если бы только знал не подозревавший ничего Красоткин, как мучительно

и убийственно могла влиять такая минута на здоровье больного мальчика, то ни за что бы не решился выкинуть такую штуку, какую выкинул. Но в комнате понимал это, может быть, лишь один Алеша. Что же до штабс-капитана, то он весь как бы обратился в самого маленького мальчика.

— Жучка! Так это-то Жучка? — выкрикивал он блаженным голосом. — Илюшечка, ведь это Жучка, твоя Жучка! Маменька, ведь это Жучка! — Он чуть не плакал.

— А я-то и не догадался! — горестно воскликнул Смурров. — Ай да Красоткин, я говорил, что он найдет Жучку, вот и нашел!

— Вот и нашел! — радостно отозвался еще кто-то.

— Молодец Красоткин! — прозвенел третий голосок.

— Молодец, молодец! — закричали все мальчики и начали аплодировать.

(...)

— И неужели, неужели вы из-за того только, чтоб обучить собаку, всё время не приходили! — воскликнул с невольным укором Алеша.

— Именно для того, — прокричал простодушнейшим образом Коля. — Я хотел показать его во всем блеске!

— Перезвон! Перезвон! — защелкал вдруг своими худенькими пальчиками Илюша, маня собаку.

— Да чего тебе! Пусть он к тебе на постель сам вскочит. Иси, Перезвон! — стукнул ладонью по постели Коля, и Перезвон как стрела влетел к Илюше. Тот стремительно обнял его голову обеими руками, а Перезвон мигом облизал ему за это щеку. Илюшечка прижался к нему, протянулся на постельке и спрятал от всех в его косматой шерсти свое лицо.

(...)

VI. РАННЕЕ РАЗВИТИЕ

(...)

— Помилуйте, вы, кажется, принимаете меня за мальчика Смуррова, — раздражительно осклабился Коля. — Впрочем, пожалуйста, не думайте, что я уж такой революционер. Я очень часто не согласен с господином Ракитиным. Если я о Татьяне, то я вовсе не за эманципацию женщин. Я признаю, что женщина есть существо подчиненное и должна слушаться. *Les femmes tricottent*,¹ как сказал Наполеон, — усмехнулся почему-то Коля, — и по крайней мере в этом я совершенно разделяю убеждение этого псевдовеликого человека. Я тоже, например, считаю, что

бежать в Америку из отечества — низость, хуже низости — глупость. Зачем в Америку, когда и у нас можно много принести пользы для человечества? Именно теперь. Целая масса плодотворной деятельности. Так я и отвечал.

— Как отвечали? Кому? Разве вас кто-нибудь уже приглашал в Америку?

— Признаюсь, меня подбивали, но я отверг. Это, разумеется, между нами, Карамазов, сlyшите, никому ни слова. Это я вам только. Я совсем не желаю попасть в лапки Третьего отделения и брать уроки у Цепного моста. «Будешь помнить здание у Цепного моста!»

Помните? Великолепно! Чему вы смеетесь? Уж не думаете ли вы, что я вам всё наврал? («А что, если он узнает, что у меня в отцовском шкафу всего только и есть один этот номер „Колокола“, а больше я из этого ничего не читал?») — мельком, но с содроганием подумал Коля).

(...)

— Скажите, Карамазов, вы ужасно меня презираете? — отрезал вдруг Коля и весь вытянулся перед Алешей, как бы став в позицию. — Сделайте одолжение, без обиняков.

— Презираю вас? — с удивлением посмотрел на него Алеша. — Да за что же? Мне только грустно, что прелестная натура, как ваша, еще и не начавшая жить, уже извращена всем этим грубым вздором.

— Об моей натуре не заботьтесь, — не без самодовольства перебил Коля, — а что я мнителен, то это так. Глупо мнителен, грубо мнителен. Вы сейчас усмехнулись, мне и показалось, что вы как будто..

— Ах, я усмехнулся совсем другому. Видите, почему я усмехнулся: я недавно прочел один отзыв одного заграничного немца, жившего в России, об нашей теперешней учащейся молодежи: «Покажите вы, — он пишет, — русскому школьнику карту звездного неба, о которой он до тех пор не имел никакого понятия, и он завтра же возвратит вам эту карту исправленную». Никаких знаний и беззаветное самомнение — вот что хотел сказать немец про русского школьника.

— Ах, да ведь это совершенно верно! — захотел вдруг Коля, — верниссимо, точь-в-точка! Браво, немец! Однако ж чухна не рассмотрел и хорошей стороны, а, как вы думаете? Самомнение — это пусты, это от молодости, это исправится, если только надо, чтоб это исправилось, но зато и независимый дух, с самого чуть не детства, зато смелость мысли и убеждения, а не дух ихнего колбаснического раболепства пред авторитетами... Но все-таки немец хорошо сказал! Браво, немец! Хотя все-таки немцев надо душить. Пусть они там сильны в науках, а их все-таки надо душить²...

² Выразительна проективность в отношении Герцена, Запада и отечественных либералов.

КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ

Острый делирий на почве ковида и антиковидной терапии

Разбор ведет А. А. Шмилович¹, врач-докладчик Д. Н. Сосин²
(ПКБ № 4 им. П. Б. Ганнушкина, 20.05.2021)

Врач-докладчик: Уважаемые коллеги! Вашему вниманию представляется пациент Олег Евгеньевич З. (имя изменено), 46 лет.

Уроженец Тульской области, там же и зарегистрирован, много лет проживает в г. Москве, имеет временную регистрацию. Наследственность манифестными психозами не отягощена. Отец умер несколько лет назад от рака легких. Родился в полной семье старшим ребенком, есть младший брат. Отец ушел из семьи, когда ему было 2 года. Воспитывался бабкой и матерью. В раннем психическом и физическом развитии от сверстников не отставал. Посещал ДДУ. В школу пошел в 7 лет, учился хорошо, классы не дублировал. Был общительным, активным ребенком. С одноклассниками поддерживает связь и в настоящее время. Окончил 10 классов СОШ. Проходил службу в армии, получил звание сержанта, был демобилизован на общих основаниях. После армии работал мастером по ремонту автомобилей. В последующем заочно получил высшее экономическое образование, закончил институт с красным дипломом. После окончания ВУЗа до настоящего времени (15 лет) работает начальником отдела договорной работы по образовательной деятельности в РМАНПО. Женат, от брака 2 детей (13 лет и 1 год). Проживает вместе с семьей в отдельной квартире.

Употребление алкоголя и ПАВ категорически отрицают. Увлекается рыбалкой и охотой, имеет лицензию на оружие около 15 лет.

Перелом костей носа в детском возрасте (получил удар в нос от брата).

Со слов начальника: работоспособный, ответственный, исполнительный, скромный. На работе практически никогда не говорил про личные дела, общался исключительно по рабочим вопросам. Работу всегда выполнял в срок. Был религиозен.

Соматически: гипертоническая болезнь, около 5 лет принимает гипотензивную терапию.

Ранее за помощью к психиатрам и наркологам не обращался. Со слов, 23.04.21 сделал прививку от Covid-19, после чего заболел данной инфекцией и был госпитализирован в ГКБ. В клинике вирусное поражение легких (КТ 2-3). Инфекция протекала тяжело. После стабилизации соматического состояния был выписан домой 8.05.2021. После выписки сообщил теще, что «сегодня утром перенес клиническую смерть и понял, что всегда жил неправильно, теперь буду думать и менять жизнь». С этого дня до дня госпитализации поведение было правильным, теща отмечает только ранние утренние пробуждения (около 4 часов утра) с невозможностью уснуть. 9.05.21 был осмотрен дома терапевтом из поликлиники, назначены: мексидол, гептранал, ксарапто, витамин Д, линекс. 12.05.21 был консультирован неврологом в домашних условиях. После ухода доктора стал возбужденным, громко кричал разорванные фразы из закрытой ванной комнаты («ты меня убить хочешь»), закрылся в ванной, перевернул стиральную машину, вырвал внутренности из бачка унитаза. После чего тещей был вызвана милиция и СМП, госпитализирован в ПБ № 4.

При поступлении: приведен на беседу мед. персоналом. Несколько напряжен, насторожен, взбудоражен. Постоянно меняет положение тела, активно жестикулирует руками. В разговоре периодически становится раздражительным, повышает голос. Охотно вступает в беседу, на вопросы отвечает не всегда в плане заданного, перескакивает с одной темы разговора на другую. Многоречив. В разговоре сокращает чувство дистанции, временами с трудом можно перебить пациента. Голос обычного тембра и модуляции. Понимает, что находится в психиатрической больнице, правильно называет свои ФИО, возраст, текущую дату. Путано, сбивчиво сообщает о себе основные сведения. Рассказывает, что после прививки заболел новой коронавирусной инфекцией и с большим поражением легких был госпитализирован «в больницу в Крылатском», где «лежал на кислороде несколько дней, потом мне

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

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

вливали плазму». Сообщает, что последние 2 недели практически не спит, что в голове у него «много мыслей, всяких идей». Также отмечает, что в голове путаница мыслей. Во время разговора постоянно спрашивает у врача — «мы с Вами виделись?», «мы же с Вами виделись, Вы приходили ко мне», «Ваше лицо мне знакомо». Стремится диссимилировать свое состояние. Категорически отрицает сведения о том, что разгромил ванную комнату, что разговаривал с несуществующими собеседниками, при этом несколько озлобляется. На момент осмотра наличие обманов восприятия отрицает, в поведении их не обнаруживает. Охвачен своими переживаниями. Мышление непоследовательное. Критика снижена, но в целом, позволяет пациенту принимать осознанные решения и выражать информированное согласие на госпитализацию и лечение. Понимает, что его поведение, послужившее причиной к настоящей госпитализации, вышло за рамки общепринятых норм, и что на момент поступления в психиатрический стационар его госпитализация была обоснованной.

Лечение:

- Клопиксола-акуфаза в дозе 100 мг в/м № 1 (12.05.2021)
- Седалит 900 мг/сут внутрь (12.05.2021 – 14.05.2021)
- Феназепам 2 мг/сут (12.05.2021 – 14.05.2021)
- Тригексифенидил 4 мг/сут (12.05.2021 – 14.05.2021)
- 14.05.2021 Переведен в отделение № 13

При поступлении: в сознании, ориентирован всесторонне верно, продуктивному контакту доступен. Темп мышления и речи ускорен. Многоречив. Мышление нецеленаправленное, в беседе пересекается с темы на тему. Без чувства дистанции. События, предшествующие госпитализации, отрицает, говорит, что «в ванной просто сорвало шланг от бачка унитаза, когда я вышел, уже стояли врачи и полиция», также говорит, что «теше надо на работу выходить, а за мной следить некому, поэтому и решили меня сдать в больницу». Понимает, что находится в психиатрической больнице.

Лечение:

- Кветиапин до 150 мг/сут (17.05.2021 – настоящее время)
Динамика: состояние без существенной динамики. Мышление стало несколько более целенаправленным. Многоречив, благодушен, общителен. Время проводит, общаясь с другими пациентами, играет в настольные игры, знает многих пациентов по именам. Следит за порядком в палате, перед обходом заправляет постели всем пациентам в палате. Иногда отжимается или приседает. Временами конфликтует с мед. персоналом. Рассказал о том, что 8.05, находясь

в стационаре ГКБ, утром проснулся от того, что «мой дед, который умер, взял за руку и сказал: «Хватит мучиться, пойдем со мной», начал тянуть меня, я чувствовал его руку на своей, было очень страшно, затем появился мой младший сын и вытянул меня к жизни». После этого понял, что «надо пересматривать всю свою жизнь».

ЭЭГ от 20.05.2021: Легкие до умеренных диффузные изменения биоэлектрической активности головного мозга в виде умеренной дезорганизации корковой ритмики с признаками заинтересованности срединно-подкорковых образований с акцентом по правым лобно-центральным и теменным корковым зонам. Типичной эпилептиформной активности по ходу данной записи не выявлено.

Невролог от 20.05.2021: на момент осмотра жалуется на снижение памяти, нарушение ночного сна; головные боли отрицает; на вопросы отвечает в плане заданного, многословен, речь несколько ускорена; инструкции выполняет правильно.

Правильного телосложения, чуть повышенного питания; АД 140/80 мм.рт.ст., чсс 85 в мин.

Зрачки равны, фотопререкции живые, движения глазных яблок сохранены. Лицо без отчетливой асимметрии, но имеет место чуть суженная правая глазная щель, негрубо склонена левая н/губная складка. Мягкое небо подвижно, глотает свободно, следов прикуса на языке не выявлено. Активные движения конечностей в полном объеме, сила мышц достаточная. Тонус мышц конечностей обычный с тенденцией к повышению. Чувствительных нарушений отчетливо не дает. Сухожильные и периостальные рефлексы с легким акцентом слева. С обеих сторон намечены патологические ладонно-подбородочные знаки, имеет место гипергидроз ладоней. Координационные пробы выполняет удовлетворительно. Менингеальный синдром не грубо выражен на фоне повышенного мышечного тонуса. Тазовые нарушения отрицает. В вертикальном положении позу удерживает уверенно, линия остистых отростков грубо не искривлена, физиологические изгибы позвоночника хорошо сформированы, длинные мышцы спины не напряжены, симптомы натяжения корешков не выражены.

Энцефалопатия неуточненная.

Цереброваскулярная болезнь неуточненная.

Другое расстройство вегетативной нервной системы.

Терапия:

- Клопиксола-акуфаза в дозе 100 мг в/м № 1 (13.05.2021)
- Седалит 900 мг/сут внутрь (13.05.2021 – 14.05.2021)
- Феназепам 2 мг/сут (13.05.2021 – 14.05.2021)

- Тригексифенидил 4 мг/сут
(13.05.2021 – 14.05.2021)
- Тиаприд 200 мг/сут
(14.05.2021 – 17.05.2021)
- Кветиапин 150 мг/сут
(17.05.2021 – настоящее время)
- Эналаприл 10 мг/сут
(13.05.2021 – настоящее время)
- Бисопролол 5 мг/сут
(13.05.2021 – настоящее время)

Психолог: я провела экспериментально-психологическое исследование сегодня около 11 утра. Пациент доступен продуктивному речевому контакту, на вопросы отвечает в плане заданного, однако не всегда по существу. Уделяет большое внимание малозначимым подробностям. Фон состояния неустойчивый, иногда проявляет реакции раздражения. Зрительный контакт с психологом установлен, поддерживает в течение длительного времени. Должную социальную дистанцию в общении систематически нарушает. Обращается к психологу на «ты», прибегает к использованию ненормативной лексики. Правильно ориентирован во времени, собственной личности, ориентировка в месте частичная: верно указал профиль больницы, однако не знает ее территориальное местоположение. О причинах своей госпитализации в психиатическую больницу пациент рассказывает подробно, обстоятельства формулирует следующим образом: «Я 16 апреля сделал прививку от коронавируса, 17-го поднялась температура, но я перенес. В следующие дни была температура, ходил на работу. Потом температура перестала спадать, позвонил врачу — он приехал. Он сказал, что нужно пройти обследование на КТ, направил в поликлинику, и к 9 часам был поставлен диагноз — обширное поражение легких. Был направлен в госпиталь, где пробыл до 9 мая. Далее был выписан для дальнейшего лечения на дом. Дома, в процессе принятия мою душа, сорвало подводку к крану, вода била в потолок, я выключил технику в ванной и начал звать на помощь. Родственникам показалось, что я просто ору, вызвали полицию, полиция стукнула меня дубинкой по голове, привезли в отделение, потом для лечения направили сюда». Наличие у себя психического расстройства отрицает, активных жалоб не предъявляет. По характеру пациент описывает себя так: «Я рак, который боится потерять скорлупку». С готовностью приступает к прохождению экспериментально-психологического обследования, однако в дальнейшем сабо-тирует процесс выполнения заданий, ссылаясь на непонимание смысла обследования, вплоть до полного отказа от прохождения отдельных заданий. Отмечает усталость в конце, своим результатом не интересуется. На момент беседы контакт с пациентом установить получилось. Одна-

ко, практически сразу при прохождении обследования, пациент начал демонстрировать достаточно трудно сдерживаемые реакции — раздражение с переходами на личности, с личными оскорблениеми и так далее. Исследование эмоционально-личностной сферы позволяет выделить снижение способности пациента к построению поведения на основе получаемой обратной связи от окружающих. Пациент ориентирован на собственные ригидные установки, испытывает потребность в их отстаивании, что находит свое отражение в процедуре проведения экспериментально-психологического обследования в виде вторичного снижения продуктивности познавательной деятельности по типу аффективной дезорганизации и искажения мотивационной установки. Затрудняет рефлексию рост негативных переживаний, пациент склонен к вытеснению сильных эмоций. Отмечается снижение способности пациента к спонтанному реагированию на внешние изменения, что отражает черты поведенческой негибкости. Исследование мышления указывает на доступность пациенту основных мыслительных операций. Наряду с этим, устанавливаемые связи между предметами и явлениями носят случайный хаотичный характер, что снижает продуктивность мыслительной деятельности в целом. Так, при классификации, пациент определяет самолет, голубя и ласточку по критерию — голубь мира. Ассоциативная продукция также отличается ускоренным характером выбираемых ассоциаций, что обуславливает их снижаемую отдаленность от заданных понятий. Так, при запоминании понятия «любовь», пациент рисует радугу, комментируя это так: «Любовь — это многогранное понятие. А Вы хоть что-нибудь изучали? Почему вот у Вас рубашка черно-белая, Вы не можете ничего знать». Следует отметить, что описываемые особенности мыслительной деятельности не могут быть однозначно квалифицированы как устойчивые нарушения в силу изначального искажения мотивационной установки пациента на момент проведения экспериментально-психологического обследования. Коррекционные возможности не одномерны, пациент может продуктивно воспользоваться направляющей помощью, однако, построить на ее основе свою дальнейшую деятельность может не всегда. Пациент прибегает к спонтанной самокоррекции ошибочных суждений, что отражает относительную сохранность критичности мышления. Продуктивность мнестической деятельности негрубо снижена. Так, при исследовании механической памяти, при запоминании десяти слов ретенция составляет 7, 7, 8.7-8 при непосредственном, и 5 при отсроченном воспроизведении. Диагностика продуктивности опосредованного запоминания невозможна в силу отказа пациента от выполнения соответствующего задания. Темп пси-

хической деятельности — умеренный, активное внимание с нормативными показателями объема распределения, отмечаются единичные колебания. Результаты выполнения таблиц Шульте в секундах за каждую таблицу: 46, 52, 43, 43, 43. Достаточно ровно. Снижение качества ответов пациента по мере прохождения экспериментально-психологического обследования указывает на истощаемость.

Таким образом, по результатам проведенного экспериментально-психологического обследования на первый план выступают особенности эмоционально-личностной сферы пациента в виде искажения мотивационной установки, снижения способности к построению поведения на основе получения обратной связи от окружающих, потребности в отстаивании собственных ригидных установок, черт поведенческой негибкости на фоне вторичного снижения продуктивности познавательной деятельности по типу аффективной дезорганизации в виде хаотичного характера устанавливаемых связей между предметами и явлениями, а также негрубого снижения продуктивности мнестических функций.

Складывается впечатление, что речь идет об органическом симптомокомплексе, однако, ярко выражены черты эмоциональной возбудимости, трудно сдерживаемых аффективных реакций. Я, откровенно говоря, не понимаю, что здесь первично. Это на фоне органических нарушений усилилось, или изначально были черты эмоциональной возбудимости и фоном шли органические нарушения. То, с чем я сегодня столкнулся, — это аффективная дезорганизация, искажение мотивационной установки на фоне которой, каких бы то ни было однозначных выводов относительно устойчивых структурных нарушений познавательной деятельности я сделать не могу.

Ведущий: Коллеги, давайте вопросы к доктору и к клиническому психологу. И в он-лайн, кто нас слышит, тоже можно задавать вопросы по анамнезу, по терапии, по клиническому исследованию.

— Дмитрий Николаевич, что за больница в Крылатском?

Врач-докладчик: Номер больницы я точно не помню, сегодня его жена должна прийти, принести выписку. С женой мы пока только по телефону общались и не успели все выяснить. Но и жена, и теща говорят, что раньше ничего необычного в его поведении не было.

— В Крылатском развернут ковидный госпиталь. В большой ЦКБ, также, как и в других крупных больницах.

— Извините, факт того, что он прививался вакциной, подтверждён — это 100%, что прививка была? — Думаем, что да. Будет выписка, мы точно это скажем. По крайне мере, у него от-

крытый больничный лист, который сегодня привезут.

Ведущий: У меня вопрос, скорее уточнение по поводу консультации невролога. Я хочу поять, не ошибся ли я, не показалось ли мне. Менингеальный синдром негрубо выражен. Речь идет о ригидности затылочных мышц или симптомом Кернига? — *Ригидность, она говорила о ригидности.* Это было за полчаса до разбора, она сказала, что все, что она выставила, выставлено не без оснований, что действительно все есть. — Она не думала, может быть, взять пункцию спинномозговую? Думаю, что вопросов пока немного, потому что пациент только что поступил, у нас не так много информации о нем и наблюдений. — *Сегодня ровно неделя как он находится в больнице.* — Давайте его тогда приведем и начнем.

БЕСЕДА С ПАЦИЕНТОМ

— *Здравствуйте.* — Добрый день. Проходите, присаживайтесь. Меня зовут Андрей Аркадьевич. — *Меня Олег Евгеньевич.* — Очень приятно. Все присутствующие здесь врачи и психологи этой больницы. Нас еще смотрят врачи других диспансеров, нет никого постороннего, нет не медиков. Вы можете быть уверены, что закон о врачебной тайне известен всем, кто нас смотрит. Меня зовут Андрей Аркадьевич, я заведующий кафедры психиатрии, и здесь бываю для того, чтобы провести консилиум. Вы поступили сюда приблизительно неделю назад. Что Вы можете сказать по поводу своего состояния за это время, пока Вы здесь, что изменилось. Если можно, детально, подробно. — *Ну, во-первых, у нас очень хорошие отношения с медицинским персоналом, за нами ухаживают здесь очень хорошо. Во-вторых, у нас здесь обеспечивают все твои пожелания, очень врачи обеспечивают наши все пожелания, в виду всяких неврозов, которые у нас возникают. Потому что во время, когда ты поступаешь, ты вообще поступаешь и не понимаешь, куда ты поступил. Я знал, что на четвертый...* Я приехал в номер 4 ГПБ клиническую, я узнал только четыре дня назад, до этого три дня я не знал, где я нахожусь, потому что забирался из полицейского участка в связи с тем, что был дома потоп, и теща вызвала полицию. Полицейские решили, что лучше передать меня на осмотр в клиническую психоневрологическую больницу, психбольницу. Это я узнал четыре дня назад. Здесь мне поставили, сразу все таблетки дали, которые улучшили мое самочувствие. Во-вторых, здесь очень хорошие отзывчивые врачи, которые ко мне приходили. Это Ирина Александровна, которая здесь находится, и второй — я не помню фамилию, имя отчество, извините, пожалуйста,

мне просто неудобно перед ней. Все было настолько грамотно, настолько все с душою, а самое главное — душа. Претензий у меня вообще никаких нет. Мое самочувствие сейчас дальнейшее, в которое я сейчас пришел в данный момент, не вызывает у меня лично никаких дальнейших опасений. Объясню почему. У меня случилась следующая ситуация — я поступил, 16 августа сделал прививку от коронавируса, 17-го... У меня был приложен буклет к коронавирусной прививке, было приложено, что четыре дня должна стоять температура в районе 37 – 37,5 градусов. У меня стояла 38 температура. Я посчитал, так как я врач, как тоже работаю с врачами, и я мужчина, во-первых, у меня уже двое детей, я не имею права распускаться. Я себе дал наказ, что нужно выдержать это испытание — четыре дня продержаться, потому что, во-первых, нам поставили в обязательном — нужно сделать прививку, потому что мы работаем с врачами, понимаете. У меня у девушки, которая со мной тоже работали, у всех много IgG, то, что кровь сдали. Я кровь на антитела сдавал, у меня антител не было ничего. Я сделал прививку, и от этого пошла температура. Четыре дня я спокойно ждал, пока она спадет, до вторника, — мне сделали в пятницу. До вторника подождал — ничего. В среду я пошел опять на работу, в среду меня с полдня отправили домой, потому что у меня температура уже была под 39. Даже на входе смотрят, когда приходишь холодный, видели такие стоят, которые температуру меряют издалека. Она тоже показывала 37,2. Хотя с улицы приходишь холодный, там все равно плюс-минус, нужно эти штуки пройти. 37,2 было. Врача не стали вызывать. Вызывали только в четверг, когда мне еще хуже стало, когда я перестал чувствовать температуру. От 39 до 40 градусов, когда ты перестаешь чувствовать температуру, вообще не чувствуешь. Я вызвал участкового врача. Участковый врач пришел к вечеру, поставил диагноз, что нужно в первую очередь посмотреть легкие. Какие-то хрипы были в легких. Меня забирали в 115-ю ГКБ на то, чтобы провести МРТ легких. Показало, что у меня 20% поражения левого легкого и 50% правого. Был госпитализирован в Крылатский госпиталь в Крылатском, где поступил по причине коронавируса. Инфекция, которая была выявлена. Она выразилась, две дозы антибиотиков было проколото, и было влито литр антител, крови. После крови мне стало легче. Но в связи с тем, что я дышал все 14 дней одним кислородом, потому что просто легкие не открывались, сатурация падает до меньше 80. Я постоянно был на кислороде. Я им передышал. Приехав 8 мая, мне поставили, что нужно будет... — А Вам кто-то сказал, что Вы передышали им? — Нет, я впо-

следствии уже понял. Мне сказал врач, когда приехал я домой. Я вызвал опять участкового врача, и он поставил диагноз мне — у Вас сейчас может быть помутнение рассудка и всего остального, потому что вот Вам таблетки кворазжижающие. Если б Вы посмотрели на мой желудок, то есть живот, вот здесь вот синее просто было, как большая-большая, огромная гематома. И вены даже, еще сейчас видно, что здесь синее просто все, искалмы. Хотя ставили катетеры, мне антибиотики сюда вводили. Там вообще страшные вещи происходят. Зато вытаскивают. Там большой выход, особенно дедушек очень жалко. Очень много пенсионеров там лежит, которым просто за 60. Все там за 60. Как я туда попал, как я выбрался, вообще не знаю, из этого ковидного центра. Но, единственное там, у них четко наложено, они настроены на лечение легких. Больше у них ничего нет. Все остальное, что там происходит, диагностика и лечение удаленно, онлайн, так скажем, с другими специалистами. Там меня поставили немножко на ноги, сказали, что все, Ваше лечение здесь закончено, мы Вас выписываем. Я выписался 8 мая к себе домой сюда. Дома нужен был покой и уход. Но в связи с тем, что кислород был передышан, мне было очень холодно первые несколько дней. После 9 мая было очень холодно. И мне запретили выходить на улицу, потому что боялись, что легкие могут отказать... Это теща, моя теща, моя любимая теща запретила мнеходить на улицу. Я мог чуть-чуть постоять на балконе, этого мне было достаточно. Потом случилась у нас беда дома. Я пошел мыться, и в это время то ли напор дали, или я кран крутинул неудачно, что у нас датчик, к которому подводится подводка, он его срезал, как ножом. Подводка в сторону, шланг бьет в потолок, вода льется, и я чувствую, что меня уже начиняет немногого потряхивать током, потому что здесь лампочка рядом висела. Я ее пальцем так раз, хорошо, что вот этим местом, палец по инерции, как все, отрыгнул назад, но успел выключить свет. Свет потухнул, я еще смотрю, стиральная машинка здесь работает. Я ее повалил, чтоб достать шланг, потому что сзади там провод электрический, чтоб выдернуть из розетки. Шланг тоже выдергиваю из розетки. И тут я начинаю кричать, понимаю, что дальше делать, я не знаю. Я закричал. Перепрыгиваю через стиральную машинку, там же тоже софиты, лампочки висят наверху. До них сейчас это все добрызгают. Думаю, сейчас я выпрыгну отсюда. Дверь открываю, выпрыгиваю, и стоят полицейские. Бах меня палкой, на пол положили, руки скрутили, я очутился в Вашем центре. Здесь мне тоже, дай Бог Вам здоровья, оказали ту услугу, которая достойна настоящего звания, ну просто благо-

дарен, просто. Все таблетки, все. Еще сейчас, знаете, какая ситуация. Нас здесь заставляют днем спать, а мой организм не переваривает дневной сон. Если я днем спал, то я или вечером не усну или утром рано проснусь. — А как заставляют? — Ну как, у Вас тихий час с 2-х до 4-х, два часа спишь после обеда, еще тем более поел. На полный желудок засыпаешь мухой просто, проваливаешься во сне. Мне таблетки никакие не давали в обед. Я вечером только пью таблетки. И тех таблеток мне хватало, чтобы заснуть даже вечером. Засыпал я хорошо, а ночью просыпался. И все конфликты, которые здесь произошли за время моего присутствия здесь, они связаны не с... — Мы ничего не знаем про Ваши конфликты. — Я думаю, вдруг Вы знаете, поэтому рассказываю все, как есть. — Какие конфликты? — С медсестрой я поспорил, потому что привезли больного, он начал прыгать по палате. Пригласили медбрата, который связал. Полночи мы потом не спали. Его в 4 привезли, мы угомонились и потом в 5 часов... — Какой был предмет спора Вашего с медсестрой? — Я говорил, давайте его связаем, давайте связаем, и на медбрата больше. Что связать его нужно, чтоб нам дать тоже всем поспать, потому что 3-я палата на 10 человек. — А медбрат не хотел? — Нет, медбрат тоже хотел, поддерживал эту идею. Потом его отловили кое-как, и связали. — Конфликт-то в чем? — В том, что скорость этого не доработана. Понимаете, он чуть не разнес все. Он прыгал прямо на меня. Я лежал на постели, он, как прыгнул ко мне. Подходил ко мне и вот так кидался, чуть ли не на меня. Естественно, что Вы спать после этого никак не сможете. Я до 5 уснуть не мог. — А конфликт — это ссора? — Нет, не конфликт. Ссора и конфликт это разные русские слова. Применять их к одному и тому же изречению нельзя. Конфликт — это конфликт, ссора — это ссора. Это разные понятия русского языка. Русский язык, наверное, тоже хорошо знает? Вот и все. — Все-таки еще раз, конфликт или ссора была с медбратьем? — С медсестрой, потому что побыстрее нужно было все это привязать. Медбрат должен был веревки принести, чтоб привязывать быстрее, а мы его вдвоем пытались удержать. — А был еще какой-то конфликт? — Нет, не было никаких. — Просто Вы сказали конфликты. — Ну, конфликты такого характера, которые не, как сказать, не обсуждаются. — Может быть, было с кем-то из пациентов? — Нет, с пациентами ничего. Кого-кого, а с пациентами здесь все хорошо. — Может с врачами? — С врачами тем более нет, они нас только лечат. — Собственно, больше не с кем. — С медсестрами и с медбратьями только, мы больше всего с ними общаемся. — Вы сказали, что Вам стало лучше. — Намного лучше. — Уточните, по-

жалуйста, в чем? — Потому что стало спокойнее спать, первое. Во-вторых, у меня сон начал восстанавливаться тем, что я днем уже не особо хочу спать. Нормальный режим нормального взрослого человека у меня. В 6:15 у меня подъем, в 7 часов я завтракаю, в 8 часов выхожу на работу, в 9 часов я на работе. С 9 до часа у нас рабочее время, с часа до часа тридцати пяти у нас обед происходит, потом начинается дальнейшая работа. И так до без пятнадцати шесть. — Раз уж разговор зашел о работе, я Вам предлагаю тогда немножко об этом поговорить. Можете рассказать, что это за работа, как давно Вы работаете на этом месте, какие у Вас отношения с коллегами, с сотрудниками? — Я работаю в Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования. Я работаю уже больше пятнадцати лет. В 2007 году образовался новый отдел договорной работы — это закупки по 44 Федеральному закону. Они закупают все оборудование и таблетки для обеспечения академии. Там я отработал в этом отделе 10 лет. Занимался закупкой оборудования, всех материалов и всего остального. Пять лет назад мне предложили возглавить отдел договорной работы по образовательной деятельности. Это заключение договоров на обучение врачей, повышение квалификации с разными организациями, в том числе и частными лицами. — Сколько у Вас сотрудников в отделе? — Сейчас у нас сотрудники четверо человек. Одна из них по беременности находится на больничном. — Вы знаете, кто Вас сейчас замещает? — Никто не замещает. Меня никто не может заместить. — Но Вы же сейчас на больничном. — Так точно. — Значит должен быть кто-то исполняющий обязанности. — Не знаю. По приказу, я не знаю. — Наверное, кто-то из Ваших подчиненных. — Скорее всего, нет. Скорее всего, вышестоящее руководство, заместитель начальника управления. Скорее всего, на них возложены все обязанности. — Вы планируете сразу после больницы выходить на работу? — Ни в коем случае. У меня есть 28, у меня с 1 июня по графику отпуск, запланированный еще в прошлом году. Есть несколько дней от прошлого отпуска — 9 дней, и этот 28. Я хочу приступить к лечению, я хочу поехать в Крым. — После больницы Вы планируете идти в отпуск? — В отпуск, в Крым поехать, да. В Крым на лечение. — Вы поедете с супругой? — С супругой и старшим сыном. — Втроем. — Втроем. — Вы знаете куда, в какой санаторий? — В Судак, военный госпиталь там. — Вы уже там бывали? — Не бывал. — Почему именно туда? — Воздух хороший. — Почему именно Судак? — Судак, потому что супруга так решила. Это не моя идея. — То есть она нашла. — Нашла, уже присмотрела и сообщила, что есть такой вариант, что-то там, 2300 с каждого

человека. Питание включено полностью. — И после отдыха Вы вернетесь на работу? — Да. — Какие там Вас дела ждут? — Это трудно сказать, поработать придется. — Лето вообще горячая у Вас пора? — Нет. У нас июнь-июль тихий, с августа начинается. У нас с 13 августа начинается. Горячая пора с 13 августа по 1 сентября. — Прием заявок? — Нет, прием абитуриентов. А потом, с 1 сентября уже очередная текущая работа с врачами, которые проходят повышение квалификации. 144 часа, 72 часа, 18 часов. — Скажите, а там у Вас случаются конфликты? — Нет, ни в коем случае. У нас очень дружный коллектив. У нас очень дружный коллектив, потому что объем работы огромный. — Во всех коллективах всегда есть какие-то precedents, периодически кто-то что-то не сделал, подвел. — Знаете, как у нас. Я Вас услышал. Смотрите, у нас ситуация, какая. У нас в нашем коллективе просто не бывает, чтоб что-то не сделал. Если не сделал, то это раскидывается на следующий день. И эта громадная пирамида начинает расти, поэтому обязательно нужно ее выполнить. Мы стараемся, иногда даже задерживаемся на час на работе. Девочки начинают помогать тем, кто ничего не сделал. Понимаете, как хитро система устроена, что заказчиком являются, часто выступают бюджетные медицинские учреждения. Заказывают обучение своих врачей. Для того, чтоб обучить врача, им нужно тоже провести эту закупку в малом объеме через торги. Часто торги не проводятся, потому что мы единственные, кто может оказать конкретно вот эту специальность узконаправленную, провести повышение квалификации, потому что многие цифры должны Минздравом быть утверждены. Они четко эти программы, что в них входит, там прописано, от и до, каждый часик прописан. И мы можем обучить этого человека только по этим специальностям. Если он прошел что-то другое, то ему потом это не зачтется в Ваших баллах, которые Вам сейчас вводят тоже. Вам сейчас отменили, на год продлили, аккредитацию сняли и повышение квалификации. Сертификат сейчас не действует. На следующий год заново аккредитацию пройдете. Вот мы этим и занимаемся. — Можете немножко подробнее рассказать о себе, как о человеке, какой у Вас характер. — Не знаю, рак. — Что значит рак? — Ну, по гороскопу рак. — Опишите. — Я тащу все в семью свою. Стараюсь лучшее оставить детям, помочь близким своим. Не знаю, кто со мной работает, пускай я, конечно, как начальник себя веду, но я стараюсь с девочками снять что-то, если у них не получается. — Вы человек принципиальный? — Нет, я мягкий человек. — Достаточно мягкий. То есть Вы такой дипломат? — Не совсем дипломат. Дипломат это у нас... — Вы можете при-

мирить конфликтующие стороны? — Нет, я стараюсь не влезать в это. Я не люблю присутствовать при конфликтах, так скажем, я стараюсь уходить от них, потому что не всегда сразу можно дать адекватную оценку тем или иным событиям. Вот почему. Потому что сегодня это может быть так правильно, завтра это может быть так правильно. Все фло-мастера разные. — Если Вас кто-то несправедливо в чем-то обвиняет, как Вы поступаете? — Пускай докажут это, елки-палки. У меня, например, мое руководство, на словах ничему не верит, оно все время все проверяет. У нас все полковники. — Как Вы реагируете? — Я адекватно воспринимаю критику. Как же без критики. — Если действительно несправедливая критика? — Несправедливая, значит нужно доказать. — Человек все равно без доказательств Вас обвиняет. — Такого не бывает. Как можно обвинять человека за глаза? — Насколько Вы коммуникационный человек, много ли у Вас близких, знакомых, друзей, приятелей? — Вся Москва. — Вся Москва? — Да. Все, с кем заключали договора, все в телефоне. — Вся медицинская Москва? Не вся же Москва. — Так тоже очень много связей есть, которые чем-то помогут и расскажут. — Это же ведь все какие-то профессиональные отношения. — Профессиональные отношения. — А я говорю про личные какие-то, неформальные контакты. — Неформальные — только семья, может быть, неформальные. — А друзья? — Друзья все далеко находятся, поэтому здесь друзей нет. — Здесь это где? — В Москве. Потому что я объясняю свою небольшую предысторию. Я воспитывался бабушкой, потому что мама с папой развелись. Мама в свое время уехала по путевке, ей дали.... Такой есть в Магаданской области. Там она работала фельдшером и потом еще работала терапевтом. Я там тоже был несколько лет. До первого класса, я не знал даже, что у меня есть мама с папой, потому что были бабушка и девушка. Потом после того, как я закончил первый класс, мне сказали, что ты едешь на север. Куда на север, почему я на север должен ехать, непонятно. Меня туда привезли, у меня брат родился там. И потом через три года мама сказала, что уже все, заканчивается ее не командировка, как бы, а подписанный контракт. А у нее уже был стаж 15 лет северных. 15 лет северных, это считай, что она уже пенсионерка, там, на пенсию выходят очень рано. Мы приехали обратно к бабушке, где потом после знакомства с моей будущей супругой я переехал в Москву. Я сам коренной москвич, у меня пра-пра-прадеды жили в Москве. У нас основной был завод. У нас все деды и прадеды, бабушка всю войну отстояла у станка. — Вы начали с того, почему у Вас нет друзей? — Потому что все друзья остались в Заокском, Тульской облас-

ти, потому что я там школу закончил. — Вы же коренной москвич. — Здесь нет никого, здесь никто ни с кем не дружит. С соседями я дружу. — Все-таки есть. — Ну, соседи-то естественно. Ну как, здравствуйте, говоришь, когда выходишь из подъезда, здороваяешься. — Это не дружба. — Это не дружба. — Я говорю о дружбе. — А дружбы здесь нет никакой, потому что у меня здесь нет никого. У меня только семья есть здесь и все. — Я знаю, что Вы охотник. — Так точно. — Что Вы знаете охотничий сезон. На охоту обычно ходят компаниями. — Да, у меня на работе компания у нас есть. Есть несколько охотников, это друзья по интересам. Дружба по интересам. В основном, ты на работе. Там у нас есть трое-четверо заядлых таких охотников, которые могут достать лицензию на кабана. — Когда Вы были последний раз, Вы помните? — Лет пять назад на вальдингена ходил последний раз. Это как раз перед последней сменой разрешения на оружие. Я ходил на вальдингена и все, с тех пор работа настолько засосала, что времени только осталось на семью и на работу, на семью и на работу. Почему может такой срыв произошел, все-таки, что не просто кислородом передышал вот этим, но и семье больше уделял времени, а себе нет. Надо тоже было немножко о себе позаботиться. Здесь вообще замечательно. — А о себе позаботиться, это что значит? — Отдохнуть немножко нужно было. Я последних четыре года не отыхал совершенно. Я брал отпуска, но в это время все время где-то подрабатывал, потому что зарплата у нас оставляет желать лучшего. Она 34 тысячи для работы ведущим специалистом, когда доверяют 108 миллионов — ты потратил, 200 миллионов потратил, оборудование было. А у тебя зарплата 34 тысячи. И никто не может больше платить, потому что у нас такая зарплата. — Вы пытались найти какую-то дополнительную работу? — Да, работал в свободное от работы время, то есть в отпуске. — Что Вы делали? — Я строительством занимаюсь. — Строите сами? — Да сам. — Своими руками? — Да. — То есть у Вас есть способности? — У меня материалы есть, инструменты есть, у меня все есть. — Вы плотник? — Я плотник, слесарь, маляр, штукатур, сантехник, электрик, все профессии. — Универсал в строительных специальностях. — Да, я все знаю. — Каменщик? — Нет, не кирпич, блок ложу. Пока еще не научился. Ну, криво, так скажем, могу положить, но... — То есть у Вас подработка — это строительство. — Да, строительство, ремонт своим родственникам, в основном. — Загородных домов? — Нет, не загородных домов. Ремонт квартир своим родственникам, потому что ну, точно также, все пожилые люди. — Причем тут работа, это просто помощь. — Это не по-

мощь родственникам. Если тебе за это еще заплатят небольшую копейку, это уже не помочь родственникам. В последний раз мне за квартиру заплатили 70 тысяч. За то, что я сделал трехкомнатную квартиру. — Кому-то из родственников? — Из родственников. Это тоже деньги, между прочим, потому что они понимают, что ребенка поднять на копейку никак невозможно, потому что 1 сентября — тысяч семьдесят надо, понимаете? Это очень сложно. — У Вас двое детей? — Двое. Второй только родился. — Недавно родился второй. Сын? — Да, тоже сын. Я очень хотел дочку. Я очень молил Господа, чтоб он мне дал дочку. Дочка это есть дочка. — Все ли с ним хорошо? — Все отлично. — Все ли здоровы? — Все отлично, все здоровы. Они вместе со мной ковидом болели, только у них вялотекущий. — Как учится старший? — Старший учится на 4, 3. Плохо закончил сейчас четвертую четверть в связи с тем, что у него подтвердился коронавирус, они опять перешли на дистанционку. А дистанционка детей разбалтывает, и вообще, я считаю, что тот, кто это придумал, это убийца нации. Я считаю, что это просто неразумно, просто дети сидят за компьютером, одновременно кушают, еще что-то делают, одновременно мультики, телевизор включен, и при этом ничего не делают. — Как Вы с ним ладите? — Хорошо. — У него же возраст-то такой, я так понимаю. — Хорошо. Мальчик такой с меня ростом, по весу сто килограмм. — Они бывают обычно очень такими оппозиционными. — А как же, он говорит, папа — я миллионер, и все. Ты у меня лучший папа, мама у меня замечательная. — Он говорит, что он миллионер? — Да. — В каком смысле? — Потому что я ему очень много специальностей могу передать. — Вы ему можете? — Да, я могу передать. — Кроме строительных, еще какие? — Электрика, сантехника. — Это все строительные специальности. — Это не только строительные, это мужские профессии. Если ты можешь, то ты мужик, а если не можешь, то ты не мужик. — Какие еще специальности? — Специальности водитель могу научить. — Его? — Его научить. Водить, у меня категория С открыта. — А Ваша основная специальность? — Моя основная специальность — я механик. Первая моя специальность, которую я получил, это механик. — А как же Вы руководите тогда отделом экономики? — Я закончил институт с красным дипломом. — Все-таки экономист. — Не экономист. Экономист у меня потом получилось, просто была возможность пойти в экономический институт. Институт коммунального хозяйства заканчивал, Московский институт коммунального хозяйства. Я заканчивал экономический факультет там. Прикладная у меня — наследование деревьев, озеленение горо-

дов, вот моя основная специальность, по которой я сдавал диплом. — У меня такое ощущение, что в мире больше нет специальностей, которых бы Вы не знали. — Я очень много чего не знаю. — Смотрите, у Вас много специальностей, у Вас много друзей. Вы сказали, вся Москва. — Нет, не друзей. — Давайте так, знакомых. — Знакомых, коллег. — И Вы говорите, вся Москва медицинская тоже. — В силу того, что Романков есть такой, его тянули президентом. Дмитрий Алексеевич Сычев у нас ректором идет. Андрей Леонидович, который проректор по учебной работе, и остальные подразделения, которые участвуют в образовательной деятельности. — Очень хорошо. Вопрос у меня к Вам один из последних моих, еще коллеги зададут. Вы можете сказать, что Вы все-таки оказались здесь правильно, в этой больнице? Это ведь психиатрическая больница. Или думаете, что зря? — Нужен был уход. — Госпитализация не нужна была? — Почему не нужна? — Нет-нет. Я Вас спрашиваю. — Я объясню, извините. — Как Вы считаете? — Я считаю, что госпитализация произведена правильно. Но таблетки мне не понадобились, у меня голова светлая. Я мог вполне, я даже на госпитализацию сам пришел. — А для чего тогда нужна была госпитализация? — Для того, чтобы душевный покой обрести. Нужно лечить не только тело, но и душу. — Как? — Миром. — Что Вы имеете в виду? — Мир в душу заносить. Уход нужен, потому что человек, когда на грани стресса какого-то находился, потом находился между смертью и бытием, у него полностью истощается душа. — Вы описывали это видение, которое у Вас было. Отец, сын. — Не отец, а дедушка. — А, дедушка. — Дедушка, да. Дедушка потащил меня в пустоту, а сын сказал: «Пап ты куда, пойдем назад». Обнял и я тут же проснулся. Шесть тридцать четыре было времени. Даже помню настолько. — Что такое лечение миром? — Миром — это то, что заботой, вниманием и добротой, которая здесь вокруг меня. Просто. Потому что дома мне в этот момент некому было дать их. Потому что, теща боялась, что она сейчас выйдет на работу, мало ли что со мной случится. Ответственность такая большая. А здесь более профессиональный уход. Медбратья есть, медсестры есть, которые окружают тебя заботой, добротой. У нас коллектив сейчас, десять человек лежат все вместе. И стар и млад. И все понимают, что без этого участия, без Вашей врачебной помощи, мы здесь вообще ничего. Дома я бы так не выкарабкался за столь короткий промежуток времени, которые дали мне, за неделю буквально. Подняться так на ноги и прийти в себя я бы ни за что не смог. — Если Вы не возражаете, несколько вопросов зададут мои коллеги. — Да, хорошо. — Прошу Вас, коллеги. В том числе

и коллеги, которые находятся в диспансерах. Есть ли вопросы какие-то?

— Скажите, пожалуйста, Вы все-таки после того, как выпишетесь, отдохнете в течение месяца, планируете вернуться к обычной своей привычной жизни? Или сегодняшняя ситуация Вас чему-то научила? Что-то надо в своей жизни пересмотреть, переосмыслить? — Я думаю, что Богу надо доверять больше. Не себя любить, а Бога больше любить. Надо больше ходить в церковь. В церковь надо ходить, и лечить там душу свою, изливать. Душеприказчик вот раньше был, в царское время, а там духовник есть, в церкви. Вот, к духовнику надо ходить больше. Рассказывать и делиться наболевшим, что у тебя болит. Тогда у Вас всегда будут меньше пациенты попадать к Вам на реабилитацию. Я бы сказал, что именно на реабилитацию именно, это более энергоемкое это слово, которое я готов применить к этому. — А в чем же Ваша душевная болезнь? — Моя душевная болезнь в том, что я отвернулся от Бога. Я начал возлюбить ближнего своего, но ставить его выше в рамке Господа Бога. И моя полностью душа была заполнена другим, ну, созиателем для других. Я себя вычеркнул полностью, душу свою и ничего не лечило ее. Не восполняло те потери, которые происходили душевые вокруг меня. Нужно в первую очередь, обращаться к Господу Богу. Господь нас всех любит, уважает и ценит, как личность. Мы для него все дети, мы все созданы по образу, подобию его. Но, образ и подобие — это значит, он сам внутри нас. Это вода, которая нас окружает. Девяносто семь процентов жидкости в нашем организме — это вода. Это и есть Господь, который внутри нас. И как мы себя ведем, и как мы себя будем дальше вести — это будет все отражено в нас самих. Потому что, мы сможем. Он слышит нас, любит нас, и помогает нам.

Ведущий: Спасибо. Я могу от себя задать вопрос, раз мы затронули эту тему, она очень деликатная. Вы человек верующий. Я понимаю, что Вы посещали и планируете дальше посещать церковь, духовник у Вас есть. И как давно Вы пришли к вере? И насколько эта связь с Богом связана с церковью у Вас? — Первый вопрос. Насколько я давно пришел к церкви. Я был крестен пятнадцать лет назад и где-то после того, как мы расписались с супругой, через четыре месяца обвенчались. Венчались в церкви для того, чтобы ты не только в здравии и болезни, но и в любой ситуации будешь содержать свою жену. Как и жена должна заботиться о муже. Второй вопрос Вы задали о том, что как я пришел к вере. Потому что, это нужно. — Связан ли Ваш контакт с Богом с церковью? — Контакт с Богом был связанный, когда я заболел. — Можете ли Вы контактировать с Богом без

церкви? — *Нет, не могу. Я думаю, нет. Нам обязательно нужно было приходить и молиться в первую очередь. И свечи ставить за упокой, за здравие всех своих родственников.* — Спасибо. Я понял. По видимости, вопросов больше нет. Вы так исчерпывающе все рассказали. Вы действительно очень много рассказали о себе. — *Помимо всех тайн, которые не каждому доверишься, а Вы все психиатры, я думаю, что Вы все мои, сохраните мои личные высказывания здесь себе в сердце. Пронесете, через себя пропустив. И я прошу всех, обращайтесь к церкви, к Господу Богу.* — Помните, какое сегодня число? — *Двадцатое.* — Месяц? — *Июнь. Май. Двадцатое мая. Сегодня аванс.* — Действительно, сегодня аванс. Ну что, если нет вопросов, тогда мы отпустим нашего пациента. Удачи Вам тогда, выздоравливайте. — *Спасибо Вам большое. Всего доброго. До свидания.* — До свидания.

Врач-докладчик. В данном случае можно рассматривать следующие **дифференциальные диагнозы:**

- F 23.2 Острое шизофреноформное психотическое расстройство
- F 06.30 Психотическое маниакальное расстройство органической природы
- F 25.0 Шизоаффективное расстройство, маниакальный тип

Насчет данного пациента мнения у нас в отделении разделились. Ему был выставлен при поступлении диагноз F-23.2 — острое шизофреноформное психотическое расстройство. Сейчас у него этот диагноз и стоит. Однако, заведующий наш Сергей Юрьевич Мощевитин, а в некоторой степени и я, склоняемся все-таки ко второму диагнозу F-06.30 — психотическое маниакальное расстройство органической природы. Что это был за эпизод восьмого числа? Преморбидно, человек замкнутый, очень скромный, такой стеснительный. По крайней мере, на сегодняшний день мы о нем больше ничего не знаем. Немножко напрягает, что он крестился около пятнадцати лет назад в тридцатилетнем возрасте. Как он говорит, пришел к вере, но больше мы ничего не знаем, и ни теща, ни жена ничего такого в этом возрасте не отмечали. До последнего работал, на хорошем счету в академии. Многие за него ходатайствуют. — *Извините, он действительно крестился и это совпадает с его женитьбой?* — Примерно по срокам. Ему сейчас сорок шесть, сыну тринадцать. Он как раз говорил там о том, что проблемы с детьми были какие-то, чтоб жена забеременела. Значит, восьмого числа, утром было какое-то особое состояние. Может, это какое-то субделириозное состояние было или такое сновидение ему приснилось, когда дедушка пришел. Потом он переносит какое-то острое психотическое состояние. Подъем с разорванностью мышления, с возбуждением. Даже есть

в анамнезе какие-то указания на то, что он считал себя Богом в это время, но он и теща это отрицают. Дальше, с того периода, когда я его в первый раз увидел неделю назад, и по сегодняшний день — это примерно один статус. Он находится в таком маниакальном состоянии. Это повышенное настроение, моторно ускорен, он деятельный, в отделении очень активен. Вчера даже помогал больного на вязках привязывать, отвязывать. Наш заведующий считает, что он на подъеме, но это состояние неустойчивое. Он сегодня был аффективно неустойчив, даже немного слезлив. Есть некоторые вспышки гневливости. Их мало, я их сам не видел, но с медсестрами и с психологом достаточно выраженная была вспышка. Он даже оскорблял психолога сегодня, когда они долго с ним беседовали. Поэтому, по моему мнению, это такое маниакальное состояние органической природы. Возможно, это как-то ковид спровоцировал или та терапия, которую он получал. Скорее всего, это была массивная терапия, и он тяжело перенес инфекцию. Кроме того, у нас также есть доктор, который считает, что это шизоаффективное расстройство, маниакальный тип. Это такая манифестиация процессуального расстройства. Но идеи все его бредовые, по моему мнению, достаточно нестойкие, я выраженных бредовых идей каких-то у него не наблюдал. Поэтому, по тактике я бы планировал ему добавить нормотимическую терапию, наверное, антиконвульсант. Кветиапин, пока с целью седации, чтобы сон восстановить, нормотимическую терапию. Заведующий Сергей Юрьевич предлагает отменить антипсихотическую терапию, провести иммунотропную терапию, и с какой-то седативной составляющей, например, на ночь добавить. И полечить это, как органическое именно расстройство. Поэтому, мнения наши разделились. Может быть, кто-то предложит что-то другое. — *Вы, я так понял тоже за органическую составляющую?* — Я за F 06. Да. У нас с заведующим немного по оценке статуса и терапии отличия, а по поводу нозологической — мы сходны. — *Можно спросить, а органика-то какой природы? После антибиотиков, после ковида имеется в виду?* — Тут трудно сказать. Внешне, он, конечно, не напоминает именно такой органический тип. Но это ни к чему не привязать. Невролог находит у него некоторые симптомы. У него бывает эмоциональная неустойчивость в статусе, он бывает раздражителен бывает, мистически он тоже немного снижен. Например, я его трижды предупреждал, что сегодня будет консилиум. А он удивился, когда наш клинический ординатор напомнила ему в четвертый раз. И у меня, когда я подошел в двенадцать часов, он тоже переспросил, что за разбор. Снижен ли он интеллектуально трудно сказать, надо оценивать интеллект, но психолог не успел сегодня это сделать. Но он до последнего

времени работал, скорее всего, он был интеллектуально сохранен до последнего. Тем более, он, действительно, начальник отдела.

Ведущий: Хорошо, спасибо большое. Прощу Вас, мнения. Тем более, что здесь мнения расходятся, как мы видим, значит, есть уже некий повод для обсуждения. Кто бы хотел высказать свою точку зрения? И обосновать ее. Мы приглашаем к обсуждению и психологов, естественно. Здесь интересна лично мне оценка его мыслительной деятельности. Как мы можем оценить эти расстройства мышления, какие они. Для нас это очень важно.

— Психолог, к сожалению, нас покинул, но я тоже об этих формулировках задавал вопрос психологу. Что с качественной стороной оценки нарушения мышления? По методикам психолог ничего определенного сказать не смог. Хотелось коснуться того, о чем сказал врач-докладчик, в плане того, что пациент действительно с нотками тревожной сензитивности в анамнезе. Конформный, тревожный, который пятнадцать лет назад сильно уверовал. Потом все это трансформировалось в какой-то такой психоз. Наверное, это был психотический уровень поражения, с которым он поступил. У нас мало информации о природе этого психоза. Его сверхценные идеи в отношении религиозности, наверное, как минимум, можно оценивать в качестве сверхценных, потому что они значительно определяют его поведение, такой внутренний мир в его голове. Они достаточно доминируют над его сознанием, имеют существенное место в его мировосприятии. Поэтому, здесь эндогению тоже нельзя исключать, отвергать полностью. Потому что она в такой же сфере находится, как и органический фактор.

Ведущий: Понятно. Спасибо большое. Все-таки, мне бы хотелось услышать оценку именно мышления нашего пациента. Я думаю то, что мышление нарушено не вызывает ни у кого никаких сомнений. Нарушено как, какие это расстройства, что это? И мы же видим, что оно грубо нарушено. Здесь и без методик хорошо понятно, что общение с этим пациентом просто затруднительно из-за этих расстройств. — Тут нужно обращать, прежде всего, внимание, что в особенностях мышления, конечно, избыточная детализация, в которую пускается пациент. И я считаю, что это если не мания, то все-таки гипоманиакальное состояние. Он труднопрерываемый, речь в форме монолога. Опять-таки, ригидность. Он должен докончить мысль, несмотря на то, что уже задан другой вопрос. И конечно, определенная склонность к рассуждательству, я даже записала. «Чем отличается конфликт от ссоры?» Он готов на эту тему поговорить и продолжить ее. И «миром надо лечить голову», что-то такое.

Он очень склонен пускаться в отвлеченные темы, в какие-то непродуктивные рассуждения, в том числе. Детализация и рассуждательство — это то, что трудно заметить. — Спасибо. А еще? А вот этот его пассаж «душевный, духовный, духовник у меня есть» — Ассоциации по зозвучию? — И вопрос. Возвращается ли он, соскальзывая в сторону, или нет? Всегда ли он возвращается или его все-таки нужно возвращать? — Не всегда. Он стал лучше возвращаться, но не всегда. — И сейчас мы видим, что иногда он отвечает не по существу и уходит в сторону. Что это? Или может быть скачки идей? Маниакальные или какие-то иные? И как мы отнесемся к его такой нарочитой похвале? Постоянное желание сказать, как хорошо здесь работают все врачи. — Это подобострастие. Слащавость органическая. — Может быть. И одновременно с этим конфликт с медбратьем и активное участие в фиксации возбужденного пациента. Вообще эта история была или это его фантазии? — Да. Действительно, фиксировать пациента он помогал.

Ведущий: Хорошо. Какие есть еще мнения? Все-таки у нас здесь есть диагнозы. Мы должны дать обоснование окончательной диагностической версии или хотя бы дифференциальный диагноз какой-то вынести для обсуждения. Пациент совершенно нетипичный, не из тех, к которым мы привыкли. Действительно, наверное, все находятся под впечатлением от психического статуса нашего пациента и вообще от этой истории. Сама по себе история может вызывать определенные эмоции. Прощу Вас.

С. Ю. Мощевитин: я бы хотел немного добавить в статус пациента. Во-первых, надо сказать, что это достаточно успешный человек был в пре-морбиде. Тем не менее, он заболевает ковидом, мы знаем, что там есть проблемы с микроциркуляцией, потом он делает вывод, что передышал кислородом, у него были какие-то расстройства на тот момент. Мы знаем, что гипервентиляция нередко приводит к тому, что появляются элементы тревоги, беспокойства, иллюзий, напряженности. Он выписывается из ковидного стационара, и кардинально меняется. На мой взгляд, то, что мы увидели, уровень мышления, который он демонстрирует, — он представляется поглушенным. Представить, что буквально несколько недель назад это был успешный экономист, мне, например, достаточно сложно. Это все на фоне такой беспечности, благодушия какого-то. Он или раздражительным в последнее время становится, или с элементами эмоциональной слабости. Надо сказать, что у нас в отделении он не вызывал каких-то особых проблем, поведенческих или каких-либо еще, что требовало бы назначения нейролептической терапии. Да, были расстройства сна, но не более того. И сначала

достаточно массивная нейролептическая терапия, сейчас более мягкая, приводит к тому, что все больше и больше, мне кажется, на первый план выходит органика. Истощаемость в эксперименте с элементами вязкости какой-то, обстоятельности. Все это, на мой взгляд, больше укладывается в какое-то органическое расстройство в результате перенесенного инфекционного заболевания. Такой у меня взгляд на него.

Ведущий: Спасибо большое. Может быть, еще есть?

— Есть все-таки достаточное количество симптомов эндоморфной структуры, позволяющих говорить об эндогенном характере заболевания. Например, он был убежден, что доктор, которая лечила его в четвертом отделении, была у него дома несколько дней назад. И что это она договорилась с тещей, чтобы обеспечить эту госпитализацию. Это можно расценивать, как симптом положительного двойника. Какие-то нестойкие идеи, что этот человек с тещей вговоре, что это ровно поэтому была госпитализация, а не по какой-то другой причине. — *Это шизофеноформность?* — Да.

— Все-таки представляется, что заведующий отделением озвучил такую психологическую концепцию, основанную на том, что он передышал кислородом, и у него развелся делирий. Как-то с трудом это укладывается в клиническую реальность, которая нас окружает каждый день.

— Делирий мог развиться на терапии. Потому что, он получал, действительно массивную терапию, и терапевт ему потом назначил еще после выписки. И он, это, конечно, не из-за кислорода, но из-за терапии, теоретически.

Ведущий: Хорошо. Спасибо. Коллеги, я хочу сказать, что побольше бы таких пациентов нам в клиническом разборе. С моей точки зрения, такие пациенты лишний раз говорят нам о том, что существующие на сегодняшний день критерии диагностики, которые предлагают нам составители классификаций, десятого пересмотра, и, к сожалению, одиннадцатого, абсолютно несостоятельны. Правда, как и несостоятельны имеющиеся на сегодняшний день принципы измерительной математической диагностики психических расстройств. Это такое вступление к моему субъективному взгляду на этого пациента. А принципиальность дифференциальной диагностики в этом случае невероятно высока. Одно дело, когда мы дифференцируем биполярное аффективное расстройство первого типа с конгруэнтным бредом и шизоаффективный психоз — маниакальный вариант, когда тоже на верхушке маниакальной фазы есть психотическая надстройка. Здесь, конечно, мы понимаем прекрасно, что в целом наша дискуссия интерес-

ная, но она мало повлияет на выбор терапии. Правда ведь? И там, и там мы назначаем нейролептик, и там, и там мы думаем о нормотимике каком-то, чтобы стабилизировать эффект. Но когда мы имеем дело с дифференциальной диагностикой между эндогенным психозом, пусть и спровоцированным органическим каким-то фактором, но тем не менее, эндогенным, причем начавшимся поздно, в сорок шесть лет, и органическим психозом, чуть ли не вообще делириозной структуры, то здесь, дифференциальная диагностика имеет принципиальное значение. И это показало, как раз различие в мнениях врачей отделения относительно лечения. Одни врачи настаивают и считают необходимым активную нейролептическую терапию проводить. Другие говорят: «Нет, убираем всю нейролептическую терапию и делаем акцент на ноотропах и вообще на нейротропной терапии, а не психотропной». Это очень важно. Особенно, когда мы имеем дело, действительно, с пациентом такого возраста, осложненным гипертонической болезнью, насколько мы знаем, и недавно перенесшим достаточно тяжелую пневмонию и вирусную инфекцию. Поэтому, давайте по порядку.

Начнем с психического статуса. Я понимаю, что, может быть, мы действительно не так часто сталкиваемся со случаями, когда мы видим такое количество разных расстройств мышления, но, тем не менее, подобный пациент является, с моей точки зрения, даже показательным или академическим. Его можно было бы демонстрировать на лекциях студентам или клиническим ординаторам для демонстрации тех или иных проявлений расстройств мышления. Во-первых, мы видим пулеметную речь. Быструю — практически невозможно остановить пациента, и мало интонационную речь. Мы видим, что в этой речи мысль уходит от основной канвы, от основной сюжетной линии очень быстро. Буквально сразу, буквально со второй или третьей ассоциации, она соскаивает на параллельные ассоциации, и пациент расплывается. И мы же прекрасно понимаем, что это не просто обстоятельность, это не просто ригидность. Это все-таки очевидная такая аморфность, расплывчатость и непоследовательность мыслительных процессов. Это очень грубое когнитивное нарушение. Невероятно грубое. Если рассматривать когнитивные нарушения такой тяжести как негативный симптом, то логично предположить, что перед этим был довольно длительный период болезни, разрушающий когницию. Правда? И если мы говорим о шизофреническом процессе, приведшем к такому грубому дефекту мышления, как у этого больного, то это должен быть процесс, который длится как минимум лет пятнадцать, а то и больше. Даже у тяжелых инвалидов наших, страдающих

шизофренией параноидной с длительным течением, с юношеским началом там и так далее, мы видим более собранные формы мыслительных процессов. Согласны, да? У нас нет такого анамнеза, у нас нет никаких указаний, чтобы даже задуматься о каком-то разрушающем когнитивные функции заболевании в преддверии его болезни в апреле месяце. Значит, мы имеем дело не с негативными нарушениями, а с продуктивными. Значит, это расстройство мышления имеет отношения к какой-то продуктивной симптоматике, к какому-то текущему патологическому процессу. Текущим патологическим процессом может быть психоз, вызывающий такие расстройства мышления. Психоз может быть разной структуры. Бывают расстройства мышления когнитивные при бредовых расстройствах, при бредовом психозе. Когда мы видим, как пациент, как песочный замок выстраивает свою бредовую систему из большого количества фактов и обстоятельств своей жизни, каких-то воспоминаний, каких-то образов зрительных, вербальных или ярких представлений, возникающих во время психоза. И он все это вместе, в кучу выкладывает, и получается такая несуразица, допустим, при остром полиморфном психотическом, или при шизоаффективном или еще при каком-то психозе. Но мы не видим бредовых расстройств в статусе. Их нет. Какие-то единичные высказывания: «Меня знает вся Москва. Я обладаю всеми специальностями, которые только существуют. И способен их передать сыну. У меня большое богатство. Я миллионер». Такие фразы отдельные говорят не просто о каких-то парапренных переживаниях, а о том, что эти парапренные переживания клинически не завершенные, у него нет устойчивого бреда величия. Отрывочные и скопе, как Вы правильно сказали, возникающие по звучанию в контексте вопроса. Не более того. И тут же разваливающиеся, как песочный замок. И главное, что они чрезвычайно нелепы. Нелепая парапрения, неустойчивая. Ничего не напоминает? Такое известное инфекционное заболевание с нашим известным бледным микроорганизмом. Отставим в сторону. Расстройство мышления. Дальше. Аффект. Казалось бы, первое, что бросается в глаза, это маниакальный аффект. Он ведет себя, как маниакальный пациент. Верно? Но есть одно но. Есть ли у него повышенное настроение? Можем ли мы сказать, что он гипертимен? Что он весел, что он шутит, что он, как маниакальные пациенты хвастается, кокетничает. Что-нибудь такое есть? Мы не видим этого. У него как бы мания без мании. У него мания без хорошего настроения. Он ускорен, у него есть какая-то ускоренность, но нет маниакальности. Собственно, аффекта маниакального нет. Значит, это связано с чем-то другим. Значит, навер-

ное, не совсем корректно и правильно считать это аффективным расстройством. Может быть, по ускоренному мышлению, но не по маниакальному состоянию. Значит, мы можем предположить, что это некий текущий психопатологический процесс, который проявляет себя в виде ускоренного мышления, ускоренной речи, обрывков нелепых парапренных переживаний и таких грубых расстройств мышления. Одновременно с этим, я бы обратил Ваше внимание еще и на расстройства памяти, о которых говорил коллега-доктор. Что он все переспрашивал. Где, это что? Это фиксационная амнезия. Явление, которое мы знаем относительно так называемых ложных узнаваний врачей. Этот врач был у меня. Я бы отнес не к двойнику, а к конфабуляциям — к ложным воспоминаниям. И довершает картину то, что произошло два, по крайней мере, известных нам, психотических эпизода. Один из которых случился в госпитале, второй — в ванной комнате. Что произошло в госпитале, мы знаем от пациента, во всяком случае, или это конфабулез его, или это воспоминание о реальных обманах восприятия зрительных и слуховых. Зрительные и слуховые обманы восприятия, которые он в тот момент воспринял, интерпретировал с определенным каким-то, я так понимаю, религиозным все-таки, дополнительным содержанием. Здесь тема смерти и расставания с сыном. Все это очень эффектно, красиво, но это произошло на пике температуры. Это было на пике интоксикации. Во время активной пневмонии и тяжелого соматического состояния. Разве нет? — Это было перед выпиской. Он на следующий день был выписан. — Да, но у него была температура тридцать девять. А теперь у меня к Вам вопрос. Скажите мне, пожалуйста, Вы почему-то как будто закрываете глаза на тяжелую органическую патологию, которую только что перенес наш пациент. Скажите мне, пожалуйста, а когда возникает делирий при алкоголизме? — В течение месяца. — Конечно. На какой день после отмены алкоголя, после прекращения интоксикации? На третий, четвертый, пятый дни. Правда, ведь? Мы же знаем это очень хорошо. Развивается делирий после бессонницы, после абстиненции, после абстиненции, проявляющейся тревогой, и так далее. Все это было здесь. Только вместо алкогольной интоксикации, у нас была вирусная интоксикация, у нас было инфекционное заболевание. И можем ли мы сейчас говорить о том, что она только была? Почему мы так уверены, что ее нет и дальше? Я сейчас не говорю уже о вирусной интоксикации. Я говорю о другом инфекционном заболевании, которое вполне может сейчас иметь место у нашего пациента. О каком? Как осложнение вирусной инфекции. О менингоэнцефалите. У него может быть

текущий органический процесс, который и вызывает те самые психические расстройства, с которыми мы имеем дело сейчас. Бывает реактивный менингоэнцефалит, протекающий без температуры? Бывает. Тем более, после таких серьезных форм активной лекарственной терапии. И в частности, адеметионин, который он получал. Там было название Гептрал. Это один из препаратов, который способен спровоцировать аффект, в том числе и маниакальный аффект у органических пациентов. К нему очень неоднозначное отношение у неврологов. И конечно, мы можем говорить о том, что это маниакальное или псевдоманиакальное состояние, которое мы видим сейчас, есть не что иное, как один из вариантов любой психики, любого синдрома, который очень похож на прогрессивный паралич. Псевдо-паралитическое слабоумие, по сути, имеющее место здесь. Только там мы имеем дело со специфической инфекцией, а здесь эта инфекция просто неспецифическая, но она тоже может затрагивать любые отделы головного мозга. Во всяком случае, я считаю, что наш пациент на сегодняшний день нуждается в срочном — по Cito исследовании МРТ головного мозга и оценке его — я не знаю, здесь я не специалист — может быть, иммунного статуса. Еще раз посмотреть его неврологический статус, но я конечно не невропатолог, но меня резануло, что у него есть менингеальные симптомы. Но если они есть, то Вы же привыкли, если мы видим ригидность затылочных мышц или симптом Кернига, мы же делаем пункцию. Разве не так? Я понимаю, что в аудитории, к сожалению, нет неврологов и, может быть, современная неврология относится к этому симпту, как к незначительному нарушению ЦНС, но для меня лично это красная тряпка. Наш пациент, который работал до последнего времени руководителем отдела, вдруг в одну секунду стал слабоумным, абсолютно дементным. Мы же видим, что это деменция, по сути. Это разве не говорит о том, что это действительно какой-то тяжелый органический психоз? Причем, не резидуальный, а судя по всему, текущий процесс. Я разделяю точку зрения врачей отделения относительно того, что мы имеем дело с органическим психозом. Единственное, что я бы не назвал его может быть маниакальным, но МКБ-10, нам не оставляет других вариантов. Но это может быть энцефалопатический психоз, это может быть вариант синдрома Корсакова. Да, кстати, а в ванной то, что произошло? Почему в основном делирий возникает в ванной? Это действительно довольно частая штука, спросите у наркологов. Потому что, шум воды. Потому что, функциональный галлюциноз. Во время делирия характерный функциональный галлюциноз начинается тогда, когда идет шум воды,

и в этом шуме пациент начинает слышать голос или видеть какой-то образ, о котором он конечно не помнит. Это же делирий, это расстройство сознания. Он амнезировал это. Плюс ко всему, дополнительный экзогенный фактор — горячая вода очень часто тоже имеет такой провоцирующий в нарушении сознания, в расстройстве сознания эпизод. Но это точно совершенно делириозный эпизод, когда он раскрушил там все, потому что ему что-то привиделось или услышалось: змеи, черти, пауки, жуки. Кто там еще? Птицы, летучие мыши, с которыми он боролся, как мог. Это очень характерное явление. Здесь именно интоксикация, связанная с инфекциями. Я думаю, что природа этого психоза интоксикационная, что обследование этому пациенту нужно делать как можно шире и активнее. Я не могу исключить также и сосудистого генеза этой психопатологии. Мы можем упустить и нарушение мозгового кровообращения у нашего больного. Запросто. А может быть, оно уже и было, и мы имеем дело с какой-то гематомой. Тут все, что угодно. Он же ведь получал, я так понимаю, эти коагулянты прямые, он же описывает. Да. И главным осложнением как раз этой антикоагулантной атикоагулянтной терапии являются кровотечения. Очень многие пациенты кровят после этого. И сейчас очень активно идет дискуссия относительно адекватности тех доз антикоагулянтной терапии, которую назначают послековидным пациентам и так далее. Поскольку, это может быть кровотечение мозговое. Гематома, которая привела к соответствующей симптоматике. И мы просто дождемся того, что наш пациент потихонечку уйдет в этом своем возбуждении в сопор, кому, и все. Я считаю, что активность диагностическая должна быть в значительной мере устранена. Я бы поостерегся сейчас психотропной терапии в принципе. Тем более, что он не вызывает каких-то проблем. Как сказал доктор, он не дерется ни с кем, не бросается, не тяготится. У него есть аффективная лабильность, тоже органическая с какими-то может быть дисфорическими явлениями, но он при этом не опасен в поведении. Это очень важно, принципиально. Поэтому, я думаю, что надо ограничиться все-таки нейротропной терапией и дообследованием нашего пациента.

Большое Вам спасибо за сегодняшнее прекрасное, совершенно клиническое, по-настоящему очень интересное представление пациента. И запомните этого пациента, это очень важно для дальнейшего совершенствования в медицинской врачебной практике. В том числе и для меня, мне тоже все было полезно. Спасибо.

Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, родственникам умершего пациента

Ю. Н. Аргунова

Рассматриваются новеллы правового регулирования, касающиеся допустимости ознакомления с медицинскими документами умершего лица его близких родственников, супруга, а также иных лиц при наличии на то прижизненного письменного согласия лица. Приводится правовая позиция Конституционного Суда РФ.

Ключевые слова: врачебная тайна.

В одном из выпусков журнала¹ мы уже высказывали сомнение в обоснованности безоговорочного правового запрета в предоставлении близким родственникам умершего возможности ознакомиться с его меддокументацией. Запрет, содержащийся в ч. 2 ст. 13 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»², не только затрудняет близким умершего своевременную проверку качества предоставленной ему медицинской помощи. Сведения медицинского характера об умершем могут понадобиться при получении его родственником медико-генетических консультаций в рамках ст. 15 Семейного кодекса РФ, ст. 51 Закона об охране здоровья. Это право является производным от права граждан на «получение достоверной и своевременной информации о факторах, способствующих сохранению здоровья или оказывающих на него вредное влияние» (ст. 23 Закона об охране здоровья). Известно о влиянии наследственного фактора на развитие многих заболеваний. Врачи при сборе анамнеза обязаны поинтересоваться у пациента, в каком возрасте и чем болели его родственники и, в первую очередь, родители, какими расстройствами страдают сестры, братья. Важную роль могут сыграть не только сведения о диагнозе, но и результаты исследований. От информированности в данном вопросе зависит эффективность

мер профилактики развития того или иного заболевания.

Мы рады, что наша точка зрения в 2020 г. получила конституционно-правовое обоснование, а в 2021 г. — и законодательное закрепление.

Положения ч. 5 – 7 ст. 67 Закона об охране здоровья позволяют супругу, близким родственникам из всего объема сведений получить лишь заключение о причине смерти и диагнозе заболевания умершего. Суды повсеместно отказывали родственнику умершего в получении копии его истории болезни даже в том случае, когда у родственника имелась доверенность, составленная пациентом при жизни, на право получения его меддокументации.³

Однако постепенно ситуация начала меняться. Конституционный Суд РФ⁴ в **Определении от 9 июня 2015 г. № 1275-О по жалобе В. Н. Зубкова** указал, что в ряде случаев раскрытие врачебной тайны может требоваться как для выполнения государством своих позитивных обязательств по защите права на жизнь в аспекте расследования смерти пациента, так и в *контексте защиты прав и законных интересов неживших его членов его семьи*.

Медицинская информация, непосредственно касающаяся не самого гражданина, а его умерших близких (родственника, супруга и т. д.), как связанная с памятью о дорогих ему людях, может представлять для него не меньшую важность,

¹ См. Аргунова Ю. Н. Сохранение врачебной тайны после смерти пациента // Независимый психиатрический журнал, 2017. № 1. С. 56 – 63.

² Далее — Закон об охране здоровья.

³ См., например, апелляционное определение Судебной коллегии по гражданским делам Мурманского областного суда от 23 октября 2013 г. № 33-3584/2013.

⁴ Далее — КС РФ.

чем сведения о нем самом. Поэтому отказ в ее получении, особенно в тех случаях, когда наличие такой информации помогло бы внести ясность в обстоятельства их смерти, существенно затрагивает его права — как имущественные, так и личные неимущественные. Когда речь идет о смерти человека, не ставится под сомнение реальность страданий членов его семьи. Это тем более существенно в ситуации, когда супруг или родственник имеет подозрение, что к гибели его близкого человека привела несвоевременная или некачественно оказанная медицинская помощь.

Часть 5 ст. 67 Закона об охране здоровья устанавливает, по сути, изъятие из общего правила о запрете предоставления сведений, составляющих врачебную тайну. В силу ее положений заключение о причине смерти и диагнозе заболевания выдается супругу, близкому родственнику, а при их отсутствии — иным родственникам либо законному представителю умершего. Соответственно, в случае, когда сведения о причине смерти и диагнозе заболевания пациента доступны заинтересованному лицу в силу закона, сохранение в тайне от него информации о предпринятых мерах медицинского вмешательства, в частности о диагностике, лечении, назначенных медицинских препаратах, с позиций КС РФ, не может во всех случаях быть оправдано необходимостью защиты врачебной тайны. Особенно с учетом мотивов и целей обращения за такими сведениями.

В подобных ситуациях суд при подготовке гражданского дела к разбирательству, правоохранительные органы — при решении вопроса о возбуждении уголовного дела, а прокурор — при проведении проверки в порядке надзора могут на основе принципов соразмерности и справедливости принять решение о необходимости ознакомить заинтересованное лицо со сведениями, относящимися к истории болезни умершего пациента, в той мере, в какой это необходимо для эффективной защиты прав заявителя и прав умершего лица.

В Постановлении от 13 января 2020 г. № 1-П по жалобе Р. Д. Свечниковой КС РФ пошел дальше в рассмотрении данной темы и признал, что доступ к медицинской информации умершего может потребоваться членам его семьи также и в связи с реализацией ими своего права на охрану здоровья и медицинскую помощь (ч. 1 ст. 41 Конституции РФ). В частности при необходимости диагностирования и лечения генетических, инфекционных и иных заболеваний. Тем более что провозглашение России социальным государством, в котором охраняются труд и здоровье людей (ч. 2 ст. 7 Конституции РФ), обязывает государство разработать эффе-

тивный механизм реализации данного конституционного права, предполагающий в силу требования ч. 3 ст. 41 Конституции РФ возможность надлежащего и своевременного информирования граждан медорганизациями о представляющих угрозу для их жизни и здоровья заболеваниях умерших членов их семей.

Однако право на ознакомление с меддокументацией согласно закону признается только за пациентом или его законным представителем. В то же время в случае неблагоприятного прогноза развития заболевания, исходя из требований ч. 3 ст. 22 Закона об охране здоровья, информация о состоянии здоровья должна сообщаться в деликатной форме гражданину или его супругу (супруге), одному из близких родственников (детям, родителям, усыновленным, усыновителям, родным братьям и родным сестрам, внукам, дедушкам, бабушкам), если пациент не запретил сообщать им об этом и (или) не определил иное лицо, которому должна быть передана такая информация. Тем самым применительно к указанному случаю определяется необходимость учета доверительных отношений пациента с информируемым лицом, каковым презумируется супруг (супруга), близкий родственник либо иное лицо, указанное пациентом.

По смыслу взаимосвязанных положений ч. 2 и 3 ст. 13, п. 5 ч. 5 ст. 19, ч. 1 ст. 20 и ч. 3 ст. 22 Закона об охране здоровья, лицо, которому надлежит сообщить сведения о состоянии здоровья пациента, в т.ч. о неблагоприятном прогнозе развития заболевания, может быть указано пациентом в информированном добровольном согласии⁵ на медицинское вмешательство. Кроме того, пациент дополнительно может запретить информировать супруга и близких родственников о неблагоприятном прогнозе развития заболевания. Однако если в такой ситуации пациент не запретил информировать их и (или) не определил иное лицо, которому должны быть переданы соответствующие сведения о нем, то сведения о неблагоприятном прогнозе развития заболевания сообщаются его супругу или одному из близких родственников. Соответственно, тем более возможность получения такой информации супругом (близким родственником) предполагается, если он указан в ИДС пациента на медицинское вмешательство.

КС РФ в указанном выше Определении от 9 июня 2015 г. № 1275-О указал, что Закон об охране здоровья не содержит положений, которые бы определяли после смерти пациента правовой режим доступа к информации о состоянии его

⁵ Далее — ИДС.

Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, родственникам умершего пациента

здравья и меддокументации, в частности, его супруга, близких родственников, а также лица, указанного в ИДС пациента на медицинское вмешательство в качестве лица, которому в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья, и каким должен быть объем сообщаемой информации, форма и сроки ее предоставления.

В связи с этим КС РФ ориентировал право-применительную практику и федерального законодателя на потребность сбалансированного учета интересов пациентов, их супругов, родственников и других лиц в вопросах доступа к медицинской информации пациента в случае его смерти. Данная правовая позиция КС РФ была направлена прежде всего на эффективную реализацию способов защиты прав граждан и определение конституционных критериев разрешения конкретных дел, а также на то, чтобы в этом вопросе скорректировать взаимоотношения между медорганизациями и гражданами посредством формирования устойчивой правоприменительной практики. Однако деятельность правоприменительных органов показала, что достижение указанной цели при отсутствии четких и ясных нормативных правил, касающихся доступа близких родственников (членов семьи) и иных заинтересованных лиц к медицинской информации умершего пациента путем их непосредственного взаимодействия с медорганизациями, затягивается и сталкивается со значительными затруднениями в реализации прав граждан в этой сфере.

И это при том, что КС РФ в Определении от 9 июня 2015 г. № 1275-О отметил, что федеральный законодатель обладает определенной свободой усмотрения при создании правовых механизмов, которые — при соблюдении надлежащего баланса защищаемых Конституцией РФ ценностей — позволяли бы заинтересованному лицу осуществлять эффективную защиту (в т. ч. судебную) как принадлежащих ему имущественных прав и нематериальных благ, так и права умершего на человеческое достоинство. КС РФ напомнил федеральному законодателю, что тот не лишен возможности в порядке совершенствования нормативного регулирования в данной сфере предусмотреть конкретные правовые механизмы доступа к сведениям, составляющим врачебную тайну умершего, с учетом конституционных требований и сформулированных на их основании правовых позиций КС РФ, с соблюдением разумного баланса прав и интересов всех субъектов соответствующих правоотношений.

Однако федеральный законодатель проявил бездействие в данном вопросе. В период после вынесения указанного Определения было при-

нято несколько десятков федеральных законов, которыми вносились изменения и дополнения в Закон об охране здоровья. Однако ни один из них не был направлен на совершенствование нормативного регулирования доступа заинтересованных лиц к меддокументации умершего пациента.

Согласно правовой позиции КС РФ из принципов правового государства, верховенства закона и юридического равенства, закрепленных Конституцией РФ, вытекает *общеправовой критерий определенности, ясности и недвусмысленности правовой нормы*, без чего немыслимо ее единообразное понимание и, следовательно, применение. Неоднозначность, нечеткость и противоречивость правового регулирования препятствуют адекватному выявлению его содержания, допускают возможность неограниченного усмотрения в процессе правоприменения, ведут к юридическому произволу и тем самым ослабляют гарантии защиты конституционных прав и свобод. Вследствие этого само по себе нарушение требования определенности правовой нормы, порождающее возможность ее взаимоисключающих истолкований правоприменителем, достаточно для признания такой нормы не соответствующей Конституции РФ.

С учетом этого КС РФ своим Постановлением от 13 января 2020 г. № 1-П считал необходимым признать взаимосвязанные положения ч. 2 и 3 ст. 13, п. 5 ч. 5 ст. 19 и ч. 1 ст. 20 Закона об охране здоровья **не соответствующими Конституции РФ**, ее статьям 7 (ч. 2), 17, 19 (ч. 1 и 2), 21 (ч. 1), 24, 29 (ч. 4), 41 (ч. 1 и 3), 52 и 55 (ч. 3), в той мере, в какой в системе действующего правового регулирования неопределенность их нормативного содержания не позволяет определить условия и порядок доступа к меддокументации умершего пациента его супруга (супруги), близких родственников (членов семьи) и (или) иных лиц, указанных в его ИДС на медицинское вмешательство.

Для приведения правового регулирования в соответствие с конституционными критериями определенности правовых норм федеральному законодателю было поручено внести в законодательство изменения, которые позволят нормативно определить условия и порядок доступа называемых лиц к меддокументации умершего пациента.

До этого медорганизациям надлежало по требованию супруга, близких родственников (членов семьи) умершего пациента, лиц, указанных в его ИДС на медицинское вмешательство, предоставлять им для ознакомления меддокументы умершего пациента с возможностью снятия своими силами копий (фотокопий). Если соответст-

вующие меддокументы существуют в электронной форме — предоставлять электронные документы. Отказ в таком доступе допустим только в том случае, если при жизни пациент выразил запрет на раскрытие о себе сведений, составляющих врачебную тайну.

На принятие поправок в Закон об охране здоровья у федерального законодателя ушло полтора года.⁶ Изменения коснулись четырех статей: 13 «Соблюдение врачебной тайны», 19 «Право на медицинскую помощь», 20 «Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства» и 22 «Информация о состоянии здоровья».

По новым правилам:

- ✓ пациент вправе определить лиц, которым в его интересах может быть передана информация о состоянии его здоровья, в т.ч. после его смерти (п. 5 ч. 5 ст. 19);
 - ✓ такими лицами могут быть:
 - супруг (супруга);
 - близкие родственники (дети, родители, усыновленные, усыновители, родные братья и родные сестры, внуки, дедушки, бабушки);
 - иные лица;
- ✓ пациент может выразить свое согласие на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, в виде письменного согласия или при оформлении ИДС на медицинское вмешательство (ч. 3 ст. 13, ч. 7 ст. 20);
 - ✓ после смерти пациента допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, супругу (супруге), близким родственникам либо иным лицам, указанным пациентом в письменном согласии на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, или ИДС на медицинское вмешательство, по их запросу, если пациент не запретил разглашение сведений, составляющих врачебную тайну (п. 3¹ ст. 13);
 - ✓ лица, указанные пациентом в письменном согласии на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, или ИДС на медицинское вмешательство, имеют право:
 - в интересах пациента получать информацию о состоянии его здоровья, в т.ч. после его смерти (ч. 7 ст. 20);
 - непосредственно знакомиться с меддокументацией пациента, в т.ч. после его смерти, если пациент не запретил разглашение

⁶ См. Федеральный закон от 2 июля 2021 г. № 315-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

сведений, составляющих врачебную тайну (ч. 4 ст. 22);

- получать медицинские документы (их копии) и выписки из них, в т.ч. после его смерти, если пациент не запретил разглашение сведений, составляющих врачебную тайну (ч. 5 ст. 22).

Из текста новых положений Закона об охране здоровья не ясно, могут ли супруг и близкие родственники получить доступ к меддокументам умершего, если они не указаны в его согласии. Если исходить из предписаний КС РФ, данных им в Постановлении от 13 января 2020 г. № 1-П, то в отличие от «иных лиц», члены семьи могут не быть названы в ИДС. Члены семьи не смогут получить меддокументы лишь в случае, если пациент при жизни запретил их информировать.

В то же время формулировки ч. 4 и 5 ст. 22 позволяют дать и иное истолкование нормы. Так, в ч. 5 ст. 22 сказано, что супруг, близкие родственники либо иные лица, указанные пациентом в письменном согласии или ИДС на медицинское вмешательство, имеют право получать меддокументы, в т. ч. после его смерти, если пациент не запретил разглашение сведений. С точки зрения русского языка, определяющее слово «указанные», содержащееся в причастном обороте, относится ко всем перечисленным однородным членам предложения. Слово «либо» подразумевает, что пациент указывает либо супруга, либо близкого родственника(ов), либо дальнего родственника(ов), либо соседа, либо и тех и других. А это означает, что супруг, близкие родственники пациента, равно, как и иные лица должны быть «указанными» пациентом. Тот же вывод напрашивается и из анализа данной нормы в контексте остальных новаций. Подтверждают его и комментарии, сопровождающие публикацию Федерального закона от 2 июля 2021 г. № 315-ФЗ в Российской газете.⁷

Это же прямо следует из Пояснительной записки к законопроекту. В ней говорится, что необходимость указания в письменном согласии на разглашение врачебной тайны или в ИДС на медицинское вмешательство конкретного лица, включая лиц из числа членов семьи и близких родственников, которому может быть разглашена врачебная тайна гражданина после смерти, обусловлена конституционным предписанием о неприкосновенности частной жизни, личной и семейной тайны (ст. 24, ч. 1). Признание права на неприкосновенность частной жизни на конституционном уровне предполагает, что отношения, возникающие в сфере частной жизни, не могут быть подвергнуты интенсивному правовому регулированию и необоснованному вмешательству любых субъектов, которым сам гражданин

⁷ См. РГ, 2021, 7 июля.

Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, родственникам умершего пациента

доступ к указанной сфере не предоставил. Таким образом, как указывают авторы законопроекта, сведения, составляющие врачебную тайну, после смерти гражданина в целях защиты информации о его частной жизни, могут быть разглашены *указанным им при жизни лицам, включая членов семьи и близких родственников*, если гражданин или его законный представитель не запретил предоставлять им указанные сведения. В ходе обсуждений законопроекта замечаний по поводу данной концепции не было высказано ни Правовым управлением Аппарата ГД СФ РФ, ни Комитетом по охране здоровья. Было предложено лишь не выделять такую категорию лиц, как члены семьи, что и было сделано в процессе доработки законопроекта.

Если бы указания (определения) конкретных лиц из числа близких родственников и супруга в согласии пациента не требовалось, то в юридико-техническом плане эти и другие нормы потребовалось бы сформулировать иначе. Следует также учитывать, что именно федеральный законодатель с целью восполнения пробела в Законе об охране здоровья правомочен определять условия и порядок доступа названных лиц к меддокументации умершего пациента. Условия доступа законодателем по поручению КС РФ определены. Сделано это со ссылками на положения Конституции РФ. Такова позиция федерального законодателя. Соответствует ли она правовой позиции КС РФ — вопрос непростой.

Однако в любом случае, даже если абстрагироваться от сопоставления правовых позиций КС РФ и федерального законодателя, а также от анализа обоснованности позиции последнего, изложенной в Пояснительной записке к законопроекту, с которой, кстати, мало кто сочтет необходимым ознакомиться, и сосредоточиться на понимании текста закона, то можно прийти к следующему неутешительному выводу. Формулировки указанных статей Закона об охране здоровья в новой редакции не лишены двусмыслинности и допускают взаимоисключающее истолкование, что уже само по себе не соответствует общеправовому критерию определенности, ясности и недвусмыслинности правовой нормы, а значит, действующие уже 5 месяцев правовые нормы не дотягивают до соответствия Конституции РФ. Правоприменитель, граждане не должны разгадывать ребусы. Уже сейчас у специалистов, в т.ч. юристов, данные новеллы вызывают споры. Отсутствие единогообразия в понимании неминуемо приведет к разнобою в правоприменении, произволу, различным злоупотреблениям, в т.ч. злоупотреблению правом со стороны членов семьи пациента.

Не учтено в новой редакции рассматриваемых статей Закона об охране здоровья (п. 5 ч. 5 ст. 19, ч. 7 ст. 20) и то, что передача сведений после смерти пациента допускается не только исключительно в интересах умершего пациента, но и в интересах переживших его членов семьи, на что неоднократно указывал КС РФ. Пациент, подписывая новую форму ИДС с дополнением «в т.ч. после смерти» должен это понимать. В целом же формулировка: «пациент имеет право на выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья, в том числе *после его смерти*» представляется упрощенной, логически противоречивой.

Закон (в ч. 4 ст. 22) наделил Минздрав России полномочиями по утверждению порядка дачи письменного согласия гражданина или его законного представителя на разглашение врачебной тайны. Это важный вопрос применительно, например, к пациентам, госпитализированным в психиатрический стационар в недобровольном порядке, поскольку такие пациенты ИДС не подписывают, но вправе в соответствии со ст. 7 Закона о психиатрической помощи непосредственно в стационаре оформить доверенность на представительство своих интересов при оказании психиатрической помощи, где и указать лицо, которому могут быть переданы соответствующие сведения. Такое согласие потребуется от лиц, которые ранее получали медицинскую помощь, а теперь нуждаются в услугах адвоката для представительства своих интересов (письменное согласие на разглашение врачебной тайны адвокату) и пр. Известен случай, когда медорганизация отказалась адвокату бывшего пациента в предоставлении выписки из истории болезни его доверителя на том основании, что «в меддокументации пациента отсутствует письменное согласие на разглашение адвокату Бочарову Я. В. сведений, составляющих врачебную тайну». Адвокат обжаловал отказ в суд. Однако суды всех инстанций⁸ признали отказ медорганизации правомерным, несмотря на то, что адвокат приложил к адвокатскому запросу письменное заявление своего доверителя о предоставлении указанных сведений своему адвокату.

Минздраву России предстоит также незамедлительно внести уточнения в приказ от 2 мая 2012 № 441н «Об утверждении Порядка выдачи медицинскими организациями справок и медицинских заключений» и в приказ от 29 июня 2016 г. № 425н «Об утверждении Порядка ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента».

⁸ См. Кассационное определение Первого кассационного суда общей юрисдикции от 27 апреля 2021 г. № 88а-10762/2021 по делу № 2а-335/2020.

Приказом Минздрава России от 12 ноября 2021 г. № 1051н уже утверждены новый Порядокдачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства и соответствующие формы. Нормативный акт вступает в силу с 1 марта 2022 года. В утвержденной приказом форме ИДС на медицинское вмешательство соответствующий абзац сформулирован следующим образом:

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

Ссылка на п. 5 ч. 5 ст. 19 Закона не в полной мере отражает суть преобразований. В этой норме говорится о передаче сведений лишь в интересах пациента, в то время как передача сведений после смерти пациента допускается не только в интересах умершего, но и в интересах переживших его членов семьи. Выражение «или состояния лица» представляется некорректным. Следовало написать «или состояния здоровья лица». Важно отметить, что согласно п. 2 утвержденного Порядка законный представитель лица, признанного недееспособным, дает ИДС на медицинское вмешательство только в том случае, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство. Однако порядок установления способности недееспособного лица выразить свое отношение (согласие/несогласие) к медицинскому вмешательству в данном нормативном акте, как и во всех прочих ведомственных нормативных актах, отсутствует, что ведет к произволу и нарушению прав недееспособных пациентов.

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

ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА

Громкий прецедент сомнительности врачебной ошибки

В последние несколько лет, в связи с целым рядом резонансных дел (в том числе в психиатрии), широко обсуждается проблема защиты врачей от необоснованного уголовного преследования. Национальная медицинская палата отстаивает необходимость декриминализации врачебных ошибок, однако не встречает понимания у Следственного комитета РФ и других правоохранительных органов. По их мнению, «врач имеет право ошибиться, но надо четко определить, “где это действительно врачебная ошибка, а где — преступная небрежность”, за которую наступает ответственность. Кто и как должен определять, была ли это врачебная ошибка или преступная небрежность? Закон о независимой медицинской экспертизе, о котором уже много лет говорит медицинское и правозащитное сообщество, до сих пор не принят и даже не поступил на рассмотрение в Думу, хотя существует несколько вариантов такого законопроекта.

Сегодня отдельной статьи о наказании за врачебную ошибку и самого понятия «врачебная ошибка» в уголовном кодексе не существует. Однако есть ст. 118 и 109 о причинении тяжкого вреда здоровью и смерти по неосторожности, где фактически отягчающим обстоятельством является «ненадлежащее исполнение лицом своих профессиональных обязанностей». Каждый такой случай должен подвергаться внимательному изучению, не только потому, что от этого зависит судьба конкретного врача и финансовая компенсация за тяжкий вред здоровью или даже смерть пациента, но и потому, что это может помочь выработке общих подходов к этой непростой проблеме.

Вот пример одного из таких, на наш взгляд, безусловно, прецедентных случаев.

В одной из московских областных психиатрических больниц умер несовершеннолетний пациент. Юноше было 17 лет, это был первый психоз, и он впервые поступил в психиатрическую больницу. Пришел своими ногами, а через несколько недель родители забрали бездыханное тело. Юноша поступил в остром психотическом состоянии, был дезориентирован, считал, что он Бог, может читать чужие мысли и слышать голоса, однако, по мнению врачей, был способен дать информирование добровольные согласие на ле-

чение. Сразу была начата массивная нейролептическая терапия, которая привела к улучшения психического состояния, и через месяц пациент был выписан из отделения с диагнозом «Острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении», с рекомендацией продолжать амбулаторное лечение у психиатра и приступить к учебе (он студент колледжа) на следующий день. Однако встретившая его мать была в ужасе от состояния сына: он был скован, «еле передвигался», «глаза смотрели на нос», разговаривал «медленно с затяжными паузами». Осмотревший его в тот же день врач консультационно-диагностического отделения принял решение о необходимости возвращения пациента в стационар, предположив развитие злокачественного нейролептического синдрома. Однако в отделении вновь была возобновлена нейролептическая терапия, хотя в меньших дозах и с использованием корректоров. Через 6 дней эту терапию пришлось отменить в связи с нарастанием экстрапирамидной симптоматики, а еще через три дня пациента «по скорой» госпитализировали в реанимационное отделение Морозовской детской клинической больницы, где был подтвержден диагноз «злокачественный нейролептический синдром». 6 дней врачи-реаниматологи боролись за жизнь пациента, в результате чего его соматическое состояние несколько улучшилось, и прибывший для консультации врач-психиатр московской областной психиатрической больницы принял решение о возможности его возвращения в психиатрическое отделение, хотя по данным выписки из Морозовской больницы состояние пациента оставалось «крайне нестабильным», а симптоматика злокачественного нейролептического синдрома была «крайне выраженной». На второй день после возвращения в психиатрическую больницу пациент умер от удушья. Причина смерти: «тромбоэмболия легочной артерии».

Конечно, было проведено расследование, врачебная комиссия больницы по изучению летальных исходов в составе 3 врачей-психиатров проанализировала ситуацию, нашла некоторые дефекты в оформлении медицинской документации, «что не повлияло на исход», и пришла к следующему выводу: «Расхождений посмертного

И. Э. Гушанский

и судебно-медицинского диагнозов нет. Клинический диагноз был установлен своевременно. Получал терапию, соответствующую характеру и степени психотических расстройств. Реанимационные мероприятия проводились правильно, своевременно, в полном объеме». Вот так! И никто ни в чем не виноват. Хотя стоит отметить, что главный врач больницы был уволен, однако мы не знаем, с какой формулировкой.

Но тут в дело вмешалась общественная наблюдательная комиссия г. Москвы. Благодаря организованной ей проверке и подробной публикации в СМИ, расследование было вновь возобновлено, и следователь относится к делу чрезвычайно внимательно. В деле есть заключение главного внештатного специалиста — детского психиатра МЗ МО, врача-психиатра высшей квалификационной категории, который пришел к выводам, что «длительность терапии в реанимационном отделении Морозовской больницы была недостаточной», «решение о возможности возвращения пациента для дальнейшего лечения в условиях психиатрического стационара, было преждевременным», а «тромбо-эмболия легочной артерии, ставшая причиной смерти, могла явиться следствием тромбогеморрагического синдрома, являющегося осложнением злокачественного нейролептического синдрома». На основании этого заключения следователь направил материалы дела в Бюро судебно-медицинской экспертизы Департамента здравоохранения г. Москвы, где 5 высококвалифицированных специалистов (1 детский психиатр, 1 детский реаниматолог и 3 судебно-медицинских эксперта, специалисты в области «общественного здравоохранения») в течение нескольких месяцев изучали медицинские документы и прислали заключение, в котором на 56 страницах подробно описывали поступившие в их распоряжение материалы, многократно повторяя одни и те же факты, и пришли к заключению, что «каких-либо дефектов в оказании медицинской помощи пациенту в психиатрической больнице не установлено», и «действия сотрудников психиатрической больницы, оказывавших помощь и проводивших лечебно-реабилитационные мероприятия пациенту, в связи с его смертью не состоят».

Не удовлетворенный таким заключением, следователь направил запрос в Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского с просьбой поручить анализ медицинской документации умершего пациента конкретному специалисту по злокачественному нейролептическому синдрому. В ответ ему сообщили, что сначала проведут свою комиссионную экспертизу. Между тем, Российской исследовательский центр по правам че-

ловека, который помогает родителям умершего мальчика и следит за развитием этого дела, обратился в Бюро независимых экспертиз «Версия» с просьбой дать анализ имеющимся медицинским документам. Приводим заключение врача-психиатра, кандидата медицинских наук И. Э. Гушанского, которое послужит основанием для назначения новой судебно-медицинской экспертизы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ СПЕЦИАЛИСТА по вопросам, входящим в его профессиональную компетенцию 15 октября 2021 года

Кандидат медицинских наук, врач-психиатр, имеющий стаж работы 23 года, Гушанский Игорь Эммануилович, по представлению Бюро независимой экспертизы «Версия» ознакомился с медицинскими документами Я-ва, 2002 г.р., умершего 29.05.2020 г.

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

1. Обосновано ли было лечение, назначенное Я-ву в Московской областной ПБ? Могло ли оно спровоцировать развитие у него злокачественного нейролептического синдрома?

2. Чем обусловлено ухудшение состояния Я-ва, зафиксированное в диспансерном отделении 14.05.2020, когда возникла необходимость его возврата в стационарное отделение?

3. Адекватно ли состоянию Я-ва назначенное лечение после его возвращения в стационар 14.05.2020 г.?

4. Верно ли оценил тяжесть состояния Я-ва врач-психиатр МО ПБ при осмотре 27.05.2020 г.? Имелись ли причины для перевода Я-ва из отделения реанимации и интенсивной терапии ГБУЗ «Морозовской ДГКБ» в психиатрический стационар МО ПБ, где отсутствовало реанимационное отделение?

Для анализа специалисту были предоставлены следующие документы:

– Копия медицинской карты стационарного больного Я-ва из Московской областной ПБ;

– Копия медицинской карты стационарного больного Я-ва из Морозовской ДГКБ г. Москвы;

– Копия медицинской карты стационарного больного Я-ва из МО ПБ;

– Копия заключения главного внештатного специалиста, детского психиатра МЗ МО, врача-психиатра высшей категории по факту смерти несовершеннолетнего Я-ва.

АНАЛИЗ ПРЕДСТАВЛЕННЫХ ДАННЫХ

Из представленных специалисту для анализа данных, сведения о наследственной отягощенности психическими расстройствами отсутствуют. Известно, что Я-ов родился в полной семье, имел двух старших сестер. Беременность у матери протекала с осложнениями. На ранних стадиях беременности мать Я-ва принимала антибиотики, в родах воды зеленого цвета с меконием. Раннее развитие без особенностей. Посещал ДДУ с 3-х лет. Формировался активным, гиперактивным ребенком. В школу пошел с 7 лет, учился посредственно, на месте не удерживался, был неусидчивым, мог легко податься. Учеба давалась с трудом, в связи с чем, был оставлен на второй год. В подростковом возрасте стал более спокойным, «забытым», в конфликтах с одноклассниками не мог за себя постоять. В возрасте 16 лет в связи с предстоящими экзаменами отмечалось подавленное настроение, заявлял родителям, что «никчемный, ничего не может, не видит смысла в жизни». По поводу своего состояния консультировался у школьного психолога. После окончания 11 классов продолжил обучение в техникуме по специальности «фрезеровщик». В середине марта 2020 г., после объявления о самоизоляции в связи с карантином стал тревожным, боялся за себя и за родных. В последних числах марта 2020 г. стал возбужденным, не спал ночами, под различными предлогами рвался на улицу, вел себя агрессивно. На просьбу родителей выпить корвалол, отреагировал в резкой форме: встал на ванну, сорвал планку со шторой, стал ей размахивать. Высказывал идеи, что он Бог, может читать чужие мысли, что слышит голоса, видел умершую две недели назад бабушку и две тени. 04.04.2020 г. бригадой ПБСМП в экстренном порядке был госпитализирован в ПБ московской области. В приемном отделении (дата осмотра в приемном отделении 04.04.2020 г. 22 ч. 30 мин) подписал информированное добровольное согласие на лечение и обследование в условиях психиатрического стационара. При соматическом обследовании патологии выявлено не было.

При описании психического состояния Я-ва на момент поступления в ПБ (медицинская карта стационарного больного) указывается, что больной внешне заспан, глаза прикрыты, в беседу вступал формально, на поставленные вопросы отвечал не по существу, называл себя «богом, которому уже миллиард лет, говорил, что перенес операции по укреплению костей, сердца и состоит весь из сплава металлов. Я-в заявлял, что слышит голоса внутри головы, может читать чужие мысли, исцелять больных, чувствовал в голове передатчик, который принимает сигналы от людей. Фон настроения на момент осмотра

был неустойчивым. Мышление непоследовательное, паралогичное. Суицидальные мысли отрицал. Указывается, что критика к своему состоянию была формальной. Больному был выставлен диагноз: «Острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении» (F23.1 по МКБ-10). Врачом приемного отделения 04.04.2020 г. назначалось лечение: Галоперидол 0,5 % — 1 мл. в/м 3 р. в день, феназепам 0,1 % 1 мл. в/м, н/н., тригексифенидил (циклодол) 2 мг. 3 р. в день. 06.04.2020 г. в 10 ч. 00 мин Я-в был осмотрен в отделении зав. отделением. Назначалось лечение: Галоперидол 0,5 % — 1 мл. в/м 2 р. в день, феназепам 0,1 % 1 мл. в/м, н/н., тригексифенидил (циклодол) 2 мг. 2 р. в день. В дневниковой записи от 07.04.2020 г. указывается, что большой голоса больше не слышит, однако богом себя считает. Терапия не менялась. Побочные действия от приема лекарств не описывались. Соматической патологии выявлено не было.

При осмотре совместно с зав. отделением 09.04.2020 г. указывается, что больной двигательно и ассоциативно заторможен, говорит в медленном темпе после заметных пауз, на вопросы отвечает не всегда в плане заданного. Отмечается, что больной временами спонтанно засыпал, высказывал бредовые идеи фантастического содержания: утверждал, что запускает людей в космос, что это его работа, что может одновременно находится в двух местах. По результатам осмотра больному были увеличены дозы галоперидола до 15 мг/сут., в/м назначен прием аминазина 150 мг./сут (Галоперидол 0,5 % — 1 мл. в/м 3 р. в день, феназепам 0,1 % 1 мл. в/м, н/н., тригексифенидил (циклодол) 2 мг. 3 р. в день, аминазин 50 мг. 3 р. в день) 13.04.2020 г. с целью усиления антипсихотического эффекта лечащим врачом-психиатром увеличены дозы галоперидола до 20 мг/сут. 16.04.2020 г. Я-в консультировался врачом-терапевтом. Диагноз: «Диссензия желчновыводящих путей». В дневниковой записи 20.04.2020 г. указывается, что больной «стал заметно собраннее, доступнее контакту, однако старается ни с кем не общаться, о болезненных переживаниях не говорит. Принято решение отменить внутримышечные инъекции галоперидола и назначить прием данного препарата внутрь в таблетированной форме, в дозировке 25 мг/сут. Остальные назначения остались без изменений. Данная схема лечения оставалась без изменения до 08.05.2020 г. При совместно осмотре с зав. отделением 08.05.2020 г. отмечается, что обманы восприятия у больного не выявляются, к имевшимся ранее формально критичен. Бредовые идеи не высказывал. Жаловался на слабость, сонливость, головокружения, отмечалась заторможенность. Больному умень-

И. З. Гушанский

шили дозы галоперидола до 15 мг в сут, аминазина до 50 мг/сут. О наличии побочных действий лекарств, наличии экстрапирамидных расстройств у больного в дневниковых записях не указывается.

В дневниковой записи от 13.05.2020 г. отмечается, что больной несколько сонлив днем, но стал меньше залеживаться в кровати. Обманы восприятия не обнаруживал, стал несколько критичнее к переживаниям острого периода. Указывается, что родители Я-ва сообщили о намерении выписки больного и перевода на амбулаторное долечивание.

14.05.2020 г. в 10 ч. 00 мин. при совместном осмотре больного с заведующим отделением указывается, что Я-в жалоб не предъявляет, высказывает довольство состоянием, настроен на продолжение учебы, на вопросы отвечает по существу, контакту полностью доступен. В беседе Я-в был несколько заторможен, брадипсихичен. Соматических жалоб не предъявлял. Проявлений лекарственной непереносимости не отмечал. Я-в был выписан в сопровождении матери и отца. В сопровождении медперсонала препровожден в КДО. Выставлен окончательный диагноз: «Острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении» (F23.1 по МКБ-10).

14.05.2020 г. Я-в вернулся в отделение с матерью в связи с ухудшением состояния. Со слов матери, когда шли из отделения в стационар, стала нарастать тревожность, напряженность, стал более растерянным. В регистратуре не мог сбрасываясь с мыслями, с трудом передвигался, «всего сковывало», стал снова слышать голоса внутри головы. По рекомендации врачей КДО, мать с пациентом вернулись обратно в отделение. В беседе Я-в был растерян, мышечно зажат, пытался встать и уйти. Стереотипно повторял: «все всё знают», пояснить суть переживаний не мог. Без сопротивления был уведен персоналом в палату, но затем неоднократно подбегал к двери, говорил, что передумал, хотел с матерью поехать домой. В медицинской карте стационарного больного сделана запись, что выписка пациента в связи с ситуационно обусловленной экзацербацией отменена. Назначалась терапия: Галоперидол 0,5 % — 1 мл в/м 3 р. в день, феназепам 0,1 % 1 мл, в/м, 3 р. в день, аминазин 2 мл в/м н/н.

В дневниковых записях истории болезни Я-ва 15 – 18.05.2020 г. указывается, что больной был напряжен, ни с кем не общался, был погружен в мир собственных переживаний. Заявлял, что «мысленно общается с Богом». Отмечалась «шаркающая походка, застыивания». Почти постоянно находился с полузакрытыми глазами.

18.05.2020 г. лечащим врачом-психиатром была назначена терапия: галоперидол 5 мг в табл. – 3 р., аминазин 50 мг в таб н/н, циклодол 2 мг. 3 р.

19.05.2020 г. при совместном осмотре пациента совместно с заведующим отделением отмечалось, что у Я-ва появилась скованность мышц конечностей, трепет рук, сальность лица, «симптом зубчатого колеса» верхних конечностей. При осмотре у Я-ва обострилась острая психотическая симптоматика: заявлял о своих способностях управлять событиями на земле, явлениями природы. Критика к своему состоянию отсутствовала. В связи с признаками, угрожающими развитию злокачественного нейролептического синдрома, было принято решение одновременно отменить проводимую нейролептическую терапию. Назначено лечение: Феназепам 0,1 % по 1 мл утром, днем в/м, 2,0 мл. н/н, раствор натрия хлорида 0,9 % 400 мл в/в кап, аспаркам 20 % 10 мл, пирацетам 20 % 10 мл, рибоксин 10 мл в/в кап. На фоне проводимой терапии состояние больного не улучшалось, нарастили проявления нейролептического синдрома. 22.05.2020 г. с часа ночи состояние резко ухудшилось. При осмотре дежурным врачом Я-в продуктивному контакту был недоступен, лежал с закрытыми глазами, руки были согнуты в локтевых суставах и подняты кверху. При осмотре 22.05.2020 г. в 8 ч.55 мин. Я-в продуктивному контакту был недоступен, лежал в статичной позе, кожные покровы покрыты холодным липким потом, бледные. Сознание Я-ва было помрачено до степени сопора. Отмечалась ригидность мышц шеи и конечностей. На обращенную речь Я-в не реагировал. При осмотре пациента врачебной комиссией в составе двух заместителей главного врача, зав. отделением и лечащего врача 22.05.2020 г. в 9 ч. 45 мин Я-ву был выставлен диагноз: «Острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении. Злокачественный нейролептический синдром». По заключению комиссии врачей больной нуждался в лечении в условиях реанимационного отделения. Администрацией больницы предпринимались попытки перевода Я-ва в психиатрическую больницу с реанимационным отделением, однако психиатрические больницы, имеющие реанимационные отделения были закрыты на прием пациентов в связи с режимом обсервации, связанный с коронавирусной инфекцией COVID-19. Бригадой СМП Я-в был переведен на лечение в отделение реанимации и интенсивной терапии ГБУЗ «Морозовской ДГКБ» г. Москвы, где он находился с 22.05.2020 г. по 28.05.2020 г. На фоне проводимых реанимационных мероприятий общее состояние пациента несколько улучшилось, однако

оставались проявления злокачественного нейролептического синдрома.

27.05.2020 г. Я-в был осмотрен врачом психиатром МО ПБ. При описании психического состояния указывается, что Я-в контакту доступен формально, отвечает односложно, в плане заданного, после пауз, речь смазана. Ориентирован в собственной личности, месте, дезориентирован во времени. Отмечался выраженный озабоченность-подобный трепет тела. На момент осмотра обманы восприятия отрицают, бредовых идей не высказывал. Выполнял простые указания, пассивно подчиняется. Кататонических симптомов не обнаруживает. Выставлен диагноз: Состояние после перенесенного острого психотического эпизода с кататоническими включениями, злокачественного нейролептического синдрома. Рекомендовался: 1) Sol Relanii 4 мл в/м при возбуждении. 2) перевод в МО ПБ.

В выписном эпикризе медицинской карты стационарного больного указывается, что на момент нахождения в отделение реанимации и интенсивной терапии ГБУЗ «Морозовской ДГКБ» уровень сознания Я-ва с постепенным нарастанием, больной стал произносить отдельные слова, просит пить. Гипертермия сохраняется субфебрильная. Сохраняется склонность к артериальной гипертензии и тахикардии. Гемодинамика стабильная, в кардиотонической поддержке не нуждался. Зависимость от кислорода купирована, дыхание самостоятельное эффективное, аускультативная картина спокойная.

28.05.2020 г. Я-в был возвращен на лечение в МО ПБ с диагнозом: «Острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофrenии. F23.1. Кардиомиопатия. Токсический гепатит». Осложнения: «Нейролептический синдром. Состояние после реанимационных мероприятий». Указывается, что при поступлении контакт с Я-вым был затруднен, речь смазанная, периодически просил пить, есть. Односложно отвечал на простые вопросы, выполнял простые указания. Периодически усиливается трепет в теле. С помощью медицинского персонала самостоятельно попил воды. В отделении была продолжена инфузионная терапия. 29.05.2020 г. в 10 ч. проведен совместный осмотр пациента с заместителями главного врача. Сделана запись, что состояние пациента с положительной динамикой. В беседе ориентирован верно. На вопросы отвечает односложно, в плане заданного. Согласен на лечение в условиях круглосуточного психиатрического стационара, однако в связи с ограничением движений не мог самостоятельно подписать документ. Признаков обманов восприятия выявлено не было. При описании соматического состояния указывалось, что

АД-140/90 мм.рт.ст., ЧСС-120, ЧДД-19 в мин. Отеков нет. Выявлялся повышенный тонус мышц. 29.05.2020 г. в 14 ч.20 мин. состояние Я-ва резко ухудшилось: он находился на кровати без сознания, зрачки были резко расширены, на свет не реагировали, кожные покровы мертвенно-бледного цвета. Дыхание не определялось. АД и пульс на магистральных артериях не определялся. Проводились мероприятия сердечно-легочной реанимации, в/в вводился раствор Адреналина 0,1 % 1 мл. Сотрудниками отделения была вызвана бригада СМП, которая прибыла в 14 ч. 32 мин. В 15 ч.02 мин. констатирована биологическая смерть. Из заключения судебно-медицинской экспертизы следует, что причина смерти Я-ва: тромбоэмболия легочной артерии, возникшей в результате нарушения микроциркуляции и образования тромбов глубоких вен голени, вызванных патологией сердца — кардиомиопатией.

ВЫВОДЫ И ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ, ПОСТАВЛЕННЫЕ ПЕРЕД СПЕЦИАЛИСТОМ

1. С учетом имеющихся в распоряжении специалиста данных, можно утверждать, что лечение Я-ву врачами-психиатрами МО ПБ было назначено без учета анамнестических сведений, а именно, без учета наличия органической патологии у пациента, его возрастных характеристик. Не учитывались также обстоятельства, свидетельствующие о первичном обращении за психиатрической помощью. Ранее Я-в не обращался за психиатрической помощью и не принимал психотропные препараты. Из анамнестических сведений известно о наличии у Я-ва перинатальной патологии, наличие в детском возрасте повышенной возбудимости, отставании в интеллектуальном развитии (трудности в усвоении учебного материала в школе, что привело его к дублированию классов в общеобразовательной школе). Назначение типичных нейролептиков, к которым относятся галоперидол в высоких дозировках при первичном обращении у несовершеннолетнего, имеющего органическую патологию, имеет высокий риск развития у больного нейролептического синдрома. В распоряжении врачей-психиатров в настоящее время имеются более современные нейролептики, обладающие широким спектром антипсихотического действия и уменьшающие риск развития нейролептического синдрома. Препаратами выбора для лечения впервые возникшего острого психотического состояния с учетом наличия органической патологии являются атипичные антипсихотические препараты. Наиболее распространенными из них являются: рисперидон (рисполент), кветиапин, оланzapин, арипипразол.

И. Э. Гушанский

У Я-ва отмечалась резистентность к назначенным психотропным препаратам. В связи со стойкостью галлюцинаторно-бредовой симптоматики, ему повышались дозы галоперидола до 25 мг/сут, аминазина до 150 мг/сут. Терапевтический эффект был незначительным и нестабильным, однако лечащими врачами решение поменять терапию и назначить более эффективные антипсихотические препараты принято не было. Можно утверждать, что лечение, которое получал Я-в, было клинически необоснованно и привело к возникновению у него злокачественного нейролептического синдрома.

2. Ухудшение состояния Я-ва 14.05.2020 г. сопровождалось экзацербацией психотических расстройств в виде парофренного бреда, идеи воздействия, появлением вербального псевдогаллюцина, синдрома психического автоматизма (синдром Кандинского – Клерамбо). В этот период времени у Я-ва появились и клинические признаки нейролептического синдрома: скованность, неусидчивость, заторможенность. Ухудшение психического состояния Я-ва 14.05.2020 г. и появление нейролептического синдрома было вызвано неэффективностью терапии и побочными эффектами при лечении высокими дозами типичных нейролептиков, что послужило причиной его возврата в стационарное отделение МО ПБ.

3. После возвращения Я-ва в психиатрический стационар 14.05.2020 г., несмотря на неэффективность проводимой терапии, появления симптомов нейролепсии, схема лечения не менялась. Больному назначались внутримышечное инъекционное введение галоперидола 15 мг/сут, аминазина 50 мг/сут. На фоне проводимого лечения у Я-ва 19.05.2020 г. усилились проявления нейролептического синдрома, появилась выраженная скованность мышц конечностей, трепор

рук, сальность лица, «симптом зубчатого колеса» верхних конечностей. Одномоментная отмена нейролептиков, проведение инфузационной терапии не дали желаемого эффекта. 22.05.2020 г. произошло резкое ухудшение состояния пациента, появились проявления злокачественного нейролептического синдрома, который сопровождался помрачением сознания до степени сопора, выраженной ригидностью мышц шеи и конечностей, что послужило причиной его перевода в отделение реанимации и интенсивной терапии ГБУЗ «Морозовской ДГКБ».

4. Врач-психиатр МО ПБ при осмотре Я-ва 27.05.2020 г. не оценил тяжесть имеющихся у него проявлений злокачественного нейролептического синдрома и принял ошибочное решение о его переводе для дальнейшего лечения в условиях психиатрического стационара. Необходимости в срочной госпитализации Я-ва из отделения реанимации и интенсивной терапии ГБУЗ «Морозовской ДГКБ» в психиатрический стационар не было. Обманы восприятия у Я-ва не выявлялись, бредовые идеи он не высказывал, при этом у него отмечались тяжелые неврологические нарушения: смазанность речи, ознобоподобный трепор всего тела. Необходимо также учитывать тот факт, что в МО ПБ отсутствует отделение реанимации, а Я-в нуждался в интенсивной терапии, направленной на купирование последствий злокачественного нейролептического синдрома. Можно сделать вывод, что необоснованный перевод Я-ва из отделения реанимации и интенсивной терапии ГБУЗ «Морозовской ДГКБ» в психиатрический стационар, не располагающий отделением реанимации, послужил причиной осложнений, приведших к его смерти.

**Специалист ООО «Бюро независимой экспертизы «Версия», к.м.н.,
врач-психиатр И. Э. Гушанский**

ВНИМАНИЕ!

**На сайте НПА России www.npar.ru
представлены все выпуски**

Независимого психиатрического журнала за 30 лет

ОТКЛИКИ, ОБСУЖДЕНИЯ

70-летие «научной» сессии 1951 г.

Восторжествовавший в госпропаганде стиль обвинений советского прошлого начинает вторгаться в науку. Сегодня, в год знаменитого юбилея, важно напомнить о нем в качестве профилактического предупреждения.

Вот пример «критики» замечательной монографии Александра Соломоновича Шмарьяна «Мозговая патология и психиатрия» 1949 г. из «Письма в редакцию журнала “Неврология и психиатрия”» (1951, 2, 78) — «Об идеалистической сущности “мозговой патологии”» В. М. Банщикова и А. А. Портнова. Она начинается с указания, что обвиняемая ими в «идеализме» монография была высоко оценена в двух рецензиях 1950 года — Раисы Яковлевны Голант и Авраама Львовича Абашева-Константиновского, опубликованных до разгромной Павловской сессии (в нейрофизиологии) осени 1950-ого года, тогда как критика последовала после нее и накануне второй Павловской сессии (в психоневрологии) осени 1951-ого года.

«Прикрываясь идеологической борьбой на два фронта — против узкого локализационизма и эквипотенциализма, А. С. Шмарьян в зауалированной форме защищает как то, так и другое направление». Чем не прокрустово ложе или апокриф халифа Омара при сожжении Александрийской библиотеки? Итак, ни вправо, ни влево. Но, может быть, в середине? — Нет: «же-

лая создать видимость передовой теории, он декларативно ссылается на физиологическое учение И. П. Павлова, а на деле полностью игнорирует его». Обосновывается это фразой из совершенно другого места: «Совершенно неправомерно отождествлять высшую нервную деятельность с психологической» (с. 72). Но Павловские сессии 1950 и 1951 гг. использовали достойное имя И. П. Павлова в качестве дубины против его самого выдающегося и близкого преемника акад. Л. А. Орбели и со стороны психиатра, устроителя «Павловских сред» А. Г. Иванова-Смоленского, выдававшего критику своих собственных примитивно-механистических эпигонских работ за критику идей И. П. Павлова. Выступая в числе главного обвинителя, он называл идеи К. Клейста, О. Пётцля и А. С. Шмарьяна и его последователей «шовинистическими, антирусскими, антисоветскими, ... антинаучными, профашистскими, расистскими».

И в том же стиле 9 страниц разнузданного текста. Впоследствии А. А. Портнов позиционировал себя учеником и защитником «своего учителя — Р. Я. Голант», одной из главных мишеней второй сессии. Таких выступлений, статей, писем в редакцию было наперебой.

Реакция на дебаты об эвтаназии в РОП

**Официальный отечественный гуманизм до сих пор не «абстрактный»
К 20-летию Нидерландского закона об эвтаназии и современные дебаты**

Сейчас каждый может легко узнать — было бы желание — леденящие факты советской практики выкорчевывания «абстрактного гуманизма». Но и в наши дни инерция этого опыта и его понимания сохраняется (а не повторяется).

Бурное возмущение наших ведущих психиатров, вызванное современными дебатами о рас-

ширении на старческий возраст первого закона об эвтаназии, принятого в Нидерландах в 2001 г., поддержанного большинством населения страны и Парламента, лоббированного министрами здравоохранения и юстиции, и — парадоксально для совка¹ — самыми состоятельными людьми. Закона, тщательно продуманного и не

¹ Термин «совок» принадлежит журналисту Елене Рыковцевой, ее впечатлению от поездки в Приднестровье в конце 90-х, когда войдя в «Детский мир», она увидела на всех полках длинные ряды красных совков — символа советской экономики.

противоречащего никаким международным конвенциям и правам человека (а только осуждаемого католической и протестантской церквями), в котором ни пациент, ни врач не имеют абсолютного права на его применение, а необходимо разрешение специализированного комитета по этике после неоднократных просьб желающих достойно уйти из жизни в силу отсутствия приемлемой альтернативы (а в первом законе — при неизлечимой болезни с невыносимыми страданиями или особых обстоятельствах), и нескольких собеседований с двухнедельным интервалом, соблюдением четко прописанных условий и процедур. Голландцы приветствовали этот закон с облегчением, воспринимая его как расширение свободы — свободы распоряжаться своей жизнью после многовекового проклятия самоубийства до отказа хоронить на кладбище.

Для врачей со временем Гиппократа жизнь — высшая сакральная ценность. Порядок приоритетов до сих пор был таков: жизнь важнее свободы, свобода важнее безопасности и здоровья.

В армии Израиля и ряда западных стран для попавших в плен предписано, что жизнь важнее секретов, и существует понятие «преступного приказа»... Это вам не Жуковское «бабы новых нарожают».

А как оценивается с религиозно-этической точки зрения поступок легионера, который пресяк страдания распятого Христа? И разве не гуманный акт поступать так со смертельно ранеными животными?

Это столкновение общественного приоритета религий с индивидуальным подходом и международным правом, запечатленным в знаменитом изложении казусных ситуаций («Медицина и права человека. Нормы и правила международного права, этики, католической, протестантской, иудейской, мусульманской и буддийской религиозной морали». — М., 1992) и тем более решающих в сугубо индивидуальных конкретных обстоятельствах. Грандиозный пример существования исключений из любых правил дал фильм Золтана Фабри «Пятая печать». Страшный итог и смысл подведения всего и вся под один общий знаменатель запечатлен в древнегреческой мифологеме прокрустова ложа.

Конечно, сложнее всего, неизмеримо сложнее, обстоит этот вопрос в психиатрии, где хорошо известно, что затяжные депрессии, длиющиеся до нескольких лет, спонтанно заканчиваются, что существуют скрытые, латентные и маскированные депрессии, и что необходимо проверять вменяемость больных, их жизненные ситуации, мотивы

сомнительного свойства, криминальное давление, шантаж и различные сочетания этого.

Что касается возмущения этим законом у наших соотечественников, то хотелось бы спросить, кто из них прочел его внимательно, а не удовлетворился общим пересказом типа «мы Пастернака не читали, но осуждаем»? Понятна реакция коллег, ужаснувшихся мысленным перенесениям подобного закона на нашу почву. Мы тоже, как и со свободной продажей огнестрельного оружия, согласны с теми, кто прогнозирует быстрое доминирование на этом поле «братьев» с всевозможными легальными убийствами. Люди во всех странах одинаково многообразны. Дело в развитости общественных институтов конкретной страны, реального (а не декоративного) разделения властей — не только исполнительной, законодательной, судебной и четвертой (масс-медиа), но и экономической, научной, учебной, во всех цехах и гильдиях различных ремесел и искусств.

Поэтому возмущаться и осуждать чужое, опираясь на отечественный опыт, это и есть мыслить конкретно в плохом смысле этого понятия, т. е. вне контекстуально. Это и есть осуждать на советский лад «абстрактный гуманизм», который в равной мере распространяется на всех людей без различия расы, национальности, веры и любой болезни. Гражданам впервые дан выбор вместо нивелирующего запрета. Нам остается не осуждать, а завидовать и возмущаться теми, кто возмущается эвтаназией в других странах, а в своей стране избегает даже заикаться о грандиозном размахе пыток, доведения до суицида, семейного насилия, приоритете изобретенного силовиками «духовного насилия» религиозных организаций вне РПЦ над смертельным для коренного населения алкоголизмом, как это зафиксировал судебный процесс в Магадане, и... — бумаги и сил не хватит перечислять... Ведь даже на «Эхе Москвы» — говорю как его сторонник — не знают, что «Свидетели Иеговы» правы в своем отказе от переливания крови по международным научным основаниям и заключению, выданному им руководителем нашей гематологии акад. Андреем Ивановичем Воробьевым.

Но когда спрашивают: а сколько стоит эвтаназия? — и, узнав, что бесплатно, вычисляют, сколько заработают страховые организации, — то это логика авторов и сторонников «закона подлецов» (т.е. закона Димы Яковлева). Это скользящее в совершенно другую сторону, обнажающее образ мысленности этих людей.

Ю. С. Савенко

Два отклика на дело «пермского стрелка»

ТРАГЕДИЯ В ПЕРМИ:
взгляд психиатра на причины и на извлекаемые уроки.
О роли компьютерных и сетевых игр в девиантном поведении подростков

В подобных резонансных случаях, как в Перми или ранее в Казани, масс-медиа, а нередко и правоохранительные органы, пытаются переложить вину на психиатров, как будто убийства совершают только психически больные люди.

В действительности, невменяемыми (то есть неспособными сознавать значение своих действий и руководить ими) экспертными комиссиями признаются не более 1 % лиц, совершающих общественно опасные действия насильственного характера. Таким образом, абсолютное большинство преступников в услугах психиатра не нуждаются, и их действия обусловлены не «психопатологическими механизмами», а социально-психологическим неблагополучием общества. Немалую роль в этом играют **средства массовой информации и коммуникации**.

В США еще в 70-е годы прошлого века ученые (профессор психологии Леонард Берковиц и др.) провели масштабные исследования того, могут ли сцены насилия, которые наблюдают несовершеннолетние с экранов ТВ, отразиться на их поведении. В результате пришли к выводу: если увиденное впечатляет подростка, если он отождествляет себя с агрессором, то это несет угрозу и может вызвать проявления агрессии с его стороны. Если юноша проявляет жестокость к младшим братьям и сестрам, сверстникам, животным, если с удовольствием смахивает сцены жестокости в кинофильмах и компьютерных играх, то, безусловно, это должно насторожить родителей и педагогов.

Видный французский социолог Роже Кайуа выделяет головокружительные игры, направленные на получение удовольствия от нарушения стабильности своего состояния. Это тип игр, связанный с интенсивным, форсированным изменением состояния сознания. Смысл головокружительной игры сводится к подчинению разрушительным влечениям, стремлению к гибели, отключению инстинкта самосохранения, оторванности от реальности. Примерами этому может служить современная молодежная «адреналиновая культура» с ее головокружительными играми (опасные виды спорта и увлечения, экстремальные селфи, зацепинг, асфиксиифилия, уличные игры «Беги или умри» и др.).

Гомицидные (сопряженные с убийством) и суицидальные игры в Интернете относятся к классу игр, которые Кайуа описал как «головокружительные». Их значимость для подростка может быть ничтожна без документированного видеосвидетельства такого рода «испытания угрозой смерти», фиксации своего отчаянного поступка в Сети.

Феномен виртуализированной жестокости, которым заражено сетевое подростковое сообщество,

неадекватность оценки последствий суицидальных действий связана с нереалистичностью представлений о смерти у подростков и молодежи, недопониманием ее необратимости. С этим тесно связаны и подстрекательства, подталкивания к «решительным действиям», вплоть до убийства и самоубийства «зрителей игры», имеющих возможность в режиме онлайн писать комментарии, ставить лайки и т. д. — повышая количество просмотров публикации. Совершая акт самоубийства, в том числе расширенного, сопряженного с гибелью других людей, подросток-суицидент перестает существовать в своем физическом теле, но еще длительное время презентируется в виртуальном пространстве, продолжая заявлять о себе.

В Интернете есть публикации, когда молодые люди снимали свои действия, грозящие смертью для себя или других, на видео, размещая там уже свое «посмертное сообщение». Даже смерть оказывалась всего лишь продолжением виртуальной игры (ведь после самоубийства он останется в компьютерном мире и станет героем). Таким способом, создается «иллюзия виртуального бессмертия».

Основная опасность компьютерных и сетевых игр подростков в контексте угрозы убийства и самоубийства объясняется особенностями включенности их в процесс игры. Так, герои могут сколько угодно раз быть убитыми и воскреснувшими. Находясь в психологической зависимости от Интернет-игр, подростки не видят границ между реальностью и виртуальным миром. В итоге, чередование жизни и смерти в их сознании становится настолько естественным, что он перестает понимать, что после смерти никакой жизни в реальности уже быть не может. Если на этом фоне возникают мысли об уходе из жизни, в том числе, в «сопровождении спутников», то подросток не до конца понимает, что вернуться назад уже невозможно.

Итак, какие уроки нужно извлечь из произошедших трагедий. Охрана психического здоровья нации должна войти в число приоритетов национального здравоохранения, просвещения. Необходимо совершенствование федерального законодательства, регулирующего правоотношения в сфере охраны психического здоровья (включая оказание психиатрической, психотерапевтической, наркологической и психологической помощи) и в сфере психологического благополучия населения. Необходимо создание межведомственного Национального координационного, научно-методического и консультативного центра по проблемам девиантного поведения.

И кстати, еще в советское время лица, претендующие на приобретение охотничьего оружия,

помимо испытательного срока, должны были получить рекомендации не менее чем от двух членов регионального общества охотников, имеющих опыт беспроблемного членства в этой общественной организации. Таким образом, введение института «поручительства» в данной сфере, безусловно, позволило бы предотвратить приобретение охотничьего оружия характерологически безответственными и морально неустойчивыми лицами. А в настоящее время «охотничий билет» можно заказать чуть ли не через Интернет-сайт. Такую, с позволения сказать, «цифровизацию услуг» следовало бы отменить.

Помимо введения обязательного «кандидатского стажа», я предложил бы повысить возрастной предел для приобретения оружия с 18 лет до 21 года (как в большинстве развитых стран). Исключение, пожалуй, возможно, лишь для потомственных охотников-промысловиков (но они-то редко используют оружие «не по назначению»). При этом в России около 15 тыс. лиц, владеющих огнестрельным оружием, находятся в возрасте от 18 до 21 года, и зарабатывают на жизнь охотой среди них весьма немногие. В качестве «средства самозащиты» охотничьи ружье (особенно в городских условиях) тоже вряд ли годится. Остают-

ся для его приобретения: мотивы мщения или реализации сюжетов «игр-стрелялок».

Присоединяюсь к мнению коллег о необходимости проведения углубленного медицинского и психологического обследования данной категории владельцев оружия, особенно имеющих «проблемные» страницы в соцсетях. Не лишним было бы представление по запросу психологических характеристик из учебных заведений.

Еще я убежден в том, что школьная психологическая служба может быть эффективной только при условии своей организационной независимости от администрации школ, ССУЗов и ВУЗов и отдельного самостоятельного финансирования: только в этом случае специалисты-психологи смогут давать объективную (и порой неприятную) оценку психологического климата в учебном заведении.

*С. А. Игумнов, доктор мед. наук,
Российский национальный медицинский
исследовательский университет
им. Н. И. Пирогова*

КАК ВЫЯВИТЬ ПСИХОПАТА-СТРЕЛКА. О правильной оптимизации системы медицинского освидетельствования

После того, как случаются происшествия вроде нападения на университет в Перми или массовое убийство в школе в Казане, общественность недоумевает: как убийца мог получить разрешение на ношение оружия и пройти необходимые медицинские освидетельствования? Достаточно ли действующая система защищает от повторения трагедий?

Для того чтобы разобраться в этой проблеме, нужно знать, что система обследования претендентов на ношение оружия руководствуется двумя основными документами: постановлением Правительства РФ от 19. 02. 2015 года № 143 с утвержденным перечнем заболеваний, при которых противопоказано владение оружием, и приказом Минздрава РФ от 30. 06. 2016 года № 441н «О порядке проведения медицинского освидетельствования на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием...».

Перечень противопоказаний включает в себя шесть групп психических расстройств, в каждой из которых представлено большое количество отдельных заболеваний. Перечень довольно большой, но главная особенность постановления правительства и этого приказа заключается в малоизвестном широкой публике подзаголовке, имеющем большой смысл. Суть этого заголовка не просто в перечислении названий диагнозов, ибо само по себе название болезни еще не устанавливает противопоказаний. Ограничительные меры принимаются только в случае этих болезней с «затяжными психическими расстрой-

ствами с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями». Врач-психиатр, заподозрив наличие одного из этих заболеваний с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями, направляет претендента на расширенную врачебную комиссию, которая на специальном заседании устанавливает диагноз, обосновывает его определенными критериями и выносит решение о наличии противопоказания для конкретного гражданина. Точно такая же двухступенчатая процедура проводится, если претендент ранее обращался за психиатрической помощью, для проведения обследования или лечения. Независимо от диагноза, с которым гражданин обследовался или лечился, он обязательно вновь осматривается комиссией врачей-психиатров, в том числе и при получении разрешения на оружие.

Почему предусмотрен такой двухступенчатый алгоритм освидетельствования? Лишение гражданина права на ношение оружия — ограничение его гражданских прав, и это решение должно быть доказательно обоснованным.

Почему в реализации важных постановлений правительства и приказа МЗ РФ могут возникнуть сбои? Для этого нужно обратиться к истории вопроса и проследить в этом отношении последние 30–35 лет. В советское время как такого освидетельствования врачом-психиатром претендентов на различные виды деятельности, в том числе на исключение противопоказаний на

приобретение и ношение оружия, не существовало. Соискатель получал лишь справку о том, что не состоит на учете в психоневрологическом диспансере.

После раз渲ала СССР и «начала новой жизни» постепенно вводились обязательные профилактические осмотры психиатром — сначала водителей и владельцев оружия, затем лиц определенных профессий, несущих потенциальную угрозу работнику, средствам производства и окружающим людям, а в настоящее время практически всех жителей страны. Чем шире становился круг проверяемых и обследуемых психиатром, тем больше регистрировалось количества несчастных случаев, актов нападения с оружием на людей, террористических актов «местного характера» и т. д. Почему? На этот вопрос могли бы ответить специальные научные исследования, но из кабинета практического врача-психиатра видится несколько причин этого явления (с точки зрения именно психиатрической, так как этому явлению есть и другие причины!).

Начиная с середины девяностых годов, когда количество проверяемых претендентов на ту или иную деятельность, включая приобретение и ношение огнестрельного оружия, росло в геометрической прогрессии, от десятков случаев в день в начале девяностых годов до 200 – 300 в день сейчас в городе, с населением от 300 до 500 тысяч человек, штаты врачей-психиатров и клинических психологов имели обратную динамику. В 1998 году, в рамках оптимизации здравоохранения в целом и психиатрии в частности, произошло первое крупное сокращение штатов, в результате которого диспансеры и больницы теряли от нескольких десятков штатных единиц врачей и психологов в учреждениях средней мощности, до сотен в крупных больницах.

Для психиатра и его эффективной диагностической работы первое и главное условие — достаточное количество времени, выделяемого на одного пациента. Если за день врач-психиатр осматривает десяток претендентов на оружие, сотню и того больше водителей, а комиссия из 3-х специалистов обследует еще сотню человек, поступающих на особые виды работ, несущих опасность для работающего, окружающих людей и производства, то нетрудно подсчитать, как мало времени может уходить на одного человека. А ведь после того, как психиатр заподозрил какое-либо психическое расстройство, он должен доказательно это описать и представить на врачебную комиссию. Можно ли заподозрить психическое расстройство, являющееся, по сути своей, самой сложной патологией человека, за несколько минут? Теоретически можно, если речь идет о выраженной умственной отсталости, грубых проявлениях психоза, последствиях тяжелых травм мозга или иных очевидных психических нарушениях. Такие нарушения очевидны не только для психиатра, но и для всех окружающих. Но я не припомню за многие десятилетия своей работы, чтобы за разрешением на оружие пришел человек с выраженной дебильностью,

острым шизофреническим эпизодом или слабоумием, после удара кирпичом по голове.

Для выявления дебютных проявлений болезни или сложных и тонких аномалий личности требуется не взгляд (пусть даже опытный), брошенный на человека, а многие часы общения с ним. Какая первая реакция возникнет у читателя этих строк? Вводите десяток врачей, создавайте еще десяток комиссий, усаживайте тридцать психиатров, и пусть они обезопасят нас от «сумасшедших»! В большинстве городских диспансеров в течение многих лет работает от 20 до 30 психиатров. Все они заняты еще и иной работой: лечат больных в стационаре, на участке, заполняют документы и направляют инвалидов на переосвидетельствование, проводят судебно-психиатрическую экспертизу и т. д. и т. п. Найти лишних 30 – 40 врачей специально для работы в комиссиях хотя бы одного диспансера для добровольного освидетельствования, боюсь, не получится не только в отдельно взятом городе, но и в масштабах федерального округа.

Создать систему, которая бы полностью гарантировала общество от использования душевнобольными оружия, принципиально невозмож но по той простой причине, что такая система должна была бы гарантировать общество на 100 % в обнаружении душевнобольного немедленно, после начала психического расстройства, что принципиально невозможно. Психическое заболевание (или психическое расстройство) развивается исподволь, в течение многих месяцев и лет, и в какой именно момент ружье, висящее на стене в первом акте жизненной драмы больного человека, выстрелит в следующем акте и выстрелит ли вообще, предвидеть невозможно. Кроме того, одно и то же психическое расстройство может протекать совершенно по-разному у одного и того же человека в разные периоды его жизни.

Для примера можно взять самый простой случай. Человек получил удар по голове. Спустя год – два у него развивается органическое расстройство личности вследствие травмы мозга. Десять месяцев в году он компенсирован, и, если в эти десять месяцев его будет освидетельствовать психиатр, состояние компенсации даст врачу право разрешить человеку использование оружия. А в начале одиннадцатого месяца случается нечто (резкое ухудшение погоды, внезапная командировка, психотравма, человек перепарился в бане, или совсем обыденное — перепил на дне рождения). Развивается быстрое и резкое ухудшение психического состояния, возникает, так называемая дисфорическая депрессивная реакция (падение настроения с раздражительностью или агрессивностью), он в споре с соседом хватает ружье и... Можно ли с точностью до 100 % прогнозировать такую возможность в течение всех десяти благополучных месяцев?

Минимизировать возможность случаев, аналогичных казанскому или пермскому, можно и нужно, и именно на это должны быть направлены усилия государства, и притом не только и не столько в психиатрическом аспекте. Как

в хорошем смысле этого затасканного слова «оптимизировать» систему психиатрического освидетельствования, для выдачи разрешения на ношение оружия, то есть, сделать ее более оптимальной? Уменьшить, и существенно, количество категорий граждан, подлежащих обязательному психиатрическому освидетельствованию. Заново осмыслить, зачем психиатр обследует швей и дворников, плотников и маляров, уборщиц и секретарей-машинисток, слесарей ЖЭКОв и разнорабочих и т. д. и т. п. Чем существеннее государство сократит список профессий и видов деятельности, где вполне можно обойтись, как в «старые добрые времена», выдачей справки об учетности, тем больше времени освободится у врача-психиатра на осмотр и беседу с гражданами, претендующими на ношение оружия.

Но обеспечить тотальное психиатрическое обследование населения невозможно, для этого просто не хватит кадров. К слову, по итогам первого квартала этого года профессия врача-психиатра оказалась на последнем месте в стране по престижности.

После рассмотрения психиатрических аспектов процедуры допуска на приобретение и ношения оружия, не могу не остановиться на мировоззренческих аспектах формирования человеконенавистнической идеологии и предупреждения ее распространения среди нашего юношества, хотя

это не психиатрическая проблема, а педагогическая, идеологическая и политическая. Душевнобольные люди, в том числе и те, кто приобретал и пользовался огнестрельным оружием, были в нашей стране столько, сколько существует само оружие — несколько веков. В том числе и весь XX век. Но таких диких случаев, как расстрелы в школах, техникумах и вузах, у нас не бывало. Значит, причины явления вовсе не в проблемах психиатрии, не в ущербности проверки «претендентов», не в самих больных людях, а в существовании и прогрессировании особых общественно-политических причин и условий для формирования фашистской идеологии и стимулирования определенными кругами в нашей стране и за рубежом «свободы самовыражения сильной личности», в противовес «биомусору» (фразеология казанского стрелка). Даже самые вычурные бредовые идеи тяжелых психически больных всегда отражают реальные процессы в обществе. Поэтому все общество, включая не только психиатров и их подопечных, а всех нас, должны оглянуться и спросить себя: «А что не так в Датском королевстве»?

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

О ЖУРНАЛЕ «ДОШ»

Расположение редакций первого кавказского независимого журнала «ДОШ» и «Независимого психиатрического журнала» — вестника НПА России, в соседних кабинетах позволяет тесно сотрудничать, и одними из первых знакомиться с каждым очередным выпуском наших коллег по Российскому исследовательскому центру по правам человека.

«ДОШ» издается с 2003 года, и каждый выпуск наполнен живой откровенной информацией о происходящем в 6 республиках Кавказа в составе РФ — Чечни, Ингушетии, Дагестана, Карачаево-Черкесии, Кабардино-Балкарии и Северной Осетии — Алании.

Половина этого прекрасно оформленного иллюстрированного журнала — пример образцового дайджеста разнообразных, емко и четко представленных, порой до 30, постоянно бурлящих событий в этом регионе, которые представляют широкий интерес, не оставляя равнодушными даже простым изложением событий.

Другая половина журнала посвящена развернутым статьям, интервью, конкретным примерам нарушения прав человека, стилю судопроизводства, историческим событиям и новостям общественной и культурной жизни. Из этого журнала можно было узнать уникальные подробности депортации народов Кавказа и крымских

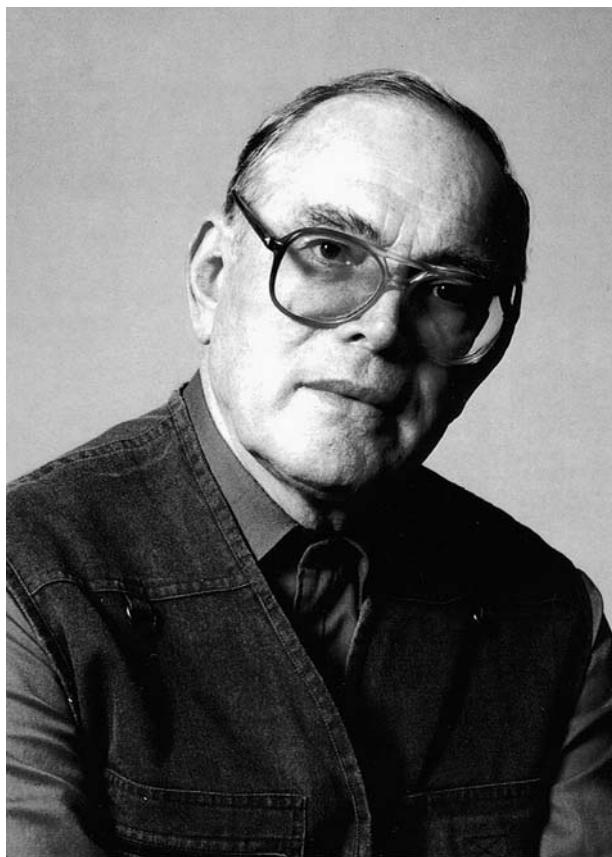
татар, а также новости в Армении, Грузии и Украине, роль Путина в трагедии Беслана в изложении его экс-советника Илларионова (2016, 1, с. 19), о положении со здравоохранением, религиозной ситуации и на конкретных примерах позорной для всех нас ситуации в стране с пытками, с которыми власть борется декоративно, а также убийствах, в том числе даже за рубежом, и принуждении родственников убивать в своих семьях представителей нетрадиционной сексуальной ориентации. Достойным образом была отмечена память о Сергее Адамовиче Ковалеве, признанном «рыцарем чести».

Все происходящее на Кавказе презентирует ситуацию в России в наиболее откровенной и яркой форме. Поэтому издание такого журнала в современных условиях требует гражданского мужества от всех его авторов и редакции, а само его существование вселяет надежду и силы в широкую аудиторию по всей стране.

**Президент Независимой
психиатрической ассоциации России,
главный редактор «Независимого
психиатрического журнала»
Ю. С. Савенко**

ДОКУМЕНТЫ ВРЕМЕНИ

Последнее слово Леонарда Терновского (1980) (из историко-биографических заметок Юлия Рыбакова¹)



По сути — власти добивали демократическое движение. Еще выходили номера подпольно издававшейся «Хроники текущих событий». В этом бюллетене излагались события и обстоятельства противостояния демократического движения и власти. Там были постоянные рубрики по тематическому признаку: «Суды», «Аресты, обыски, допросы», «Внесудебные преследования», «В тюрьмах и лагерях», «Преследования верующих», «Преследования крымских татар», «Репрессии на Украине», «Новости самиздата» и др.

Люди, которые занимались сбором и распространением этой информации, недолго ходили на свободе, редко кому из них удавалось проработать больше года, потом следовали арест и тюрьма.

¹ Юлий Рыбаков. Мой век. — СПб., 2010, 355 – 357.

Вот несколько выдержек из бюллетеней тех лет.

«ХРОНИКА ТЕКУЩИХ СОБЫТИЙ» (выпуск № 60, 1980 г.)

Каждый человек имеет право на свободу убеждений и на свободное выражение их; это право включает свободу беспрепятственно придерживаться своих убеждений и свободу искать, получать и распространять информацию и идеи любыми средствами и независимо от государственных границ.

*Всеобщая декларация
прав человека, статья 19*

СУДЕБНЫЕ ПРОЦЕССЫ

Суд над Терновским

30 декабря Московский городской суд рассматривал дело Леонарда Борисовича Терновского 1933 г. р., обвинявшегося по ст. 190 – 1 УК РСФСР.

Терновскому инкриминировалось:

– составление некоторых материалов, помещенных в выпусках 10 – 14, 16 – 20 «Информационного бюллетеня» Рабочей комиссии, и их распространение.

В последнем слове Терновский сказал:

«Когда закончится суд, поздно будет объяснять, почему я сам выбрал этот путь, который привел меня на скамью подсудимых. А мне хотелось бы быть понятым людьми. Да и суду не должны быть безразличны мотивы действий подсудимого. Что же привело меня в ряды тех, кого одни называют правозащитниками, а другие — отщепенцами? Убеждение в пагубности молчания, когда видишь несправедливость, сложилось у меня во многом под влиянием документов XX съезда КПСС. 56-й год стал годом моего гражданского пробуждения. Я понял, что какой бы крохотной песчинкой я ни был в масштабе моей страны, я все равно ответствен за все, что в ней происходит. Но это был еще только образ мыслей. Принципиально отвергая любой сопряженный с насилием путь, я вместе с тем не видел никакой возможности для осмыслиенного протеста. В конце 60-х годов я узнал людей, которые стали открыто выступать против того, что считали несправедливым. То, что они избрали своим оружием слово и только слово, как и смелость их

выступлений, вызвало у меня симпатию и уважение. Я увидел, что несправедливости можно противопоставить мужество и открытое слово. Сегодня мне вменяется в вину моя общественная деятельность, которую я называю правозащитной, а обвинение именует распространением клеветнических измышлений. **Я участвовал в деятельности Комиссии по психиатрии**, подписывал многочисленные документы и заявления. Я уже говорил, что убежден в их справедливости. Но для чего я это делал? Надеялся ли я таким путем исправить то, против чего я выступал, помочь тем, за кого я заступался? Конечно, я желал, чтобы к моим словам прислушались, и бывал рад, когда удавалось облегчить чью-то судьбу.

Но в жизни все сложней. И многолетний опыт говорит, что устраниТЬ конкретное зло нашими протестами чаще всего не удается. И все же я не считаю эти обращения и протесты вовсе бесплодными. Я думаю, что, даже не принося видимой пользы, протест против несправедливости оздоровляет общество. Ведь должны же найтись в нашей стране люди, готовые постоять за справедливость. А если надо — и посидеть за нее. **Как врач я ощущал особую ответственность за то, что делается от имени медицины.** Я был убежден, что злоупотребления психиатрией действительно существуют и что с такими злоупот-

реблениями необходимо бороться. Поэтому вслед за арестом Александра Подрабинека, когда из ее членов на свободе оставался только Вячеслав Бахмин, я вошел в состав этой Комиссии. Я предпочел бы, чтобы не было надобности в моих действиях и выступлениях. Защищать право и закон призваны в первую очередь прокуратура и органы юстиции. Делай они это всегда и последовательно — не было бы нужды в правозащитниках.

Я предвидел свой арест и этот суд. Это, конечно, не значит, что я сам стремился попасть в тюрьму. Мне не 15, а почти 50 лет, и мне не нужна такая «романтика». Я предпочел бы избежать годов заключения. Но поступиться для этого тем, что я считаю своим долгом, я полагаю недостойным. Сейчас я выслушаю ваше решение. Что ж! Приговор — это и невольное признание значимости того, что я делал и говорил. А в будущем моя реабилитация так же неизбежна, как и сегодняшнее осуждение. В соответствии со своими убеждениями я стремился бороться с несправедливостью, помогать людям, делать им добро. Этим объясняются все мои действия и выступления.

И я пойду в неволю с чистой совестью...»

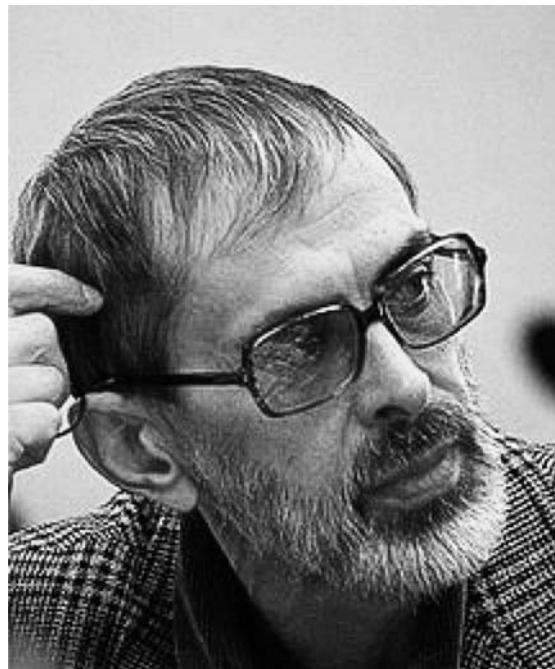
Суд приговорил Терновского к 3 годам лагерей общего режима.

Мошенники¹ (2005)

Валерий Абрамкин

На самом деле, главному редактору журнала «Неволя» я обещал написать про «круглый стол» «Задача прав пациентов, находящихся на принудительном лечении, социальная реабилитация и общественная безопасность». «Круглый стол» проходил 7 июля 2005 г. в Орле, точнее в «Орловской психиатрической больнице специализированного типа, с интенсивным наблюдением», или — на Орловском спецу: так исстари называют это заведение арестанты. Придется написать, хотя это тот самый случай, когда писать не про что. Ни одного профессионального выступления, ни одного профессионального ответа на свои вопросы я в Орле не услышал.

По названию «круглого стола» сразу понял, что говорить будут, главным образом, про деньги. За последние 15 лет не было случая, когда какая-либо казенная структура, затевая мероприятие, в названии которого присутствует словосочетание «права человека», не имела бы в виду — «дай миллион, дай миллион». Дескать, будут деньги (любые, государственные или западные) — будут и права человека. И почти ни разу (исключением был лагерный туберкулез) я не только не поддерживал этих просьб, а настойчи-



¹ [http://www.russ.ru/Mirovaya-povestka/Moshenniki; 17.11.05.](http://www.russ.ru/Mirovaya-povestka/Moshenniki; 17.11.05)

во призывал (и государство², и иноземных спонсоров) денег не давать.

Когда тюремщики просили денег (с 1992 года) на строительство новых СИЗО, мы настойчиво и терпеливо объясняли: дадите денег, понастроят новых тюрем, и в них будет такая же переполненность, просто сажать будут больше. Не давайте — просили мы, и так Россия на первом месте по относительному (на сто тысяч) количеству заключенных. Будут деньги, полстраны посадят, а другая половина будет посаженными охранять. С какой стати финансировать это зверство? Вот в более богатых странах заключенных в 5–10 раз меньше, притом, что уровень преступности там как раз в 5–10 раз больше. Самый высокий уровень (на 100 тысяч населения) преступности... не поверите — в Швеции.

Даже на медицину нельзя давать дополнительных денег. Мы занимаем одно из первых мест в мире по количеству больничных коек на одну тысячу населения. Непонятно (на первый взгляд), почему в Италии этих коек в два с лишним раза меньше, чем у нас? Впрочем, российскому больному должно быть понятно, что с каждой койки (легально и нелегально) каждый медик срывает свой куш. Размер этого куша зависит, ясное дело, от должности. А в Италии (и других цивилизованных странах) тех, кого можно лечить амбулаторно (даже с прикреплением медсестры), на койках не держат.

На орловском «мошенническом», «круглом столе», главным образом (я не ошибся), про деньги и говорили, а вовсе не о правах психозаключенных³. Мы записали и расшифровали не только дискуссии, но и кулуарные беседы. Могу дать проверить, 63 % всех разговоров — про деньги.

Вот, к примеру, не хватает медсестер.

Из фонограммы «круглого стола» (цитирую дословно, никакой редакции):

«Несмотря на все старания, тут больные находятся в очень тяжелых жизненных условиях. Они находятся в палатах, где койки стоят одна к другой, у них нет никакой мебели. Они выходят в туалет (и курят — В. А.) только по сигналу медперсонала. Если персонал не реагирует, там стоят ведра, и все свои нужды они делают в эти ведра. Можете представить, если человек живет в этом отделении 7–8 лет. Каким он выйдет, кого

мы получим? Вот тут стоит вопрос: а почему наши больные живут в таких тяжелых условиях? Почему наше государство не заботится о наших больных?

Даже то, что больные не выходят в туалет, когда им нужно... разве я могу в чем-то упрекнуть главврача, если у нее на ночь в отделении остается две женщины, которые должны уследить за 70 психически больными, тяжелыми, агрессивными и т.д. Я не могу ее упрекнуть, что персонал не выводит их в туалет».

Никому из участников «круглого стола» (кроме меня) не пришло в голову, что в десятки раз дешевле устроить в палатах канализацию (скажем, в большинстве СИЗО до этого додумались, и даже в камерах на 4 человека стоит унитаз), чем в два с половиной раза (так считают психиатры) увеличивать количество медсестер, которые «будут давать сигнал» на то, чтобы пациент вышел (простите меня) пописать. Может быть, когда удастся подсократить маленько медперсонал, дающий разные «сигналы», тогда и на «нижнюю мебель» (то бишь табуретки) хватит, и на верхние «шконки» (кровати второго яруса). А так-то, конечно, можно еще пофантазировать и придумать, чтобы медперсонал не сигналы давал, а на руках подносил своих подопечных к параше. Тут уж здоровые мужики будут нужны, которые на зарплату медсестры не согласятся, им же семью кормить надо.

Теперь про профессиональный (и моральный) уровень выступлений психиатров. Так уж вышло, что «по чину» мне выпало выступать первым. Вхожу в Президентский совет со сложным названием⁴, в Общественный совет при министре юстиции РФ, другие Комиссии и советы (всех не упомянуть). «По чину» содержание своего выступления я согласовал с председателем Президентского совета Э. А. Памфиловой. Впрочем, Элла Александровна, по своему обыкновению, сказала: «Да говорите, что считете нужным. Ну, просто подипломатичнее, что ли, все-таки профессора...» Я вполне представлял себе, что и после дипломатично сформулированных вопросов, говорить мне дальше дадут лишь в разделе дискуссии «вопросы к выступающим». Поэтому в пять минут, отведенных мне по регламенту, почти все, что хотел, сказал. Не буду отнимать

² Правительство, правда, одобрило программу строительства СИЗО, разработанную главным тюремным управлением (ГУИНом) управлением, но денег, слава Богу, тюремщикам не досталось (реально выделено было 3 % от запрошенного). Ну, и ничего, сократили тюремное население на пять тюремных Франций (на 350 тысяч), в СИЗО — в два раза. После этого и денег стало приходится в 4 раза больше (с 2000 года), в расчете на одного заключенного (сюда входит и зарплата персонала, естественно).

³ Гневную отповедь я получил (и от правозащитников, и от психиатров) по поводу использования слова «заключенные» в отношении узников Орловского спца. «У нас нет заключенных — натурально кричали, — у нас пациенты, у нас больные!» Но хотя бы по-русски, те, кто заключен — заключенные. Не говорю, уж, про международное право. К примеру: «Часть I Правил касается общего управления заведениями и применима ко всем категориям заключенных, независимо от того, находятся ли последние в заключении по уголовному или гражданскому делу и находятся ли они только под следствием или же осуждены, включая заключенных, являющихся предметом «мер безопасности» или исправительных мер, назначенных судьей». Минимальные стандартные правила обращения с заключенными, п. 4 (1).

⁴ Совет при Президенте РФ по содействию развитию институтов гражданского общества и правам человека.

у читателя время на полную стенограмму, перескажу вкратце.

Психиатры работают в очень сложной сфере. Они используют методы, которые оказывают глубинное влияние на личность человека, при этом возникает много сложнейших проблем и вопросов. Например, насколько обосновано такое вмешательство в психику человека?

Нарушение прав человека в области психиатрии уже давно вызывает обеспокоенность не только в России, но и в других странах. В 1998 году в Берлине по инициативе известных общественных организаций был проведен «Международный суд над психиатрией», который более известен под названием «трибунал Фуко»⁵.

В России в последние годы было принято несколько судебных решений, признавших грубейшие нарушения принципов справедливости и прав человека. Чаще всего, суды признавали незаконным помещение в психиатрические заведения людей против их воли. Наиболее известным стало решение Европейского суда по правам человека, вынесенное в октябре 2003 года по делу «Ракевич против Российской Федерации». Страсбургский суд рекомендовал России изменить законы о принудительном психиатрическом лечении. Тамара Ракевич, которая долгое время принудительно содержалась в психиатрической больнице Екатеринбурга без достаточных на то оснований, получила по решению суда компенсацию в размере трех тысяч евро.

Далее я напомнил о многочисленных преступлениях психиатров в различных странах мира. Известно, что в массовых убийствах так называемых «психически неполноценных» людей (в фашистской Германии) принимали непосредственное участие психиатры⁶. 300 тысяч человек было убито в концлагерях по программе «Т4», разработанной профессором психиатрии Альфредом Кохом и юристом Карлом Биндиным под лозунгом: «Уничтожить жизнь, недостойную жизни». Эти массовые убийства были приравнены к «медицинской терапии». Мне бы хотелось понять, как к такой «медицинской терапии» относятся российские психиатры.

Наша советская психиатрия имела тоже не очень хорошую репутацию. В частности из-за того, что Институт им. Сербского, по заказу КГБ, давал в ходе психиатрических экспертиз такие заключения по делам инакомыслящих, после которых психически нормальных людей на неопределенный срок («на вечную койку», как говорят арестанты) помещали в психиатрические больницы.

⁵ Про «Трибунал Фуко» никто из психиатров точно не слышал. Одни считали, что Фуко — это физик, другие, что это сыщик из какого-то детективного сериала.

⁶ Лишь четыре психиатра из сотен палачей-психиатров были осуждены в ходе Нюрнбергского процесса. Остальные наказаны не были и вернулись к психиатрической практике после войны. Все они работали непосредственно в концлагерях, и своими руками уничтожали «дефективных».

В частности, семь таких инакомыслящих находились и в Орловской психиатрической больнице. Некоторых из них я лично знаю — это совершенно здоровые люди...

Советскую психиатрию во всем мире называли «карательной», наши психиатры признавали «невменяемыми» сотни инакомыслящих, обрекая их на долгие годы содержания, по сути, в нечеловеческих условиях. Достаточно вспомнить таких известных людей, как генерал Григоренко, математик Леонид Плющ, участница демонстрации против ввода войск в Чехословакию в 1968 году Наталья Горбаневская, известный правозащитник и публицист Владимир Гершунин, который провел в психбольницах 10 лет (из них пять лет на Орловском спецу), и другие. Всего, по оценкам экспертов, 50 % инакомыслящих направлялись Институтом им. Сербского и другими психиатрическими экспертными учреждения в психушки. Экспертизы, проведенныевшими западными коллегами по десяткам дел инакомыслящих, признавали их психически здоровыми.

Мне было бы важным понять, как сегодня российские психиатры относятся к преступлениям своих коллег.

Закончил я вполне дипломатично: надеюсь, что такие дискуссии, такие встречи, такие контакты помогут в дальнейшем предотвратить использование психиатрии в карательных целях. Тогда, возможно, будет преодолено это позорное наследие, и наша психиатрия будет иметь другую репутацию.

Больше всего меня поразило то, что ни психиатры, ни присутствующие в Орле журналисты и правозащитники ни одним словом не прореагировали на «медицинскую терапию» Альфреда Коха. **Ни единственным словом не отозвались.**

Зато всеобщее негодование психиатров вызвало напоминание о психиатрических репрессиях в СССР. Причем представители Главного научного центра социальной и судебной психиатрии (так сейчас называется институт Сербского) утверждали, что диагнозы инакомыслящим ставились правильные, большинство диссидентов и в самом деле были шизофрениками. Более того, психиатры признавали инакомыслящих невменяемыми якобы с благородной целью — спасти их от тюрьмы.

О высоком накале полемики можно судить по короткому фрагменту выступлений на дискуссии. Главным моим оппонентом был руководитель Научного центра имени Сербского профессор Вячеслав Павлович Котов.

Из фонограммы «круглого стола»:

В. Абрамкин: Я все-таки не могу хоть пару слов не сказать о прозвучавших здесь утверждениях, что диссиденты в большинстве своем были сумасшедшими. Вы не могли бы конкретные фамилии назвать?

В. Котов: Есть понятие врачебной тайны, поэтому я называть не могу — мне закон не позволяет.

В. Абрамкин: Я таких не знаю. Ни одного!

В. Котов: Всех, кого я знаю, действительно были больные люди. А для чего сейчас мы поднимаем этот вопрос?

В. Абрамкин: Я считаю, это совершенно уместный вопрос. Мне, например, крайне важно понять: насколько вы, психиатры, сами внутренне изменились? Продолжаете ли вы практику постановки диагнозов по заказу, например, ФСБ и т.д. Если вы даете «заказные» заключения, ставите неточные, необоснованные диагнозы, значит, такие люди не должны попадать в спецпсихбольницы. Учреждения такого и подобного типа оказываются переполненными. Поэтому и средств не хватает.

Блаженная Наталья...

Я отловил профессора Котова через час (профессор принимал участие в роскошном фуршете) после окончания «круглого стола». На глазах у профессора выключил свой диктофон. И после этого попросил назвать все-таки диссидентов — бывших узников психбольниц, которые и на западе были признаны шизофрениками, обещая ему сохранить врачебную тайну. К счастью для профессора Котова, мы стояли прямо перед «вахтой», через которую, соблюдая все процедуры, выходят посетители этого училища. Вячеслав Павлович буквально «ломанулся» от меня через «вахту», я и достать его не смог, поскольку охранники меня не пропустили, сказав, что для моего выхода требуется сопровождающий.

Ну, ладно, дам слово Наталье Горбаневской (из интервью, взятого в октябре 2005 года). Да простит меня читатель за столь обширный фрагмент из этого интервью.

В 75-м меня выпустили в эмиграцию. Я приехала на Запад и встречалась неоднократно с британскими психиатрами, больше — с французскими. Там был комитет французских психиатров. Я с ними встретилась очень скоро — в первый раз сразу после отъезда. Потом еще не раз встречалась, а после, когда в 77 году был очередной Конгресс Всемирной ассоциации психиатров, то советские психиатры, пренебрегая, кстати, врачебной тайной, на которую они так любят ссылаться, прислали наши акты экспертизы на Запад. И вот мы сели с этими французскими психиатрами и изучали подряд, страница за страницей, мой акт экспертизы. Там, в частности, было написано (в анамнезе): «Не будучи замужем, родила двух детей». Во Франции это вызвало у психиатров просто шок. Ну, и еще две знаменитых фразы (из акта экспертизы), я их больше всего люблю. Одна (к тому времени я уже несколько месяцев сидела в тюрьме): «Судьба детей ее не беспокоит». Ладно, это такое суждение... им кажется, что судьба детей действительно не меня не беспокоит, они так подумали...

Была и такая фраза, которую я думаю, наши слушатели⁷ сейчас оценят: «Говорят монотонно». Почему? Потому что они мне ставили диагноз, и нужно что-то было придумать. Шизофрения поражает либо волю, либо интеллект, либо эмоции». Очень трудно было придумать что-то

насчет воли и интеллекта. И тогда они мне записали «эмоциональное уплощение, говорит монотонно».

Именно по той же причине во время экспертизы мне не было задано ни одного вопроса о стихах. А я ужасно боялась, уже готовилась... они мне скажут: «А вы считаете себя поэтом?» А я буду говорить: «Ну, вы знаете, я пишу стихи, ничего не считаю»... Это, чтобы мне не приписали манию величия. В моих стихах, в их природе никогда не существовало эмоциональной уплощенности. Вот это, значит, придумали: «говорит монотонно». Ну, и французские психиатры это тоже могли оценить. Мы весь этот акт экспертизы просто по пунктам разбирали... Причем больше всего пришлось смеяться им. Когда это кончилось, один из психиатров сказал: «Ну, мы должны ехать к нашим советским коллегам на вычуку, потому что перед нами чудесный случай излечения от шизофрении⁸».

Дело в том, что шизофрения настоящая, будь она вялотекущая или шустробегущая, неизлечима. Ее можно смягчать, могут быть периоды ремиссии. Излечить от шизофрении нельзя, можно помогать шизофренику прожить свою жизнь даже довольно полноценно.

Ну вот, такова история с этим диагнозом. А потом, действительно, Марат Вартанян (известный психиатр 70-х годов — В. А.), выступая по радио, которое вещало отсюда, то есть из Советского Союза, на Францию и франкоязычные страны, а это и Канада, и Африка, сказал, что вот очень многих диссидентов (кажется, он перечислил кроме меня Плюща и Файнберга) пришлось западным психиатрам класть в больницы. Это было полным враньем. Никого из нас не пришлось класть в больницы. Я знаю случай про человека, которого здесь, в Союзе бросали в психиатрическую больницу, но не через институт Сербского и не через суд — Юру Титова, который действительно мается по психиатрическим больницам, выходит, потом снова ложится, и которому как-то французские психиатры помогают. Но о нем речь не шла, поскольку он через институт Сербского никогда не проходил. Это единственный случай, мне известный. Возможно, есть другие случаи.

Вопрос следует ставить еще так, как ставил его наш друг Алик Вольгин, он говорил: на самом деле не важно, здоровый ты или больной. За высказывание своих убеждений не должны судить ни здорового, ни больного. И я с ним согласна, но получилось так, что все время приходилось разбираться в этом вопросе: здоровый ты или больной. Потому что при этом нам обеспечивалась защита психиатров, а не только какой-то западной общественности, которая могла сказать: ну да, у нас такие порядки, а у них такие порядки, что их за слово могут посадить — значит, законно.

⁸ После Казанской спецпсихбольницы с интенсивом Наташу Горбаневскую признали выздоровевшей. Таков был заказ КГБ, уж, сильно большой шум был на Западе.

⁷ Интервью давалось для радиопередачи Облака.

Я должна сказать, что за два с лишним года, что просидела, я написала всего шесть стихотворений. Мне писать было очень сложно, потому что я не пишу, я стихи для себя наговариваю. И потом только записываю. Когда я сидела в институте Сербского, досочинила одно стихотворение, начатое еще на воле. Два стихотворения я написала в тюремной камере, в Бутырках. Потом и в институте Сербского, и в Казанской больнице я не могла не то что наговаривать стихи, а даже тихо шевелить губами. Помните, у Мандельштама: «губ шевелящихся отнять вы не могли». Позже, вспоминая старые времена, я написала: «шевелящий тем, чего им не отнять».

Ну вот, когда я находилась под психиатрическим присмотром, у меня эти шевелящиеся губы отняли, потому что я просто боялась: если я буду шевелить губами, эти санитарки и сестры запишут: «Разговаривает сама с собой, ухудшение состояния»...

Это стихотворение с эпиграфом, который должен был бы почти петься: «Судьба детей ее не беспокоит» — фраза из акта экспертизы. Я просто думаю, что в этом стихотворении действительно сказано все.

Судьба детей ее не беспокоит...
Серебристым пропетая кларнетом,
утеряла окраску угрозы,
но не вылиняла добела при этом.
Хорошо, когда дышат за стеной
сыновья, а не сокамерницы рядом,
хорошо просыпаться не стена,
глядя в явь, не пропитанную ядом.
Хорошо не ощупывать извилины,
нет ли сдвига, это ты или не ты, мол,
не осевший вдыхать из-под развалин
прах того, что дай-то Бог, невозвратимо.

Еще скажу о положении «невменяемых» уголовников, т.е. признанных невменяемыми. Я помню, Софья Васильевна Каллистратова, когда мы приходили, она давала всякие советы. И потом говорила: «Все-таки помните, что ваши процессы по сравнению с процессами уголовников — это образец правозаконности». Обращение с нами, политическими невменяемыми, по сравнению с невменяемыми уголовниками было тоже образцом правозаконности. Ни к одному из них не приходил адвокат, никогда ни к одному!

Орловский спец — еще...

Приглашение на «круглый стол» с довольно любопытным названием я получил в июне. В приглашении было сказано, что участники «круглого стола» будут иметь возможность пообщаться с пациентами Орловского спецца. Главная цель «стола», как я уже говорил, не скрывалась: журналисты и правозащитники должны помочь решить финансовые проблемы учреждений этого типа. Из всего этого можно было сделать вывод, что меня приглашают на очередное мошенничество. На всякий случай позвонил по указанному телефону устроителям «стола», спросил про «возможность пообщаться» с любым, заранее не называемым, «пациентом» наедине.

На самом деле, ни с каким таким пациентом общаться я не собирался, хотя список желающих «дать информацию» из Орловского спецца уже и до «круглого стола» был бескрайним. Но, памятую о гиппократовском «не навреди», никогда с такими арестантами не встречаюсь: это либо «оперские подставки», либо люди, плохо себе представляющие (скажем осторожно — неадекватные), чем им грозят откровения, прослушиваемые соответствующими органами. Имея тридцатилетний опыт (с советских времен) получения информации о реальном положении дел в том или ином учреждении, предпочитаю не представлять людей подневольных, провоцируя их на откровенности, которые на такого рода беседах, в самом малом случае, прослушиваются.

Отступление в сторону

Десятки лет я жил в условиях, когда прослушивалось (часто и подсматривалось) каждое слово, каждый шаг, каждый поцелуй. С наглой откровенностью делалось это на личных свиданиях. Я думаю, атеист точно от этого бы рехнулся. Верующим проще, мы ведь помним, что все творится на глазах Господа: «Яко беззаконие мое аз знаю, и грех мой предо мною есть выну (всегда). Тебе единому согрешил и лукавое пред Тобою сотворих; яко да оправдишися во словесех Твоих, и победиши всегда судити судити Ти...»

Вопрос про «возможность пообщаться» — это проверка устроителей «стола» «на вшивость». Мне ответили, что общаться можно будет только с пациентами из реабилитационного отделения, поскольку все остальные — люди реально больные, и их нельзя по медицинским показаниям беспокоить. Чтобы было понятно, люди из реабилитационного отделения — это те, кто имеет шанс в ближайшие полгода «соскочить» с «вечной койки», так называют спец с интенсивом (таких всего семь на всю Россию), и перебраться поближе к дому, как правило, в обычную спецпсихбольницу, которые есть во всех регионах.

Не только психиатры, но и местные правозащитники в наглу утверждали, что Орловский спец — учреждение более открытое, чем ГУИНОвские зоны. Я имел возможность проверить утверждения местных правозащитников. Прошелся по разрешенному реабилитационному корпусу, все «пациенты» при нашем появлении вставали строем и хором скандировали: «в учреждении все нормально, благодарим персонал, от интервью для «Облаков» г-ну Абрамкину (как-то, нюхом что ли, они уже знали, что я Абрамкин из «Облаков») отказываемся, пользуясь нашим конституционным правом...»

Даже самые замшевые тюремщики таких «деревень» мне уже лет пятнадцать не устраивают. Ну к чему им давать повод для того, чтобы я им занялся по технологиям, наработанным еще лет 30 назад. Хотя бы по слухам знают, что ни их /нему/ начальству, ни, тем более, прокурорскому я их сдавать не буду. В том, что от них (türemщиков) зависит, сами и разберемся. Ну а в другом, от них не зависящем, мы и сами по возможности посодействуем. Без начальства...

ИЗ ПРАКТИКИ

Оказывается, так можно!

Репортаж о посещении Волгоградской ПБСТИН

Мы слышали много хорошего о Волгоградской психиатрической больнице специализированного типа с интенсивным наблюдением, и я давно хотела ее посетить. И вот, наконец, представился такой случай. После проведения 27 июля 2021 г. круглого стола и семинара для членов общественных наблюдательных комиссий и представителей аппаратов уполномоченных по правам человека Южного федерального округа в Волгограде на следующий день руководство больницы предложило посетить ее всем желающим.

То, что мы увидели, превзошло все ожидания. Самое главное — это особая атмосфера уважения и доброжелательности, созданная в этом учреждении, принимающем самых опасных психически больных. Главный врач больницы Татьяна Алексеевна Кузнецова в прошлом педиатр, и это, безусловно, сказалось на ее профессиональных качествах. Она знает почти всех пациентов в лицо и по имени-отчеству, для каждого у нее найдется ласковое слово или маленькое угощение, кому-то улыбнется, кого-то погладит, кого-то пожурит или, наоборот, похвалит. Это большая семья, в которой все чувствуют себя нужными и принятymi. Коллектив укомплектован на 86%, время от времени приходят новые люди, и тут все решается в течение года: или человек уходит, или остается надолго. Охраняют больницу сотрудники ФСИН, и они четко выполняют свои обязанности. Охранники есть в каждом отделении и сопровождают пациентов, и гостей на всей территории больницы, однако делают это как-то незаметно, ненавязчиво, не привлекая к себе внимание.

Мы попали на праздник «День Нептуна» и смогли воочию убедиться, как организуют здесь досуг пациентов. «День Нептуна» — ежегодный праздник, который очень любит и персонал, и пациенты, и который организуют каждый год в июле месяце. Каждое отделение проводит его по-своему, мы попали на праздник одного из отделений малой реабилитации, в котором находятся пациенты с еще не сформированной устойчивой ремиссией. В отделении 110 человек, часть принимала участие в представлении и конкурсах, другая — неравнодушные зрители, которые подбадривали команды своими аплодисментами, выкриками и сопротивлением. Прогулочный дворик оборудован скамейками для зрителей, тентами для гостей и пространством для представления. Сотрудники исполняли роли Нептуна и морячки, которая ведет разговор с царем моря и пациентами, пациенты изображали моряков, читали стихи, танцевали и задавали вопросы Нептуну. Затем на свободное пространство вышли две команды — каждая в своей яркой форме — и начались веселые конкурсы: кто быстрее перенесет воду из одного ведра в другое с помощью кружки, ботинка или даже решета, кто точнее попадет в далеко стоящее ведро с водой и т. п. И, конечно, в этих конкурсах не было победителей и побежденных, всегда «побеждает дружба», и все получают подарки. А закончилось все веселым обливанием друг друга и зрителей водой из бутылок.

А теперь о **самой больнице**. Она находится в 200 км от Волгограда в селе Дворянское, поэтому визит занял весь день. Ближайший город — Камышин, и от него можно доехать до больницы на маршрутке или такси, это 24 км. Больница рассчитана на 710 коек и осуществляет по постановлению судов принудительное лечение пациентов — мужчин, страдающих психическими расстройствами, совершивших общественно-опасные действия. В нее поступают люди из 22 регионов, от южных областей и республик Кавказа до Дальнего Востока, так что для родственников посещение своих близких дело нелегкое. Удалённость от районного и областного центров создает дополнительные проблемы. Так, практически ежегодно весной случается половодье, и в 1998 г. оно было настолько сильным, что во время разлива реки Иловля был снесен мост, и приходилось на лодках перевозить сотрудников и продукты для пациентов. Осенью 2012 г. во время сорокоградусной жары и степных пожаров вставал вопрос об эвакуации пациентов, поскольку рядом горели сельские дома, а пожарная служба находится за 40 км. В 2013 г. больница оказалась в «снежном плена», и в течение 3 суток невозможно было заменить персонал на сменном дежурстве и завести продукты.

Больница была организована на базе женской исправительной трудовой колонии ЯР 154/4 в марте 1978 года. Это 7 двухэтажных зданий, в 6 из которых постоянно проживают и лечатся пациенты, а в 7-ом находится лечебно-диагностическое отделение. Больница имеет свою жизнеобеспечивающую хозяйственную инфра-

структуре (котельная, гаражи, водозaborные и очистные сооружения, трансформаторные подстанции, пищеблок). Территория закрытая, обнесена мощным кирпичным ограждением, вход через контрольно-пропускной пункт строго по пропускам, но получить их нам не составило труда.

Стационар больницы рассчитан на 710 коек, однако на момент нашего посещения там было около 750 пациентов. «Мы не можем отказывать тем, кого привозят по постановлению суда», — говорит главный врач больницы Татьяна Алексеевна Кузнецова. Отделения больницы профилизированы по режиму содержания пациентов: приемно-диагностическое, отделение острых состояний, два отделения малой реабилитации, три реабилитационных отделения. В больнице имеется психосоматическое отделение на 102 койки, где проходят лечение пациенты с туберкулезом. В отделении малой реабилитации поступают пациенты, вышедшие из острого состояния, однако еще не достигшие устойчивой ремиссии и нуждающиеся в серьезной терапии. В реабилитационных отделениях находятся пациенты, которых готовят к переводу на менее ограничительную форму содержания и лечения («в вольную больничку», как говорят пациенты), и с ними проводят целый спектр психосоциальных реабилитационных мероприятий, направленных на ресоциализацию и успешное возвращение в общество.

Условия содержания. Во всех отделениях с круглосуточным пребыванием пациентов тесно, площадь на одну койку значительно ниже установленной санитарными требованиями нормы в 6 кв. м. В небольших палатах установлено по 4–5 коек, а кое-где еще и 1 койка вторым ярусом. Свободное передвижение пациентов внутри отделения возможно только в реабилитационных отделениях, во всех остальных — обязательно в сопровождении сотрудника охраны. Но пациенты не жалуются: у каждого есть место для хранения личных вещей, в палатах установлены кондиционеры и телевизоры, в туалет выводят по первому требованию, значительную часть времени пациенты проводят вне палат. Летом обязательные прогулки два раза в день по два часа, зимой — по одному часу. Работают арт-мастерские, досугово-образовательный центр, спортивно-тренажерный зал.

На территории больницы строится дополнительных трехэтажный корпус на 180 коек. Завершение строительства позволит решить проблемы скученности и улучшить условия пребывания пациентов. Однако сроки сдачи объекта в эксплуатацию все откладываются и откладываются, сейчас это намечено на 2024 г.

Контингент пациентов сложный, с разнообразными нозологическими и синдромальными формами, значительная часть пациентов имеет большую длительность заболевания, криминальное прошлое, неблагоприятный характер тече-

ния болезни и высокую степень дезадаптации. 85 % из них являются инвалидами. Поэтому основная задача — осуществление комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий, направленных на снижение социальной опасности пациентов, ресоциализацию и возвращение в социум.

Помимо психофармакологической терапии уже на ранних этапах лечения начинаются лечебно-реабилитационные мероприятия. Максимально используется терапия средой и вовлечение в посильную и адекватную текущему состоянию полезную занятость.

Основные направления реабилитационных мероприятий можно разделить на:

- Организацию досуга;
- Создание условий для творчества: лепки, выжигания, рисования, изготовления оригами, пения, игры на музыкальных инструментах;
- Преодоление двигательной заторможенности, развитие игровых и коммуникативных навыков: волейбол, мини-футбол, настольные игры;
- Развитие коммуникативных, социальных и бытовых навыков;
- Групповая работа, направленная на преодоление зависимости от психоактивных веществ

Большое значение имеет **благоприятная среда обитания**, которая оказывает положительное терапевтическое воздействие, снижает уровень агрессии и негативное отношение к окружающему. Эстетика и возможный комфорт в палатах создаются, благодаря использованию теплых тонов красок, оформлению каждого угла — это картины, фотографии, декоративные украшения, комнатные растения, красивые покрывала и шторы.

Но, конечно, больше всего на общее и эмоциональное состояние пациентов влияют **доброжелательные отношения и сотрудничество с персоналом и другими пациентами**. Медицинский персонал обучен способам незаметного ведения непрерывного наблюдения. К каждому пациенту относятся с уважением, стараются, чтобы он понял, что его мысли и переживания не безразличны. Из пациентов стараются сделать помощников в лечении.

Цель **терапии занятостью** — реализовать индивидуальные интересы и склонности пациентов, не обязательно профессионального характера, но с обязательным эстетическим содержанием. Доверительные и доброжелательные отношения с персоналом помогают вовлечь пациентов в общественную работу и жизнедеятельность отделения. Они принимают участие в оформлении интерьеров, в работе кружков по интересам («Умелые ручки», шахматы, нарды, настольный теннис, резьба и выжигание по дереву, музыкальный кружок, любители книг и т. д.), оформляют прогулочные дворики, их силами разбиты клумбы цветов и плантация плодово-ягодных культур, заложен фруктовый сад и аллея вечнозеленых деревьев.

зеленых растений. Пациенты реабилитационных отделений охотно ухаживают за посадками, находящимися на территории больницы.

Практически во всех отделениях используют элементы **зоотерапии**. Многие пациенты ухаживают за кошками, собаками, хомячками, попугаями канарейками, участвуют в разведении кроликов. На территории больницы имеется голубятня, которую содержат пациенты отделения острых состояний и минипруд с рыбками.

Пациентов приучают **заботиться о своем внешнем виде**. В реабилитационных отделениях они сами стирают и гладят свою одежду, в туалетных комнатах над каждым умывальником — большое зеркало, причем не антиバンальное, а самое обычное. И никто эти зеркала не бьет, не портит.

Большое внимание уделяется **урегулированию конфликтных внутрисемейных отношений**, затрудняющих социальную адаптацию пациента. В больнице созданы хорошие условия для проведения свиданий. С февраля 2020 г. был введен карантин, но в «докарантинный период» все свидания проводились, согласно утвержденному регламенту, комнаты для встреч с посетителями работали ежедневно, кроме выходных и праздничных дней, с 09:00 до 14:00, право на свидания ограничивалось крайне редко и только в интересах здоровья или безопасности пациентов и других лиц. Были обеспечены условия разговора наедине, предоставлена возможность нескольких свиданий в один день.

Принудительное лечение в больнице длится несколько лет, поэтому особенно важно организовать **досуг** пациентов, найти каждому занятие по душе. А возможностей здесь немало.

В приемно-диагностическом отделении организован караоке клуб «Улыбка» (вокальная группа), в отделении острых состояний — артстудия «Надежда» (историческая реконструкция как движение, с помощью которого воссоздаются те или иные события, зарисовки из духовной жизни россиян), в отделениях малой реабилитации работают хореографический коллектив «Возрождение», студия сатиры и юмора «Лицеи», эстрадно-цирковая студия «Колизей», театральная студия «Провинция» и т. п. Для работы в студии «Колизей» (жонглеры, эквилибристы, акробаты, клоунада, силовые номера) был приглашен руководитель детской эстрадно-цирковой студии, отбирает талантливых ребят из числа пациентов и сотрудников и терпеливо репетирует с ними сложные трюки. Трудно представить, что пациенты, длительно находящиеся на психофармакологической терапии, способны выполнять такие номера, повторить которые не могут подчас и здоровые люди. В отделении № 7 работает модерн-группа «Визит» (вокально-инструментальный ансамбль), основу которой составили пациенты, ранее имеющие профессиональные навыки игры на музыкальных инструментах. Больница приобрела необходимую аппаратуру: электробас, электроритм,

акустические гитары, синтезатор, ударную установку, что позволило пациентам, тонко чувствующим музыку, пробовать себя в роли музыкантов и вокалистов.

Среди сотрудников больницы много творческих, талантливых людей. В отделении № 8 группа медицинских работников, имеющих опыт выступления в бальных и эстрадных танцах, организовала студию мюзикл-холл «Романтик» (эстрадно-хореографическая группа), к которой присоединились и пациенты. Этот творческий союз пациентов и медперсонала выступает с удивительными хореографическими постановками и изобретает различные флеш-мобы.

Большое внимание уделяется **духовно-нравственной составляющей реабилитации**. На территории стационара находится храм святых бессеребренников и целителей Космы и Дамиана, возведена Звонница. Священник иерей Константин сумел найти подход и к пациентам, и к сотрудникам больницы, обеспечивает личные нужды пациентов церковными принадлежностями и духовной литературой, проводит богослужения, беседы с пациентами и медперсоналом на духовные темы. По его инициативе стало традицией проведение совместных мероприятий со школьниками Уметовской средней школы (пасхальные и Рождественские спектакли). Мусульмане также имеют свои религиозные атрибуты, литературу, разрешено совершение намазов.

С 2004 г. для пациентов ежемесячно **издается общебольничная газета** «Здравствуй». Ее название было предложено пациентом на конкурсной основе и получило большинство голосов. Здесь печатают поздравления с юбилеями и выпиской, размещают фотопортажи с различных мероприятий. Ежегодно в августе проводится саммит корреспондентов газеты «Здравствуй», на котором вносятся новые предложения и учитываются пожелания читателей, издание увеличилось в размерах, стало цветным. Газету отправляют в письмах-ответах бывшим пациентам, а также к праздникам — близким родственникам.

Для осуществления **физической реабилитации** в больнице проводятся различные мероприятия. В зимний период организуются чемпионаты по настольным видам спорта: нардам, шашкам, шахматам, домино, настольному теннису. Весной и летом на специально оборудованной площадке проходят чемпионаты по волейболу, баскетболу, мини-футболу. Победители соревнований награждаются дипломами и грамотами. В реабилитационных отделениях на прогулочных двориках установлены спортивные тренажеры: штанги, беговые дорожки, столы для настольного тенниса. Во всех восьми отделениях своя форма, флаг, свое название команды, клуб болельщиков. Из пациентов-представителей команд создан спорткомитет, на заседаниях которого решаются организационные вопросы, определяются правила игр, составляется план спортивных мероприятий. За небольшой период

времени удалось пробудить всеобщий интерес к занятиям спортом, вовлечь в них большое количество пациентов, популяризировать здоровый образ жизни. На территории больницы обустроен спортивный комплекс «Чемпион» для занятий спортом в весенне-летний период. В него включены площадки для волейбола и минифутбола, полоса для легкоатлетических соревнований по метанию, прыжкам в длину и бегу на короткие дистанции. Есть места для зрителей и табло. Поддерживают площадки в рабочем состоянии сами пациенты. Выравнивают грунт, делают на полях разметки. Благодаря теплому климату, с апреля по октябрь на территории спортивного комплекса проходят спортивные состязания, сначала тренировочные матчи, а затем отборочные и финальные игры чемпионатов по волейболу, баскетболу, мини-футболу. В досугово-образовательном центре функционирует тренажерный зал с необходимым оборудованием. Занятия на тренажерах проводятся в группах от 8 – 10 человек и индивидуально. Посещают его группы пациентов реабилитационных отделений в сопровождении медицинского персонала. График тренировок согласован, длительность занятия — в течение часа. Все спортивные мероприятия согласованы со службой охраны и проходят с необходимым сопровождением.

Несколько лет назад в больнице появилась **новая субкультура** — фанклуб спортивных команд отделений. Вначале группа болельщиков из числа «неспортивных» пациентов просто поддерживала свою команду «голосом» на протяжении всей игры. Затем были созданы фанклубы восьми команд. Был принят устав, определен свод правил поведения на спортивных мероприятиях. В частности, запрещалось мусорить, курить на спортивной площадке, нецензурно выражаться — за данное нарушение судьи объявляли штрафной. Сейчас фанклубы спортивных команд отличаются разноцветной атрибутикой. Здесь и клубные шарфы, и футболки, кепки, шапки, и флаги. Медицинский персонал отделений является одним из активных участников своих фанклубов. Регулярно проводятся товарищеские матчи, где команда пациентов выступает против команды сотрудников, и состязания проходят на равных. Из пациентов-представителей команд создан спорткомитет ВПБСТИН, на заседаниях которого решаются организационные вопросы, определяются правила игр, составляется план спортивных мероприятий.

Медицинские психологи регулярно проводят тематические дискуссии против наркомании и табакокурения, видеолекции и тренинги, направленные на выработку трезвеннических установок и разрыв антисоциальных связей, преодоление внутренних и внешних конфликтов. Пациентам помогают выработать правильное восприятие сложившейся обстановки, сформировать критическое отношение к общественно-опасным действиям и адаптироваться к пребыванию на принудительном лечении. В стацио-

наре работают группы анонимных алкоголиков и наркоманов, группы по изучению компьютерной грамотности, тренинги общения, лепки и выжигания, музыкотерапия, кружок религиозных чтений.

Мы неоднократно писали о том, что **уважение человеческого достоинства** является мощным терапевтическим фактором и существенно влияет на поведение пациентов. Волгоградская ПБСТИН — выразительный пример этого. Конечно, тут, как и в любой другой психиатрической больнице, при необходимости применяют меры физического стеснения и изоляции, могут ограничить право пациента на встречи с близкими, телефонные разговоры и т. п., однако все это обсуждается с пациентом, он всякий раз получает соответствующее разъяснение. Гуманное уважительное отношение к пациентам существенно снижает количество конфликтов, способствует более быстрому улучшению состояния и минимизирует нарушения поведения.

Все это похоже на рекламный буклет, призванный показать, какие возможности есть в данной больнице. Однако, в данном случае это не так. Мы посетили много разных больниц и можем оценить все критическим взглядом. Что же лежит в основе успеха? Одним из важнейших является **персональный фактор**, личность главного врача и личные качества персонала и сотрудников. Такие главные врачи как В. А. Фукалов в Черняховской ПБСТИН, Р. Г. Валинуров в Республиканской ПБ Башкирии в Уфе, Т. А. Кузнецова в Волгоградской ПБСТИН и некоторые другие сумели превратить свои больницы в настоящие реабилитационные центры, где пациенты не чувствуют себя изолированными от общества и быстрее и легче возвращаются в обычную жизнь. Другим важнейшим фактором является **индивидуализация лечебного и реабилитационного процессов**. Конвейерное шаблонное использование стандартного набора реабилитационных мероприятий не дает такого результата, как индивидуально подобранная терапия, направленная на удовлетворение внутренних потребностей пациента и соответствующая его жизненным ценностям и установкам. В ВПБСТИН каждый вновь поступивший пациент проходит дополнительное психологическое обследование, после чего может быть включен в ту или иную группу по интересам.

Итак, гуманное уважительное отношение к пациентам, благоприятный психологический климат и комфортная среда в сочетании с индивидуально подобранный фармакотерапией и системой социально-реабилитационных методов обеспечивают результаты, к которым всем следует стремиться. Перед нами удачный опыт сочетания общих принципов и универсального режима с максимально индивидуализацией.

Л. Н. Виноградова

ИСТОРИЯ

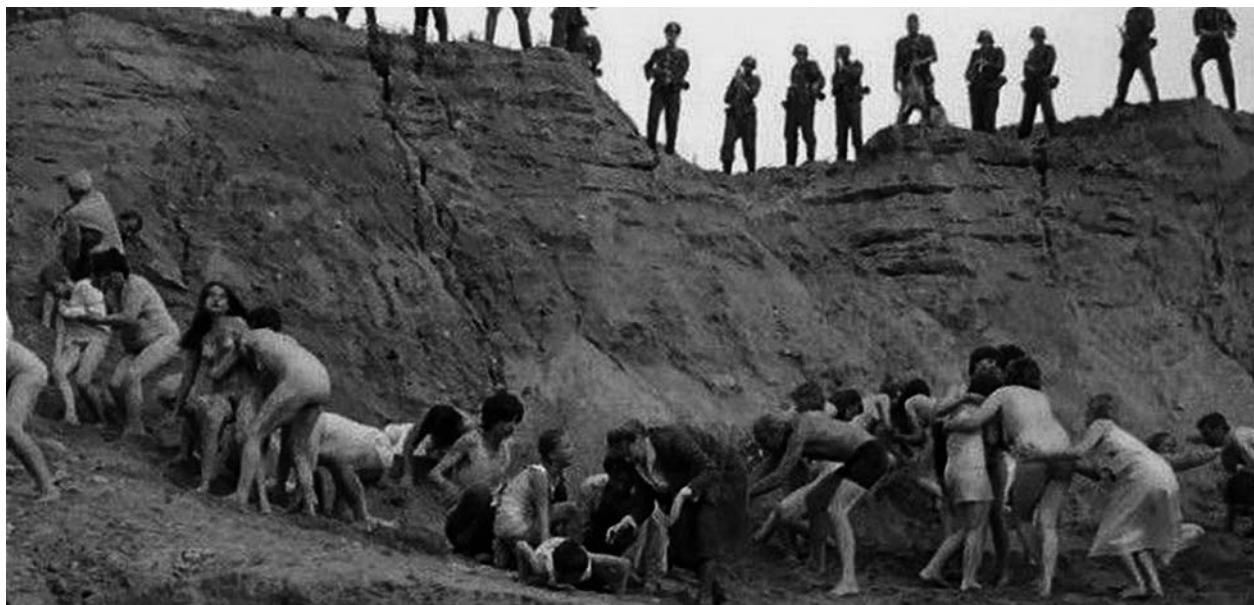
80-летие Бабьего Яра

В киевский котел попала миллионная армия, 600 тысяч оказалось в плену. В сентябре 1941 г. немцы взяли Киев. 24 сентября подпольщики взорвали дома на Крещатике и особо почитаемый Успенский собор в Лавре. Националисты успели разминировать оперный театр. Громкоговорители на машинах по улицам и газеты объявили: «*Все жиды города Киева и его окрестностей должны явиться в понедельник 29 сентября 1941 г. к 8 часам утра на угол Мельниковой и Доктеривской улиц (возле кладбищ). Взять с собой документы, деньги и ценные вещи, а также теплую одежду, белье и пр. Кто из жидов не выполнит этого распоряжения и будет найден в другом месте, будет расстрелян. Кто из граждан проникнет в оставленные жидами квартиры и присвоит себе вещи, будет расстрелян.*». 29 – 30 сентября, за 36 часов, все оставшиеся в городе евреи — 33 771 человек были расстреляны в Бабьем Яру. Это была крупнейшая операция такого рода,

проведенная Айнзат-командой № 4а (около 700 человек), дополненной местными силами. В расстреле принимали участие украинские полицаи, жители Подола добивали выживших старух. Приводимые фотографии сделаны на следующий день, 1 октября. Массовые расстрелы продолжались. 14 октября было уничтожено 800 психически больных, из них первыми — 308 душевно больных евреев. В августе-сентябре 1943 г. немцы пытались скрыть содеянное, а советская власть продолжила забвение, пока его не прервал, но нарушил в 1961 г. Евгений Евтушенко, симфония № 13 Дмитрия Шостаковича и роман Анатолия Кузнецова. Знаменитое эссе Василия Гроссмана «Украина без евреев» (за исключением отрывка, опубликованного Еврейским антифашистским комитетом в 1943 г.) на русском языке полностью публиковалось только один раз — в рижском еврейском журнале «Век» в 1991 г. И только в 2021 г. появилось выдающееся кино-исследование Сергея Лозницы.



80-летие Бабьего Яра



ВОСПОМИНАНИЯ

К 60-летию моей профессиональной деятельности (часть 2)¹. Учитель – сама жизнь, особенно до зрелости

Ю. С. Савенко

Если первыми моими учителями были родители, то длящимся до конца учителем выступала сама жизнь с ее многочисленными потрясениями и уроками. Травматичное детство, которое пришлось на годы оккупации с двух до пяти лет, отдельные эпизоды налетов, бомбежек, когда меня тащили в убежище, а потом частая необходимость прятаться, притаиввшись от гестаповцев, сопровождались не только состоянием хронического стресса, в силу смутной, не осмыслимой мной опасности, переживавшейся родителями, которая передавалась и мне. Это было еще резким ограничением общения со сверстниками, не было игрушек и только две книжки². А это возраст, о котором Лев Толстой сказал, что в первые четыре года он научился большему, чем за всю последующую жизнь.

Самое привлекательное для меня с тех пор — запах свежеиспеченного хлеба, ощущение скольжения на розвальнях и пускать кораблики в ручьях. Негативные воспоминания касаются только обстоятельств, а не характера переживаний, которые были просто потрясениями. Страха не было. Даже от воя волков лунной ночью, когда наши сани сбились с дороги среди огромных снежных завалов. Первый острый страх я испытал в Умани, когда меня, пытавшегося оторвать отражатель на складе машин, схватил сзади немецкий офицер, а я, пронзительно крича, так вцепился в бампер, что он не мог меня оторвать, пока не появился отец.

После руин Крещатика нетронутая красота европейской архитектуры столицы Северной Буковины на крутой горе, увенчанной резиденцией митрополита, вызвала желание зарисовать не-

обычную архитектуру церквей, составить план центра, где мы поселились на улице Гёте, а рядом, в парке Шиллера часами наблюдать поведение муравьев. Стас подростков и столкновения с ними стали настоящей школой выработки характера. Единственный случай участия в них навсегда оттолкнул насилием над соседским мальчиком.

Мужская школа сразу стала тяжелым испытанием, травмой принудительной стрижки наголо, многолюдьем класса, дисциплиной, трудным утренним вставанием прирожденного совенка, жестокими сценами. Класс — средоточие 30 ярких типажей всех характеров и социальных типов поведения, даже патологических проявлений, эпилептических и истерических припадков, а я сам — анекдотической наивности, публичные проявления которой сами оказывались негативными фиксациями. Так, сбившись в хоре, стал только имитировать пение, назвав петуха самой злобной птицей, был осмеян, публично оскорбившись анекдотом о Пушкине, пресёк доверительную информацию на такие темы. Наиболее острым, врезавшимся школьным потрясением было пронзительно рыдающее отпевание кантором на еврейском кладбище моего товарища в третьем классе, которого быстрая река затянула под плоты.

Меня, выросшего в нерелигиозной семье, всегда занимал вопрос, как возникает коренное зりное отличие людей от животных — их духовность. Классики детской антропологии и психологии зафиксировали универсальный переход от эпох ориентаций, открытий, экспериментов (ломания вещей), изобретений эпохи Робинзона к различным ступеням религиозности своей культуры, когда в период пубертатного криза, в переходном возрасте полового созревания с его многочисленными антитезами и крайностями, знаменитыми детскими вопросами, возникает то, что многие авторы уподобляли эпохе средневекового рыцарства, идеалов, противостоящих действительности, «эпоха Вертера», «эпоха

¹ Ч. 1 в НПЖ 2021, 3, 87 – 91.

² Значимо, что это были прозаические «Доктор Айболит» (по Гюю Лохтингу) Корнея Чуковского 1938 г. и «Рваное ушко» Сетона-Томпсона о самопожертвовании матери-крольчихи. В результате, я знал их наизусть, словно умел читать. Это стало своего рода импринтингом.

штурма и натиска», сменяемая при созревании и столкновении с реальностью предпочтением мещанского благополучия. Это стало называться нормой. А разнообразные выраженные отклонения от этого Крепелин отнес к различным формам и степеням инфантилизма, к тому, на каком психологическом возрасте задержалось психическое развитие. Это ощущается каждым при ответе на простой вопрос: на какой возраст вы себя чувствуете? Хорошо известно, что наиболее выдающиеся открытия и изобретения, наиболее явственно в математике, совершаются до 25 лет. У меня этот период прошёл в предельно заостренной форме, начиная с гротескно негативного отношения к женскому полу и до абсолютного приоритета чести, правды, справедливости перед собственной жизнью, вплоть до мучительно переживаемого в юношеский период вопроса: «зачем?», «бессмыслиности жизни» и готовности к радикальным поступкам, что для интровертов особенно опасно. Часто шел навстречу опасности. Еще в шестилетнем возрасте проваливался по пояс в болото, в десятилетнем тонул в реке, обессиленный, не рассчитав быстрого течения, но не позвал на помощь, а в ранней юности несколько раз ходил плавать в шторм на безлюдный пляж, вопреки чёрному флагу запрета, выйти оказывалось неизмеримо труднее, чем войти. Вот когда появился образ Смерти. Впоследствии три-четыре раза аналогичное переживание на грани гибели было за рулем машины. Прыгал с парашютом (в числе трех добровольцев с курса).

Солидарной с этим настроением поэзии и литературы «мировой скорби» противостояли и помогли данные отцом две замечательные работы И. И. Мечникова «Этюды о природе человека» и «Этюды оптимизма». С тех пор я всерьез переболел, как детскими болезнями, Атлантидой, алхимией, парапсихологией, графологией, слонтийством Смайльса, «Реалистами» Писарева, военной подготовкой, «Кимом» Киплинга и, наконец, официальным советским культом террористов-народовольцев. И даже культом Павлика Морозова. Последнее до сих пор вспоминаю с содроганием ужаса, как и то, что дольше других носил траурную повязку по Сталину. Я был целиком заморочен патриотической аморальной пропагандой под соусом привлекательной идеологии в качестве квазирелигии.

Несмотря на множество самостоятельных прозрений, например, в отношении очевидной нелепости в учебнике истории, что Шамиль — английский шпион, браны вместо убедительной аргументации «Материализма и эмпириокритицизма», некоторых сведений о 1927 и 1937 годах, но особенно острого стыда за свой пролысенков-

ский доклад на биологическом кружке первого курса института (1955 г.), я окончательно освободился от марева советского воспитания и пропаганды, благодаря докладу Хрущёва на XX съезде. Эмоциональный накал на активе по этому поводу вызвал мой выкрик секретарю обкома партии, за что едва не попал на год на шахту для исправления. Спасло от этого только заступничество директора института в силу положения отца. Но, несмотря на глубокое потрясение, вечным внутренним двигателем было не это, а стыд за свой доклад на первом курсе и воспоминание, как я шестилетним мальчиком, после каких-то разговоров своих тетушек, заявил, что не хочу быть евреем, что важнее, где родился. Но возникновение стыда за это давнее воспоминание пришло значительно позднее и не от того, что много раз подвергался приставаниям пьяных антисемитов, безошибочно унохивающих «чуждый дух». Полноценное понимание пришло, когда один из моих товарищей подвергся публичному унижению на лекции. До этого я не осознавал, что все мои четверо наиболее близких друзей — евреи, и что адресованный нам постоянный припев некоторых преподавателей — «растворяйтесь» связан с этнической принадлежностью, а не городским происхождением среди выходцев из местных сел. (Две попытки такого рода окончились неудачей). До этого я не осмыслил многого, почему был свидетелем в 1947 – 53 гг.

Двумя самыми сильными потрясениями в институте было для меня зрелище родов, а это необходимо как инициация каждому отцу, и, вскоре, посещение бойни: ошеломляющая жестокость живьём сдираемых шкур с полуоглушенных животных деловито орудующими мясниками, и мы с товарищем, пришедшие за эпифизами для научной студенческой работы, на склизком наклонном полу с ручьями крови и визгом мчащихся нам навстречу, вырвавшихся откуда-то нескользких свиней³... Но наряду с этими ясными сценами было много непонятно как ощущаемых, вне каких-либо ожиданий, подтверждавшихся интуитивных постижений: «здесь произошло убийство» или «сейчас произойдет». Ощущение самой атмосферы, на короткое время создаваемое убийством даже перед и после него, доступно животным. Его сумели передать некоторые тексты например, Бориса Савинкова. Но непреходящими острыми занозами памяти являются не эти внешние явления, а стыд за некоторые несовершённые и совершённые поступки. Это язвящее

³ Впоследствии я обнаружил, что потрясение от такой бойни — центральная сцена центрального произведения экспрессионистской литературы — романа Альфреда Дёблина «Берлин. Александрплац».

самомучительство, не ставшее навязчивым, так как не встречает отпора и самооправданий, а в форме непреходящих со временем неожиданных ярких вспышек мучительных сцен подобно боли типа прострелов от старых ран. Иногда это сопровождается импульсивным неадекватным выкриком «дурак!», который окружающие иногда принимают на свой счет.

Если успешное окончание школы я отметил с товарищем велопробегом в полтораста километров в один день (Черновцы — Хотинская крепость на Днестре и обратно), то окончание института — неожиданной для всех ранней женитьбой.

Когда и как происходит выбор профессии?... Еще младшим школьником, в конце 1940-х годов, приходя к отцу на его кафедру нервных болезней, которая располагалась в старинном парке в одном из двухэтажных австрийской постройки корпусов областной психиатрической больницы, я видел на крыльце и в окнах психически больных хроников, облик которых, их лица, позы, движения, были настолько необычными, странными, пугающими, словно эти птицеподобные существа наблюдали за тобой с неизвестными намерениями, как-то особенно бесмысленно улыбаясь. Это был особый странный мир, он завораживал и завлекающее притягивал. Я не последовал профессии отца, так как болезни нервной системы уже были «медицинской математикой», настолько четкой была в ней топическая диагностика, тогда как психиатрия представлялась таинственной областью, и было трудно не поддаться искушению совершать туда экспедиции подобно ливингстоновским, тем более, что она была средоточием пересечения многих естественных и гуманитарных наук и литературы. Повлияли фильм и драма А. Д. Кронина «Юпитер смеется», ёа путь в медицину — воспоминания В. В. Вересаева. Но практически я входил в предмет с нейрофизиологической и экспериментально-психологической стороны — электроэнцефалографической и тестологической. Теперь, давая советы другим по этому поводу, я говорю, что следует исходить не из того, что нравится, а где выдающийся учитель, творческий коллектив и чем будешь заниматься на практике после ВУЗа.

На два года положенной отработки меня распределили при выдаче диплома в психиатрическую колонию (тогда не стеснялись таких именований, и они отвечали действительности), расположившуюся в живописнейшей местности в усадьбе графа Чарторыйского, добираться до которой следовало на электричке и еще несколько километров пешком. Хотя я предпочитал ездить в город, мне предоставили маленький до-

мик на территории колонии и поручили более 100 мужчин, в основном олигофреноев, но и определенную пеструю часть приблудных случайных людей, может быть, даже здесь скрывающихся. Их жизнь складывалась из сна и трех — надо подчеркнуть — полноценных трапез, на которые загодя выстраивалась очередь, персонал кормили по-царски. А в промежутках безделье. На самом деле работа кипела в мастерских, где профессиональные мастера с помощью небольшого числа обитателей колонии плели из лозы замечательную дачную мебель. Эта трудотерапия не облагалась налогом и была очень выгодой, она расцветала, и это ее потом и погубило. За полгода «работы» в этом мире вегетативного существования я собрал у всех, в качестве интеллектуального и проективного теста, выразительную коллекцию рисунков человека и фототеку их авторов. Попытки разговорить этих людей были малопродуктивны, но не бесполезны для обеих сторон занятием. При мне всегда были общеполезные средства, которые я использовал как плацебо. Здесь меня подстерегала крупная провокация. Улыбчивый, сверхлюбезный главный врач колонии К., устроил как-то, по слухам, праздничный стол с крепкой выпивкой, после которой я остался ночевать. Но в предоставленном мне домике оказалась молодая привлекательная, явно иностранный в силу сохранности, обитательница колонии. — Хороший подарок мне, сынку профессора, у которого хочешь сделать диссертацию? Расчет был на «нормального мужика», а не такого девианта, как я, который никогда не курил, практически не выпивал и за всю жизнь ни разу не освернил язык копролалией, и — главное — дома жена, а я нравственник. И я выгнал ее, неудомевшую управляющую, на мороз, хотя бесы искушили. Только раз в жизни я, эксперимента ради, напился на дне рождения сокурсника и, хотя меня вырвало, вскоре я перестал управлять конечностями и остался ночевать, но голова оставалась ясной, четко все фиксирующей. Хорошо запомнилось, как традиционно ласково за мной ухаживали, и осталось хорошим уроком. Все это выручило меня. Как потом выяснилось, это был не подарок мне, и не забота о женщине, которая от него понесла, а ловкая комбинация в собственных интересах. Решающую роль сыграли известные всем наши репутации. Он еще раз крупно обнаружился. Не будучи сотрудником отца и без его ведома послал от его имени свою диссертацию в Киевский медицинский институт. Я только недавно обнаружил переписку отца по этому поводу, когда он на недоуменные вопросы из Киева разъяснил ситуацию. Много лет спустя на вечере памяти отца в Черновцах я увидел К., неизменно приветливо улыбающимся мне гла-

за-в-глаза с характерным псевдодементным налетом молчаливого: «ничего не помню», «ничего не было».

Женился я по личному интуитивному выбору, фактически на второй девушке, за которой ухаживал. Первую я оставил, так как не сумел быть в ее глазах героем в нескольких столкновениях с бандами подростков, что было непереносимым, хотя я и получил сatisfaction. После нескольких месяцев в секции бокса нашел обидчика и сбил его с ног. А вторую я «отбил» у великовозрастного вожака стаи подростков, которая несколько раз окружала меня. В таких случаях лучше всего помогает нестандартное поведение. Мне удалось с ним здраво поговорить. Мой выбор ошеломил профессорский круг друзей семьи — избранница была простой работницей ткацкой фабрики. Но родители приняли ее как свою. Отец называл ее ангелом. Она удивительно пела, хотя не имела музыкального образования, а только наследовала, как и брат, дар отца. Жена одного из наших друзей Бенциона Борисовича Роднянского, читавшего тогда впервые лекционный курс о концепции Ганса Селье, Мирра Михайловна, которая ставила голос нескольким прославившимся на весь Союз певцам, высоко оценила ее голос. Надо сказать, что и на фабрике ее использовали в этом качестве, что видимым образом повышало производительность. Я уговорил ее поступить на немецкое отделение Черновицкого университета. Это был мой шкурный интерес. Обладая резкой неспособностью к иностранным языкам, я мечтал читать немецких психиатров. Это принесло неожиданные побочные плоды. Хотя Нина прекрасно училась, она брала уроки разговорного немецкого у сестер Нуссбаум, которые устраивали на своей квартире музыкальные концерты приезжих солистов. А Черновцы были музыкальным центром, со знаменитой с австрийских времен филармонией, с которой начинали турне по стране все музыкальные гастролеры, а в прошлом нередко Франц Лист. Одна из сестер давала уроки языка, а другая музыки и была поэтессой, опубликовавшей томик лирики на немецком.

Другим местом, где я наиболее часто начал бывать, была — рядом с нашим домом — квартира художницы Фаины Анатольевны Щетинской, вернувшейся после многолетней жизни в Париже на родину вместе с мужем-скульптором на его выставку, где они тут же развелись. Она осталась с младшим сыном, а он со старшим. Она, человек утонченной культуры, была кладезем неизвестных недоступных и неформальных знаний, а квартира — сущий музей с массой картин и художественных альбомов. Так я познакомился со знаменитой историей скульптуры Андре Мальро-

и проштудировал пятый том «Мастеров искусств об искусстве», раскрывших многообразие художественных движений от первого лица. Я пишу об этом с глубоким убеждением, что все эти влияния важны для нашей профессии. Вскоре к ней приехала невестка, которую прогнал старший сын, и попала под хрущевскую кампанию против тунеядцев. Надо сказать, что она целиком соответствовала этому определению и в панике активно женила на себе моего школьного товарища. Как-то ненадолго к матери приезжал старший сын, острый ум и характер матери, но совершенно другой направленности. Он оказался одним из активистов парижских радикалов-маоистов. Очень сильное впечатление произвела на меня сцена, когда в гостях у Фаины Анатольевны вместе с ее невесткой и ее новым мужем мы неожиданно узнали, что Ф. А. срочно возвращается в Париж. И тут невестка в панике бросается, не считаясь с моим присутствием,lixорадочно сметать себе в сумку коллекции вос точных фигурок...

Нечто подобное я пережил, когда отец помог получить нам с Ниной турпутевку в Румынию. Первая поездка за границу, тогда это была редкая привилегия с анекдотическим инструктажем типа «не плуйте на землю» и т.п. Но в памяти не столько красавец Бухарест и даже не грандиозный горный дворец Пелеш Кароля I, собравшего самую большую коллекцию Эль Греко. Нас сопровождал в качестве опекуна сотрудник обкома партии, конечно, бесплатно, но еще вез несколько чемоданов товаров на продажу или обмен дефицитом. Тогда была мода на румынскую синтетику вместо нашего натурального льна. Вел он себя по-хамски. В Бухаресте нас застал полет Гагарина в космос. Он заставил нас ходить демонстрацией по городу с лозунгами, а пойманную на самовольной отлучке члену группы выкрикивать «Слава Хрущеву!». Когда градус раздражения от его поведения повысился до ссор внутри группы, он — их виновник — хотел, успокаивая, потрепать по щеке одного из них, а я перехватил и остановил его руку. После этого он предложил мне выйти разобраться. Члены группы, видимо, из-за его рослого спортивного вида не допустили этого, а потом преподнесли ему подарок. Несколько лет спустя он стал прокурором города.

А город на моих глазах быстро менялся: ушло национальное многоцветие пятиязычного населения, оно склынуло и, тем не менее, казалось, парадоксально ушла толерантность, не добитая жестокостями Первой и Второй мировых войн. Ведь здесь после аннексии Северной Буковины был арестован в 1940 г. Николай Вавилов, а в 1947 г. А. С. Есенин-Вольгин, а в 1941 г. эшелон евреев вывезен на уничтожение. Храмы много-

численных здесь конфессий, кроме униатского и старообрядческого, превратились в хозяйственные склады, спортивные залы. Замечательный памятник архитектуры европейского значения Темпл пытались взорвать, в потом разобрали башню с куполом, заштукатурили резные орнаменты, превратили в «кинагогу». Уничтожили памятники, даже братские могилы Первой мировой войны. Стали застраивать стандартными коробками город, который строили венские архитекторы, где не было двух одинаковых домов. А ведь это многое формирует с детства. Думаю, что усох бы на производственном пейзаже, а он таки возобладал в новой части города и таки отравил его. — Прогремевшее вследствие массовое облысение детей было связано с утилизацией здесь ракетного топлива. Но главное — атмосфера, задаваемая стахановской советизацией, за что начальство всплывало в Москве.

Унаследованный тревожный нрав коррелировал с неуемным любопытством — стремлением ориентации в сложном мире, в котором, как в горном походе, за каждой достигнутой высотой открываются все новые и новые. Вначале это был мир еще не тронутой природы, потом мир книг (и запойное чтение, даже с фонариком под одеялом) и, конечно, до сих пор крепкий круг четырех близких друзей, незаурядных медиков, выданных открытым антисемитизмом Краснодара в Израиль, США и Австралию. Значительную роль в обоюдном развитии сыграл грандиозный многомесячный, почти каждодневно многочасовый спор о прогрессе. Я готовился к каждому раунду, как на честный экзамен, прочитывая большую интердисциплинарную литературу. Огромное влияние оказала на меня книга «Факторы эволюции» Дж. Б. С. Холдэна⁴, одного из основоположников, наряду с Р. Фишером и С. Райтом, математической теории естественного отбора. А мы добились, чтобы с нами провел практический курс высшей математики специалист из университета. Основным моим оппонентом этого спора был на редкость одаренный «противник» Александр Фишер, ставший выдающимся гастроэнтерологом в Советском Союзе, а потом в Австралии. Это с ним мы провели чуть ли не пионерское исследование на кроликах

⁴ J.B.S.Haldene. The causes of Evolution (1932, р. пер. 1935). Несмотря на 15 страниц цензурных изъятий теоретико-философского заключения, там сохранилось обоснование, что терминология, обозначающая такие явления как «прогресс» и гораздо более распространенную «дегенерацию», «представляет скорее стремление человека похлопать себя по плечу, чем ясное научное мышление», и что «человек является худшим животным, чем обезьяна».

влияния введения экстракта эпифиза на сахарный обмен под руководством выдающегося ученого Якова Давыдовича Киршенблата.

С этим членом четверки моих друзей связана очень характерная для нашего поколения особенность, наверное, комически нелепая для нынешнего. Как-то мы ехали с ним в переполненном и так резко затормозившем трамвае, что я навалился на него, а он больно наступил на ногу какой-то женщине. — «Это ты нарочно!», а на мое «Честное комсомольское, что нет!» — «Не верю!». Я потребовал извинений, и мы целый год не разговаривали. А более старшее поколение даже много-много лет может не разговаривать, как, например, А. Г. Гофман с Б. М. Сегалом и даже со мной, только потому, что я был его сотрудником. Или И. Я. Гурович со мной из-за отказа извиниться за неточное изложение с его точки зрения в нашем журнале его отказа выдать медицинскую документацию на экспертизуемую нами больную, а это был первый прецедент после такого разрешения главного психиатра Москвы В. А. Тихоненко. Его окончательно смягчила только трагедия с нашими дочерьми. Или П. В. Морозов — повторю историю, как он проанализировал мой пересказ воспоминания моего учителя проф. И. А. Мизрухина. Тот в молодости, докладывая больного самому Ганнушкину, поставил характерный для начинающего усложненный трехэтажный диагноз, а Петр Борисович сказал на это: «Да просто дурак». На это Петр Викторович написал: «Савенко не пожалел собственного учителя!». Меня особенно, как специалиста по тесту Роршаха, ТАТ и другим проективным личностным тестам, поразила явная асимметрия восприятия этой реплики в ее контекстуально-сituационном смысле. Ганнушкин говорит «дурак» о пациенте в своей хорошо известной нарочито-грубоватой манере или — неужели — молодому врачу? Я написал в его журнал корректное разъяснение. Он категорически отказал. Наученный опытом, я только принял это к сведению, и это не повлияло на наши с давних, начала 90-х, добрые отношения. Этот юношеский максимализм, вспененность рыцарственности, которой пытался следовать Дон Кихот, когда эта эпоха ушла, и выслушивал Марк Твен, как и дуэлянтство буршай, прекрасный пример беспредельности эмоционально оценочных смысловых оттенков вещей и явлений от высокого до низкого по всем полюсам.

Погрузившись в многообразие химических дисциплин первых курсов института, в нашем кругу, брезгающем феней, которая теперь в моде, мы отводили душу, используя вместо традиционной ругани химические формулы. — «Ах ты, перекись водорода» или «Ах ты H_2SO_4 ».

Действительно, это можно делать на языке любой профессии, например, языке напитков, от шампанского до рецептов Венички Ерофеева.

Не думаю, что такие отлеты воспоминаний неуместны. Они указывают на роль интерперсональных отношений, подчас вырастающих до крупных последствий, как, например, отрицательный отзыв Павлова на номинацию Бехтерева на Нобелевскую премию.

Но пора вернуться к фигуре этого фона — моему собственно профессиональному становлению.

С четвертого курса института я — после участия в биологическом, гистологическом и физиологическом кружках стал посещать неврологический и, прежде всего, психиатрический студенческий кружок, который вел проф. Георгий Юрьевич Малис, в прошлом известный ленинградский психоаналитик, автор монографии «Психодиагностика социализма», которая давно была изъята из-за названия. От тогдашних кампаний он еще легко отделался, став директор обезьяньего питомника в Сухуми, где сделал на гамадрилах экспериментальную работу, круто повернув в иммунологическое направление. Его монография «Вирусная теория шизофрении» была единственной, которую перевели на английский язык. Он сохранил связи с ленинградской школой в лице А. С. Чистовича. Его высоко культурные увлекательные лекции с примерами из Августа Стрингера и Серебряного века отличались для нас, студентов, не сразу принятым выраженным антипсихологизмом. На лекциях и в кружке он интересно разбирал больных. Позднее, работая последние полтора года ординатором в отделении — базе кафедры психиатрии, по заведенному им правилу я овладел многими умениями: спинномозговым пункциями и ЭСТ, паранефральными блокадами новокаином при ипохондрических синдромах, дробными аутогематрансфузиями, использованием опиоидных препаратов при депрессии и т.д. Психотропная эра только подступала. По его замыслу мы с моим сокурсником Борей Астапенко провели экспериментальное исследование, проверяя, отражаются ли на содержании сновидений и их эмоциональной окраске привлекательные и отталкивающие запахи, и ходили по ночам в больницу, портят больным сон. Но об этом и о том, как под его председательством проходили сеансы Вольфа Мессинга, вытаскивавшего меня из зала на сцену и т.д., я уже рассказывал раньше. Г. Ю. скоропостижно скончался от внезапно обнаружившейся онкологии.

Его сменил другой замечательный психиатр из Киевской школы Я. П. Фрумкина — проф. Исаак Аронович Мизрухин, яркий остроумный человек, знавший чуть ли не наизусть лексику и коллизии романов Ильфа и Петрова, блестящий психотерапевт и гипнолог, автор монографии

«Лечение сном». В результаты я прочел целую библиотеку книг о сне и сновидениях — переводы французских классиков и особенно восхитившую тщательностью описаний монографию проф. А. Л. Эпштейна. В 1961 г. я съездил в Ленинград на симпозиум в Институте В. М. Бехтерева, где оказался свидетелем, как после рассказа Эпштейна о сожжении по распоряжению А. В. Снежневского сборника научных работ сотрудников Игренской психиатрической больницы под его — Эпштейна — руководством, Снежневского зал дружно затопал, а тот ответил своим знаменитым оскалом. Впечатлило незнание сотрудниками психологической лаборатории Института, которую я посетил, «Медицинской психологии» Э. Кречмера, а заведующая музеем В. М. Бехтерева откровенно рассказала историю его отравления.

А в 1962 г. в отпуске я съездил в Москву на стажировку в электрофизиологическую лабораторию Эсфири Семеновны Толмасской Московского НИИ психиатрии и посетил экспериментально-психологическую лабораторию Блюмы Вульфовны Зейгарник, которая обстоятельно побеседовала со мной, как горячим сторонником гештальт-школы. И, конечно, музеи и букинисты. Посещение букинистического магазина рядом с американским посольством совпало с мощной антиамериканской демонстрацией с забрасыванием здания помидорами и чернильницами. Американцы, открыв окна, снимали это на пленку, а в демонстрантах отчетливо выделялись режиссеры. Меня чуть не затоптала конная милиция, к которой меня прижала толпа.

Работа с больными в психиатрической клинике на базе острого женского отделения приносila большое удовлетворение и проходила с энтузиазмом. В клинику поступали наиболее сложные и часто агрессивные больные, разборы сопровождались острыми дискуссиями, сотрудники были высокого уровня, заведя больницы был учеником Вагнер фон Яурегга. На меня несколько раз нападали больные, но невозмущимость в таких случаях, а при необходимости быстрая реакция, всегда выручали. Но настоящий урок необходимости доверять коллегам я получил, когда, одолев в дискуссии, встретил разбирающуюся больную в городе и понял, что был неправ. Я сделал несколько реферативных докладов, даже по «Биоэнергетике» Альберта Сент-Дьёрди, причем сумел заинтересовать аудиторию.

Проф. И. А. Мизрухин дал мне замечательную тему кандидатской диссертации — «Клинико-энцефалографическое исследование инволюционной депрессии», а в клинике отца в соседнем корпусе мне предоставили возможность использовать 16-канальный «Альвар» и помочь замечательному специалиста Иосифа Наумовича Таубера.

ХРОНИКА

Нобелевская премия по физиологии и медицине

Нобелевскую премию 2021 г. в области физиологии и медицины получили Дэвид Джюлиус (David Julius), профессор Калифорнийского университета в Сан-Франциско и Ардем Патапутан (Ardem Patapoutian) из Scripps Research (La Jolla, Калифорния, США) за «открытие рецепторов температуры и осязания», а точнее, за фундаментальные исследования молекулярных механизмов восприятия боли, тепла, холода и ранее неописанного класса рецепторов механического давления (Piezo), гомологичных у животных, растений и присутствующих во всех органах человека. Это открывает новые пути компен-

сации патологических расстройств во многих областях медицины, а также объяснения успешности массажа и других традиционных практик.

Подробнее об этой и других Нобелевских премиях по физике (и климатологии), экономике и литературе см. «Троицкий вариант — Наука», № 21 (340) от 19.10.2021, стр. 1 – 6.

Что касается Нобелевской премии мира, то ее присуждение Дмитрию Муратову, главному редактору «Новой газеты» принесло всем, кто ее читает, глубокое удовлетворение, поскольку это источник правдивой информации среди моря пропаганды.

Трансформация Национальной медицинской палаты

Союзу живого многообразия организационно-правовых форм медицинских организаций грозит чиновничье единобразие по Козьме Пруткову

16 сентября состоялось рабочее совещание в Национальной медицинской палате (НМП) с отчетными докладами Медицинского общества Карабаево-Черкесской Республики и Российского общества психиатров. Этот последний, с которым выступил проф. Н. Г. Незнанов, был апофеозом сверхуспешной деятельности, написанный опытной рукой, нацеленной на «пятерку», и получил ее, но с полным умолчанием кризисного положения в психиатрии, о чем говорили многие из первых лиц на майском съезде психиатров. Ни слова о разрушительных последствиях реформы оптимизации и положении дел даже в Москве сказано не было. Удивительно, что пятерку поставило только 84 %. А за две недели до начала съезда НМП, 15 октября мне неожиданно позвонил Леонид Михайлович Рошаль относительно нашего членства в Палате, и я попросил его обсудить это при личной встрече. 19 октября он принял меня. В течение получаса мне удалось нарисовать честную открытую картину происходящего на нашем профессиональном поле, не считаясь с присутствием временами его секретаря, которая утверждала, что регулярно посыпала нам запросы, чего на самом деле не было. Но я не стал упирать на это, так как, конечно, мог сам

следить за сайтом Палаты, а — главное — мы отчетливо сознавали свое подвешенное положение после публичного объявления, в частности, в своем журнале, что не считаем себя членом Фронта Путина, в который вступила Палата после заверений, данных Л. М. Рошалю лично Президентом, который умеет мастерски обаять кого угодно. Мы, действительно, не посыпали ежегодных отчетов, не платили членские взносы, но участвовали в съездах Палаты. А на внеочередном съезде, обсуждавшем реформу здравоохранения, я выступил первым после перерыва в прениях и довел до сведения делегатов логику математических моделей академика В. И. Арнольда, что «оптимизация — путь к катастрофе». Тогда, к растерянности Президиума, делегаты съезда, т. е. руководители, а не рядовые врачи, большинством более 80 % проголосовали против реформы. Это не помешало им рефлекторно с овациями встать при появлении министра В. И. Скворцовой (НПЖ, 2015, 2, 84 – 86¹), которая потом отсуждала всевозможными посулами возмущение

¹ Советуем прочесть: этот текст стал еще актуальнее.

ликвидацией исторических центров психиатрии и психотерапии.

В конце 90-х годов внешне похожую на НМП попытку объединения медицинских обществ предприняла Т. Б. Дмитриева, чтобы не только в качестве министра здравоохранения, административно, но и на добровольно-общественных началах возглавить российскую медицину. Помпезное собрание руководителей всех медицинских обществ в Президент-отеле с участием Президента Всемирной медицинской ассоциации и второго лица РПЦ, куда мы были приглашены вместе с проф. В. Н. Красновым, быстро заглохло. На этот раз инициатором такого объединения — НПМ — выступил по настоящему выдающийся профессионал — детский хирург, академик, руководитель академического центра детской хирургии и ортопедии, который лично мужественно вывел из Норд-Оста группу детей, а сам вышел из Общественной палаты, разочарованный ее возможностями, и с чистого лица начал успешное строительство в крайне неблагоприятных условиях, и уже немало сделал. Эти внебюджетные успехи власть стремится утилизировать на свой лад. В представленном на сайте соглашении с Минздравом о сотрудничестве 21 сентября 2021 г., последний выговорил ряд неприемлемых для нас требований. Тем не менее, на встрече с Л. М. я сосредоточил усилия на том, чтобы склонить его к аффилиации НПА с НПМ, мотивируя ее выраженной особенностью — первым примером профессиональной самоорганизации в области предмета, наиболее острым образом сталкивающегося с курсом власти на тотальную централизацию, и тесную связь с правозащитными организациями, что особенно естественно и необходимо в области психиатрии. Но Л. М. не только сторонник одних с нами устремлений, он еще и реалист с огромным опытом организационной деятельности в отечественных условиях в отношении огромных коллективов. «Сколько у вас членов?» — «Около трехсот, но в современных условиях, когда успешно сработало в качестве страшилки объявление меня на сайте РОП агентом ЦРУ, даже некоторые из наших членов избегают упоминать о своем членстве в НПА». — «А вы собираете членские взносы?» — «В том и дело, что по своему, воспитанному в советскую пору, презрительному отношению к деньгам, я с момента организации Ассоциации выступил за то, чтобы взносы оставались в региональных центрах. В результате подавляющая часть нашей деятельности осуществляется на волонтерских началах» — «Но вы и рубля нам не прислали. Нам придется исключить по Уставу около 12 организаций» — «Честно говоря, мы считали, что давно исключены и не получали никаких сообщений от вашего секретариата» — «Нет-нет, мы регулярно их посыпали» — вставила секретарь. — «Я не видел ни од-

ного». Разговор был вполне откровенный и неформальный, не для печати. Я аргументировал фундаментальной необходимостью индивидуализации и в отношении организаций, против прокрустова ложа логики «да или нет». Л. М. сорвался на грубое нарушение Устава, что касается аффилиации, то этот вопрос, по его словам, уже подымался раньше и был отвергнут. Мы распрошались по-доброму. К началу съезда мы успели выслать отчет о нашей деятельности и годовой взнос. Попытки связаться с секретариатом оказались безуспешными.

На съезд, который проходил он-лайн, 28 – 29 октября нас не пригласили, на сайте не зарегистрировали, коллективно не выслушали, решение приняли заочно, т.е. даже не соблюли элементарные правила. Исключили только две организации, кроме нас еще одну из двух иркутских организаций.

Доклад Л. М. Рошаля сочетал в себе рассказ о тяжелом положении в здравоохранении и отчет об успехах НМП в законодательной деятельности. Он начал с того, что главным в работе НПМ за отчетный период была «работа над Конституцией», и сообщил, что все поправки, которые предлагала НМП, были учтены. Это «проведение единой социально-ориентированной политики в области здравоохранения, обеспечение доступности оказания качественной медицинской помощи», но и «формирование культуры ответственности граждан к своему здоровью» и т. п. Несколько включение этих пунктов в Конституцию поможет улучшению положения дел в здравоохранении, не нужно даже гадать. «Мы не можем согласиться с 3,6 % ВВП на здравоохранение. На 2022 г. выделено меньше, чем на 2021. Мы на 121 месте в мире, в США 17 % ВВП, во Франции — 12». Л. М. говорил о необходимости социальных гарантций медицинским работникам, серьезном кадровом дефиците в регионах, критиковал Минздрав за признание «Клинических рекомендаций» обязательными к исполнению, что лишает врача всякой самостоятельности и возможности индивидуализации. «84 % молодых врачей не подготовлены к своей деятельности. Повышение квалификации врачей осуществляется на общественных началах. Необходимо восстановить бесплатную интернатуру и ординатуру, вернуть работу по распределению после окончания ВУЗа, обеспечить непрерывное медицинское образование, систему накопления баллов». 21 сентября 2021 г. с Минздравом было подписано соглашение о сотрудничестве, касающееся разделения полномочий при сертификации, аккредитации и страховании рисков медицинских работников, определении стандартов медицинской деятельности и повышении правовой грамотности врачей, которая на сегодняшний день очень далека от необходимого уровня. Уже сегодня Минздрав учитывает мне-

ние НПМ при обсуждении кандидатур главных внештатных специалистов, кандидатов на присуждении звания «Почетный врач», обсуждении нормативно-правовых документов. С другой стороны, Минздрав выставляет жесткие требования к членам НПМ: в каждом регионе членом НПМ может быть только одна территориальная организация, объединяющая не менее 25 % врачей, а если их несколько, то выбирают ту, где большее количество членов. К профессиональным объединениям менее жесткие требования, однако и тут есть ряд ограничений. Их членами должны быть представители одной специальности. Несмотря на подписанное соглашение, переговоры и взаимодействие с Минздравом идут очень сложно: «Мы не можем доказать Минздраву, что мы им нужны», — с горечью заключил Л. М. Рошаль. «Медицина должна быть полезной, доступной, бесплатной».

Выступивший вслед за Л. М. Рошалем вице-президент НПМ С. Б. Дорофеев представил свое видение относительно структуры палаты. Ничего нового участники не услышали: эти предложения обсуждали еще в 2017 г. на Конгрессе НПМ (см. НПЖ, 2017, 4), и они вызвали тогда крайне неоднозначную реакцию. С. Б. Дорофеев считает необходимым максимальную унификацию членов НМП: «сегодня у нас среди членов 4 разных организационно-правовые формы, 9 разных вариантов названий!». Членство в территориальной медицинской организации должно стать обязательным, в профессиональной может быть добровольным. Похоже, что все саморегулирование медицинской деятельности, которого так добивалась Национальная медицинская палата, свидетельствует о том, чтобы всех пересчитать, построить, жестко очертить круг прав и обязанностей, передать медицинскому сообществу некоторые полномочия и предоставить ему самому искать средства на выполнение новых обязанностей. Это очередная оптимизация медицинской деятельности. Действительно, когда встал вопрос о законе о саморегуляции, то после нескольких стереотипно одобрителевых голосований по другим вопросам с одинаково 84 %, президиум вдруг словно поперхнулся и после нескольких переголосований сдавленным голосом озвучил: «За» только треть. И это после подталкивания и урезонивания: «Да подготовка такого закона растянется на 10 лет». Но большинству было ясно, что такой закон предписывал бы не саморегуляцию, как само собой разумеющееся условие нормального существования, а брал бы ее в административные руки, превращая в очередной симулякр (муляж). Аналогичная проблема сложилась и с независимой медицинской экспертизой. Большинство предпочло оставаться в статус-кво, на уровне нормативных, а не правовых актов. Неоднократно, как в отчетном докладе Л. М., так и других выступлениях, звучало возмущенное

признание в игнорировании НМП федеральным и региональными минздравами, для которых она обуз, если не помеха. И это даже в отношении одного из главных требований Палаты — паритета в отношении регуляции сертификации специалистов. «Из миллиарда рублей, выделенных на аккредитацию, мы не получили ни копейки».

В добавление к своему докладу Л. М. рассказал о защите врачей на конкретном примере детского анестезиолога из Калининграда Мичуриной, в отношении которой «присяжные вынесли оправдательный вердикт, но следственный комитет — расширяя свои полномочия — вернул в заключение, а суд отверг мое поручительство и предложение сесть вместо нее. А ведь этим суд наносит ущерб жителям области — 30 % таких специалистов не хватает, а она в перерыве между заключением работала».

Общее впечатление от второго дня съезда противоречиво. Наряду с вызывающими уважение усилиями защитить неправедно осужденных врачей и с такими по настоящему деловыми, проблемно-творческими выступлениями, рисующими честную картину положения вещей, как Н. В. Долгушиной на примере акушерства и гинекологии, было немало чиновничих на канцеляриях, зачитывавших десятки инструкций и приказов Минздрава, без всякого анализа трудностей, ошибок и необходимых мер, как выступление Н. И. Чеботаревой в отношении применения лекарственных препаратов. Н. В. Долгушина указала на ряд универсальных для всех проблем. «Новые порядки больше не следуют клиническим данным... новые стандарты формулируются в виде модулей... эти шаблоны вместо творчества, обязательные к исполнению, ведут к усредненным услугам, все по списку Минздрава... регионы не в состоянии выполнить клинические рекомендации, часто нет ни лабораторий, ни приборов, ни даже оснащения, нет ни медсестер, ни консультантов, что необходимо для лицензирования... многие услуги некуда включить, и их не могут утвердить, и мн.др. В итоге невозможно предоставить больным качественную помощь».

Леонид Михайлович Рошаль делает в наше темное время очень важное дело, плывя против течения, отстаивая, что возможно, не считаясь, как он выразился на съезде, с «неприличиями» по отношению к себе. «Что будет, когда наше с вами поколение уйдет?», — спросил я его в ходе нашей беседы. Он промолчал. А я хорошо помню описания того, как советская власть охаживала академика И. П. Павлова, закрывая глаза на его демонстративно резкую фронду, не ограничивала в средствах даже в самое тяжелое время, но постепенно меняя его окружение, информируя через него нужным образом. Л. М. не увидел волчьей ямы в предложении закона о саморегуляции. А ведь это было бы подобием «министерства

Правды» Оруэлла. Минздрав и другие ведомства, с которыми НМП вынуждена сотрудничать, умело навязывают ей часто неприемлемые условия, тормозя и блокируя неподходящее с чиновничьей точки зрения. Мы желаем успеха нынешним планам НМП и здравия Л. М. Рошалю, который остается для истории НПА вторым после академика А. И. Воробьева ее доброжелателем такого ранга.

Первоначальному строго научному и граждански честному пафосу Национальной медицинской палаты было бы логично и естественно предоставить вслед за отчетом РОП аналогичную возможность НПА России. Но все было давно предрешено и только понимание Л. М. Рошалем реальной ситуации вызвало его звонок ко мне и нашу встречу. В настоящее время прихо-

дится ограничиваться в отношении блага больных и врачей только тем, что возможно, — делай, что можешь. НПА России, как пример реальной самоорганизации, слишком на отлете от других организаций, слишком далеко забежала вперед.

Можно не сомневаться, что если бы мне дали возможность выступить перед голосованием, и тем более с отчетом, наряду с РОП, голосование было бы далеко не однозначным. Но секретариат постарался прибегнуть к недостойным процедурным уловкам, чтобы избежать этого легко прогнозируемого результата. Дело в том, что действия РОП привели к тому, что о самом существовании НПА России не знают даже многие психиатры.

Ю. С. Савенко

Рост запросов на честную информацию

Время после майского съезда психиатров ознаменовалось всплеском публикаций в известных масс-медиа членов НПА России. — В «Троицком варианте — Наука» — «газете, выпускаемой учеными и научными журналистами», в частности, деятелями «Диссернета», которую мы постоянно рекомендуем подписывать, было опубликовано приветствие съезду психиатров от НПА России с изложением позорных попыток проигнорировать ее нынешним руководством РОП и беззастенчивым размещением **на сайте РОП политического доноса, выдаваемого за свободу слова!** Спустя неделю после получения главным редактором «Новой газеты» Дмитрием Муратовым Нобелевской премии мира, газета поместила развернутое интервью Л. Н. Виноградовой и Ю. С. Савенко о деле якутского шамана, а на сайте — с дополнительными фотоматериалами, и др. делами. «Независимая газета» опубликовала подробные комментарии членов НПА о деле «пермского стрелка», 18-летнего студента юридического факультета, и реакцию подростков, поддержавших его даже финансово. «Медицинская газета» поместила интервью Ю. С. Савенко по широкому кругу вопросов и т.д. Нам часто звонят по разным острым поводам и, как правило, мы адресуем журналистов к профильным специалистам, а не подменяем их.

Активное обращение к нам прессы и радио связано с голодом на честную информацию, что стало очевидным для подавляющего большинства, включая не только тех, кто прибегает к самоцензуре, но и вовлечен в поддержание и производство дезинформации. В наше время розановщины, т. е. писания диаметрально противоположно направленных текстов в реакционных и прогрессивных изданиях, что воспри-

нималось до революции, как юродство, криводущие, стало вынужденным поведением, а то и диалектикой.

Мы видим в этой форме своей деятельности ставшую остро необходимой просвещенскую составляющую в ее буквальном смысле, ввиду явного падения образовательного, даже профессионального уровня усилиями властных структур, публично заявляющих, что им нужны не креативные специалисты, а аккуратные исполнители. Лживая пропаганда не живет долго, а принося разочарование, оборачивается противоположным результатом. А вот чем оборачивается эта информационная среда в науке.

«Новая бездна научного обмана» — таково название шокирующей работы сооснователя «Диссернета», автора «Диссерорубки» Андрея Ростовцева в «Троицком варианте — Наука» от 16 ноября 2021 г. (№ 23, с. 7). Теперь компьютерные технологии позволяют находить заимствованные, а также грубо ошибочные графики, таблицы, диаграммы и численные данные не только в диссертациях, но и в журнальных публикациях. Вот откуда еще нелюбовь к критике и ее избегание, торможение и отказы в публикации критических рецензий и откликов.

В Интервью «Медицинской газете» (<http://www.mgzt.ru/content/luch-sveta-v-temnom-tsarstve;> № 47 · 1. 12. 2021) нам удалось емко и точно ответить на придирчивые вопросы по острой проблематике разносторонне информированного интервьюера. Мы поежились, когда увидели заголовок «Луч света в темном царстве», — слишком памятно, как гиперболические похвалы («свежий ветер» — проф. В. Е. Каган из СПб; «совесть психиатрии» — проф. Л. А. Стукалова из Воронежа) вызывали такую же контрапрекцию. Но, к на-

шему облегчению, редакция вначале поставила знак вопроса, а затем сняла «темное царство». Необходимыми являются не раздаваемые оценки, а точно сформулированные вопросы, не дающие уйти в сторону по ходу ответа. Оценки следует предоставить читателям. Формулировка вопросов — основной, с первого шага, манипуля-

тивный прием пропагандистов, следователей, заказных опросов. Поэтому, отвечая, надо это сразу ясно показывать. Предложение руководству РОП прокомментировать это интервью не встретило отклика, вопреки естественной необходимости ответа на его содержание, но гарантировало, что они его прочли.

«Лже-Габышев первый»

8 ноября в годовщину Октябрьского переворота¹, и после 4 ноября — нового праздника «День единения», выбранного как воплощение его значения в названии оперы «Жизнь за царя», из Екатеринбурга поступило сообщение, озвученное на «Эхе Москвы», «о задержании со справкой из ПНД Александра Габышева, называющего себя якутским шаманом, который собирался устроить поход на Москву, чтобы изгнать из Кремля Путина». Вечером это сообщение было повторено в более развернутом виде плохо информированным человеком, который повторил, в частности, грубое смысловое смещение: в действительности, речь всегда шла о том, чтобы «изгнать злой дух из Путина».

Услышав это сообщение, мы сразу посмеялись, что дело дошло до такой степени суеверно-

сти, что легко допустили саму возможность, видимо, колдовским, магическим образом перенестись на несколько тысяч километров из Новосибирска в Екатеринбург, и только потом предположили, что это сознательная провокация или мистификация. Тем не менее, адвокат Алексей Прянишников обзвонил все психиатрические учреждения Екатеринбурга.

Это следствие переусердствования в засекречивании даже остатков элементарно доступной информации.

И это, в сущности, комическое происшествие, тем не менее, выясвило настроенность общества в унисон с шаманом и вероятность появления «лже-Габышева второго» с походом на Москву в память 1612 года из-за игнорирования вятского кваса.

¹ Именно «переворотом» именовали это событие и В. И. Ленин, и Л. Д. Троцкий.

Рекомендуем

Карл Ясперс.

Великие философы.

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

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

ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ТВОРЧЕСТВО

Перевоплощение Петра Белова (1929 – 1988)

Главный художник театра советских войск в Румынии (1953 – 1955), Московского областного театра юного зрителя (1957 – 1967), Московского драматического театра им. Н. В. Гоголя (1967 – 1974), Центрального академического театра Советской Армии (1974 – 1988).

«Поразительные вещи происходят с близкими людьми. Театрального художника Петра Белова я знал много лет, ходил к нему в гости, дружил с его семьей, работал вместе с ним в театре. Жизнь, казалось, не сулила никаких неожиданностей и поворотов. Она катилась в заданном направлении, как у многих вполне благополучных советских художников. Потом Белов тяжело заболел, инфаркт, попал, как у нас говорят, «на

реабилитацию». Он вышел из больницы другим человеком. Кажется, даже изменились его глаза, сдвинулись жизненные ориентиры, установилась какая-то иная шкала ценностей. Каждому из нас однажды подается весть, да не каждый слышит. Петр Белов рассыпал.

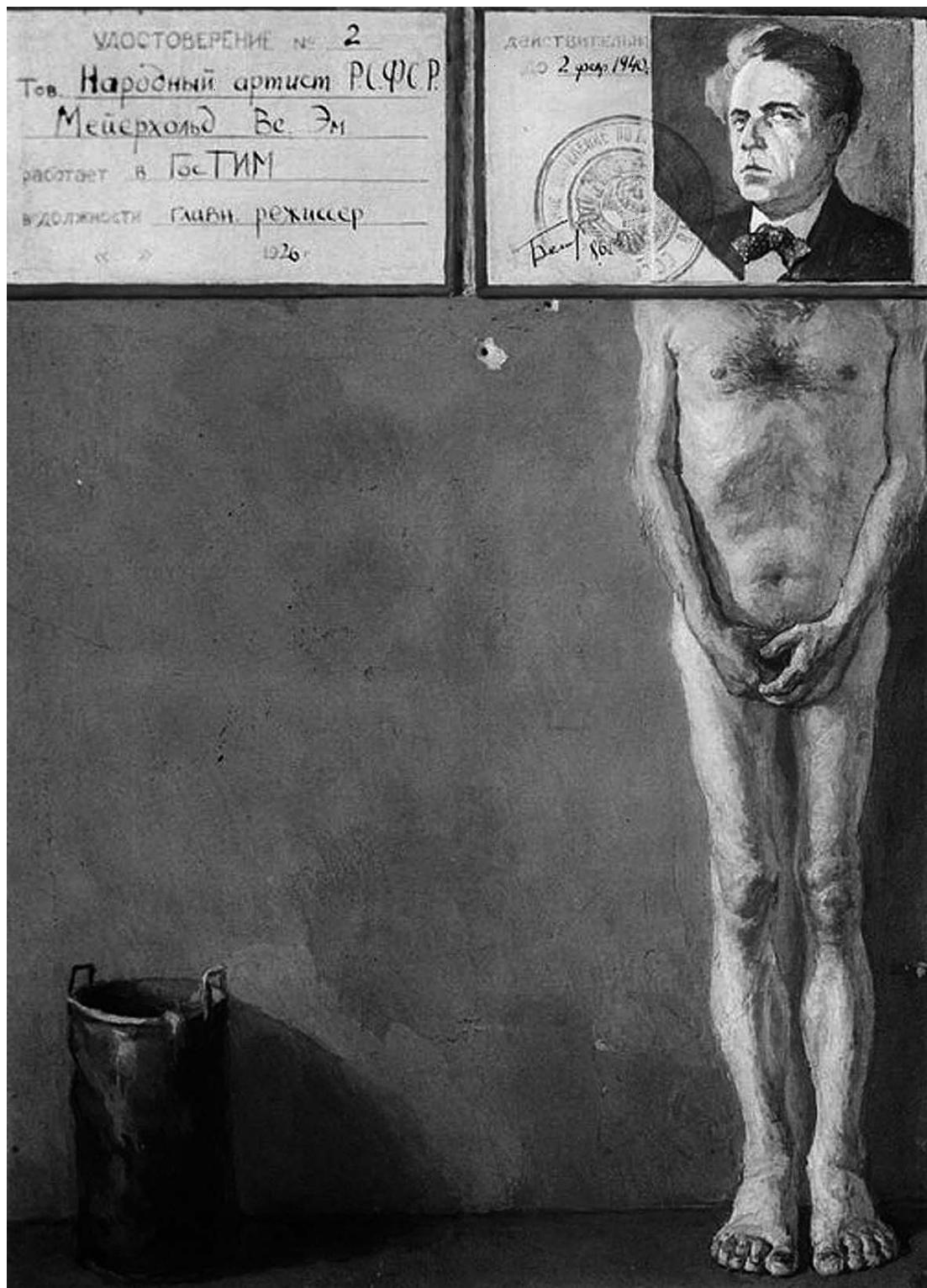
Знаменитый теперь цикл живописных работ, созданный им в последние годы жизни, был начат, если быть точным, за несколько месяцев до болезни (1985)»¹.

Анатолий Смелянский

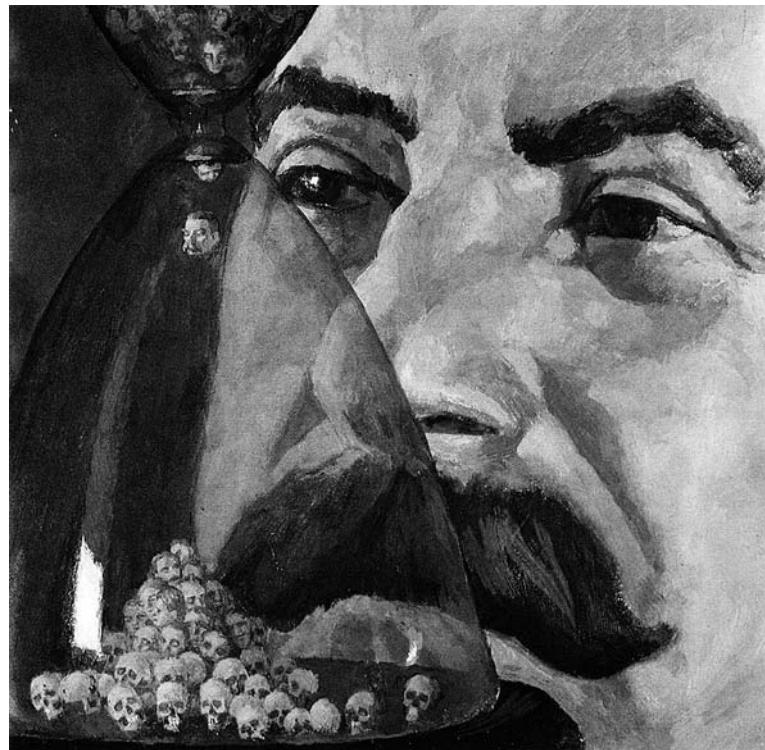
¹ Анатолий Смелянский. «Перевоплощение Петра Белова». — М., 1989.



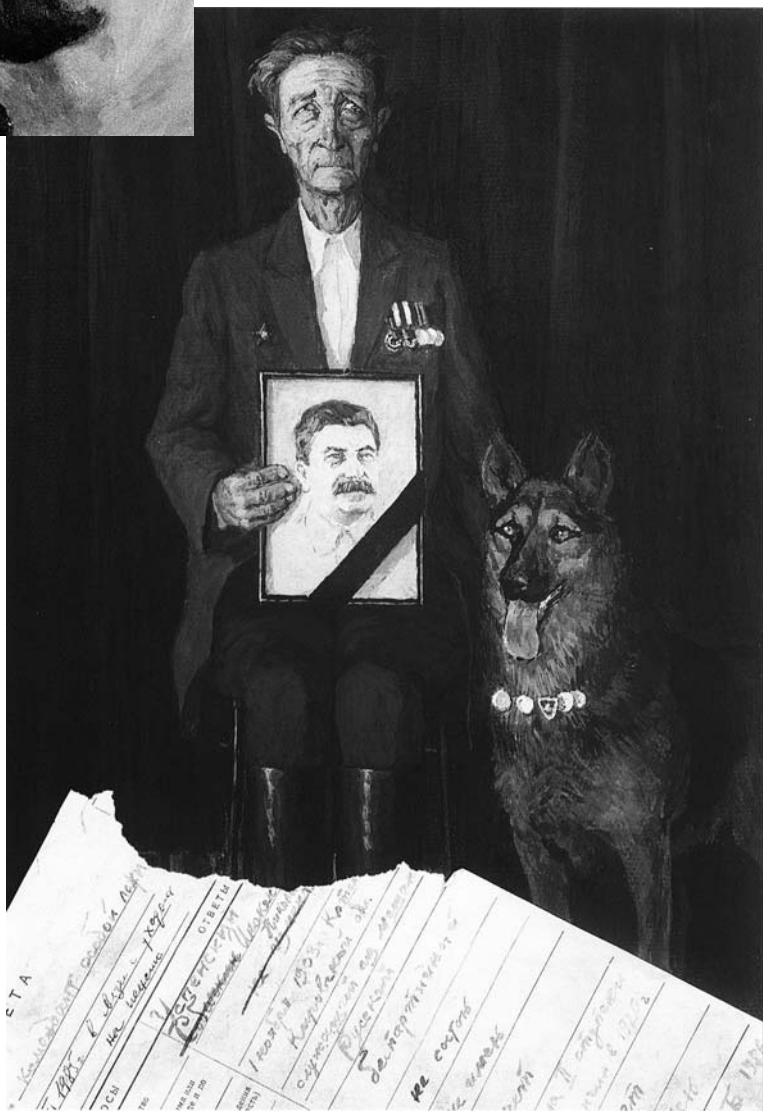
Беломорканал. 1985 г.



Мейерхольд. 1986 г.

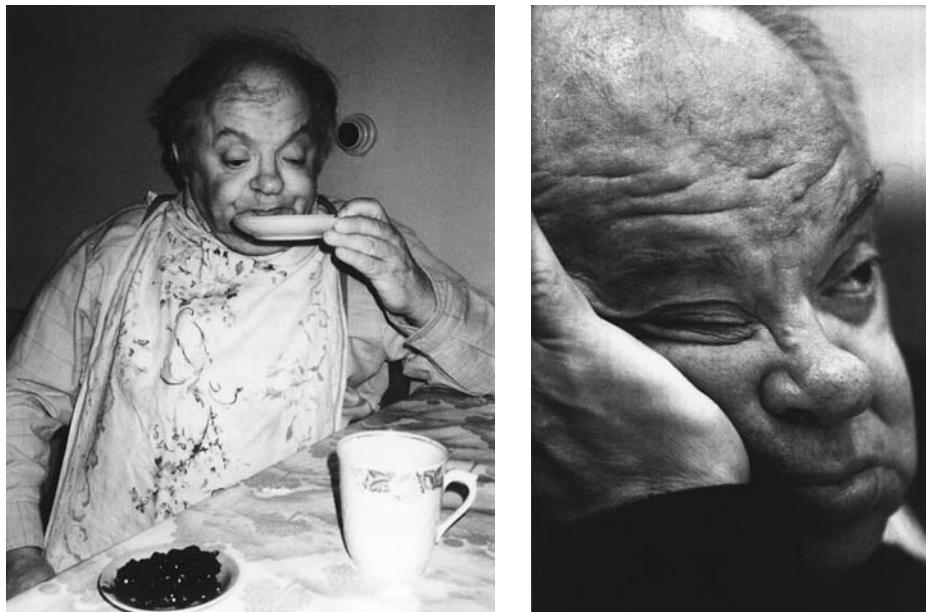


Песочные часы. 1987 г.



Комендант особой ложки. 1986 г.

Наум Коржавин (1925 – 2018)



За успех нашего безнадежного дела!

Советская действительность превратила простодушного чудака киевлянина Эмку Манделя в разоблачающего ее поэта Наума Коржавина в ярко своеобразном ключе. За свои стихи и непринужденное свободное поведение в 1948 г. он провел два месяца на судебно-психиатрической экспертизе в Институте судебной психиатрии им. В. П. Сербского, был признан психически здоровым и, как «социально опасный элемент», «за чтение стихов идеологически невыдержанного содержания» был отправлен в ссылку. В 1954 г. амнистирован. К своим стихам относился неслыханно небрежно, не хранил, не пытался печатать, а наговаривал экспромтом, их сохранило окружение, которое — в лице самых чтимых наших поэтов и литературоведов — ценило их как выдающееся культурное явление. Его стихи циркулировали в самиздате. Единственный в СССР сборник его стихов вышел в 1963 г. Атмосфера 1970-х была так накалена, что его фактически вынудили в 1973 г. эмигрировать в США. С января 1989 г. ежегодно приезжал в Москву. В 2016 г. награжден Российской национальной премией «ПОЭТ».

ДВА СТИХОТВОРЕНИЯ

Ах ты, жизнь моя — морок и месиво.
След кровавый — круги на воде.
Как мы жили! Как прыгали весело —
Карасями на сковороде.

Из огня — в небеса ледовитые.
Нас прожгло. А иных и сожгло.
Дураки, кто теперь нам завидует,
Что при нас посторонним тепло.

Подонки

Вошли и сели за столом.
Им грош цена, но мы не пьем.
Веселье наше вмиг скосило.
Юнцы, молодчики, шпана,
Тут знают все: им грош цена,
Но все молчат: за ними — сила.

Какая сила, в чем она?
Я ж говорю: им грош цена.
Да, видно, жизнь подобна бреду,
Пусть презираем мы таких,—
Но все ж мы думаем о них,
А это тоже — их победа.

Они уселись и сидят.
Хоть знают, как на нихглядят —
Вокруг и всюду все другие.
Их очень много стало вдруг.
Они средь муз и средь наук,
Везде, где бьется мысль России.

Они бездарны, как беда.
Зато уверены всегда,
Несут бездарность словно Знамя.
У нас в идеях разнобой,
Они ж всегда верны одной
Простой и ясной — править нами.

НЕКРОЛОГИ

Ушла из жизни Наталья Дмитриевна Букреева

19 октября 2021 г. на 70-м году жизни скончалась Наталья Дмитриевна Букреева — доктор медицинских наук, одна из видных организаторов здравоохранения в области психиатрии, на протяжении 18 лет возглавлявшая научно-организационный отдел НМИЦ ПН им. В. П. Сербского Минздрава России.

Наталья Дмитриевна Букреева была специалистом высочайшей подготовки, активно ведущей ведомственную и межведомственную работу, что определило ее огромный вклад, как в деятельность Центра, так и в развитие современного научно-практического направления — стандартизации и организации оказания психиатрической помощи.

Научная деятельность Н. Д. Букреевой была направлена на реализацию социально значимых проектов и программ по охране психического здоровья граждан.

Ею было опубликовано более 65 научных работ, в том числе 20 методических рекомендаций.

В 1990 г. Н. Д. Букреева была награждена национальным знаком «Отличник здравоохранения» Министерства здравоохранения СССР, а в 2007 году ей было присвоено почетное звание «Заслуженный врач Российской Федерации». В 2021 году Н. Д. Букреева была представлена к награждению медалью ордена «За заслуги перед Отечеством» II степени.

Н. Д. Букреева была чрезвычайно ответственным и требовательным руководителем, как к себе, так и к сотрудникам отдела.

Российское общество психиатров выражает глубокие соболезнования семье и близким.

Независимая психиатрическая ассоциация России присоединяется к высокой оценке вклада Натальи Дмитриевны Букреевой в организацию психиатрической помощи в нашей стране, достойного научного уровня ее докладов, работ и предложений.



Мы гордимся тем, что такой профессионал, как она, в 1990 г. в составе трех ведущих специалистов Кемерова, вместе с главным врачом Г. Г. Платоновым и зав. кафедрой А. А. Корниловым вступила в ряды нашей Ассоциации.

Наши соболезнования родным и близким.

От НПА России — Ю. С. Савенко

Владимир Николаевич Козырев (1937 – 2021) — выдающийся пример 18-летнего плодотворного сотрудничества с НПА России



23 октября, спустя две недели после своего 84-летия, ушел из жизни выдающийся деятель организации московского здравоохранения на протяжении 36 лет (1974 – 2010), из которых 22 года организатор психиатрической службы (1988 – 2010), заслуженный врач России, доктор медицинских наук, профессор В. Н. Козырев.

Владимир Николаевич — выходец из Астрахани, где окончил медицинский институт, клиническую ординатуру на кафедре психиатрии выдающегося профессора Абрама Мироновича Халецкого. Еще на шестом курсе получил золотую медаль на Всесоюзном конкурсе студенческих работ за исследование, выполненное на базе трех кафедр: микробиологии, биохимии и психиатрии. Первый опыт практической работы психиатра в Астрахани продолжил в Элисте в качестве зачинателя первого республиканского ПНД со стационаром, а затем зав. отделением Московской областной психиатрической больницы им. В. И. Яковенко. В 1966 г. он — зав. отделением, а затем заместитель главного врача самой передовой в то время, богатой организационными новациями Московской областной психиатрической больницы № 9 в Яхроме, а с 1971 г. — главный врач Московской психиатрической больницы № 5 в Троицке-Антропове, осуществлявшей принудительное лечение общего типа. За три года его принципиально нового стиля руководства больница преобразилась — гуманизировалась, кардинально улучшив содержание

ние больных, техническое оснащение больницы и умножив направления ее деятельности.

Последующие 12 лет (1974 – 1986) он был первым заместителем начальника Главного управления здравоохранения Мосгорисполкома и после краткого пребывания старшим научным сотрудником Института им. В. П. Сербского в течение 22 лет (1988 – 2010) возглавлял психиатрическую клиническую больницу № 1 (с 1992 г. им. В. П. Кащенко, а с 1994 г. им. Н. А. Алексеева), являясь также главным психиатром и наркологом Москвы. И здесь он развернул на редкость активную разностороннюю деятельность, организовав ряд новых профильных отделений, в частности, уникальное — для пограничных состояний пожилого и старческого возраста, центр нетрадиционных методов лечения, амбулаторное клинико-диагностическое отделение с различными консультативными кабинетами, гинекологической службой, блоком гипербарической оксигенации, службами лечебной физкультуры, функциональной диагностики. В результате в больницу, ставшую одним из самых передовых психиатрических учреждений страны, посещали многочисленные делегации коллег из России, стран ближнего и дальнего зарубежья.

В 1983 году Владимир Николаевич защитил кандидатскую диссертацию в НИИ общей и судебной психиатрии им. В. П. Сербского, в 2001 году — докторскую диссертацию «Модели интеграции психиатрической службы в систему

медицинской помощи населению». Разработанные В. Н. Козыревым новые формы и методы организации специализированной психиатрической помощи нашли широкое применение в практическом здравоохранении Москвы. Все это сказалось на создании полноценной «терапевтической среды» в больнице, многообразии форм арт-терапии, групповой психотерапии, терапии занятостью. Восхищение вызывала даже организация питания больных: количество и разнообразие диетических столов и блюд. Владимир Николаевич сумел с большим тактом отнестись к духовным потребностям пациентов больницы, в частности, восстановив православную молельню.

Но В. Н. был еще замечательным педагогом, лектором, автором 64 научных и учебно-методических работ, был участником многих конференций и съездов. Он преподавал в Московской медицинской академии им. И. М. Сеченова на кафедре психиатрии и психосоматики и на кафедре социальной и судебной психиатрии, читал курс лекций по общей психиатрии для слушателей ФППО.

Владимир Николаевич был президентом Московской медицинской ассоциации, членом президиумов Российского и Московского обществ псиhiатров и наркологов, членом редколлегий четырех ведущих психиатрических журналов. Был награждён орденом «Знак Почета». (Данные собраны Международным биографическим центром).

Особо следует отметить, что — наряду с сотрудничеством с академическим институтом психиатрии, в частности, акад. А. Б. Смулевичем, Владимир Николаевич активно сотрудничал и с НПА России. Знаменательно, что начало этому положила моя остро критическая работа «Экстерьер и интерьер больницы П. П. Кащенко», взбудоражившая сотрудников больницы. Но

Владимир Николаевич пригласил меня и после обстоятельной прощупывающей меня откровенной беседы начал полноценное уважительное сотрудничество. Он многократно предоставлял для конференций НПА актовый зал клуба больницы, принимал в них непосредственное участие, как, например, в первых Чтениях Н. П. Бруханского, объединивших нас с ним и А. С. Тиганова, ценил и поддерживал деятельность НПА, лично показывал свои достижения и, невзирая на нашу критическую позицию, шел навстречу всем нашим просьбам, хорошо понимая, что это необходимое условие дальнейшего роста. Он открывал зеленую улицу для знакомства с действительно впечатляющей постановкой дела в отделениях и других службах.

Мы всегда с уважением и благодарностью вспоминаем эти 18 лет нашего продуктивного сотрудничества и плодов его творческого открытого гуманного стиля руководства и распространения новаций своей больницы на психиатрические службы всей столицы. — Это достойный пример решительного преимущества выбранного им курса, курса «доктрины человеческих отношений», которую в свое время психиатрия внесла даже в производство. За 5 лет до смерти его жизнь была омрачена судебным процессом из-за собственного сына.

Благодарная память о Владимире Николаевиче сотрудникам больницы, когда он был прикован к постели длительной болезнью, выразилась в регулярных посещениях его многолетним помощником Аркадием Липовичем Шмиловичем до самого последнего времени. Не только в нашей памяти Владимир Николаевич останется навсегда образцом замечательного организатора психиатрической службы и благородного человека.

Ю. С. Савенко

РЕКОМЕНДАЦИИ

- Рохмистров В. Г. Парменид «О природе». Философское прочтение. СПб., 2021.*
- Айлен Бергер В. Время магов. Великое десятилетие философии 1919 – 1929 гг. (В. Беньямин, Л. Витгенштейн, Э. Кассирер, М. Хайдеггер, их спор о сущности человека). М., 2021.*
- Хакер П. М. С. Витгенштейн о человеческой природе. М., 2022.*
- Арендт Ханна. Карл Ясперс. Письма 1926 – 1969 гг. (761 с.). М., 2021 (Переписка учителя-ученика, перешедшая в тесную дружбу. Эти письма показывают не только то, как жили, мыслили и работали оба философа, но и то, как они воспринимали послевоенные годы).*
- Фай Эмманюэль. Хайдеггер, введение нацизма в философию. М., 2021*
- Дарендорф Ральф. Соблазны несвободы. Интеллектуалы во времена испытаний. М., 2021*

* * *

- Гельман В. Авторитарная Россия. Бегство от свободы или почему у нас не приживается демократия. М., 2021.*
- Лойдхойссер-Шнэрренбергер Сабина. Страх съедает свободу. Почему мы должны защищать свои права. М., 2021.*
- Демонтаж коммунизма. Тридцать лет спустя. «Новое литературное обозрение». М., 2021.*
- Боровой Алексей. Личность и общество в анархистском мировоззрении. М., 2021 (Выдающийся ученый-энциклопедист (1875 – 1935). Продолжатель идей Петра Кропоткина)*

* * *

- Кэмбелл А., Г. Джиллетти, Г. Джонс. Медицинская этика. М., 2021.*
- Психоневрология в художественной литературе. Сост. Ю. И. Строев, А. Н. Чурилов. М., 2021.*
- Саломе Лу. Эротика. М., 2022. (Психоаналитические работы и циклы воспоминаний о Ницше, Рильке и Фрейде).*
- Лукетсос К., Рэбинс П., Липс Р., Славни Ф. (ред.) Психиатрические аспекты неврологических заболеваний. Подходы к ведению больных. М., 2019.*
- Лагман Питер. Почему дети убивают? М., 2021*

* * *

- Зеленина Г. Изгои средневековья. «Черные мифы» и религиозность. М., 2021.*
- Жаботинский В. Ерейский легион. М., 2021.*
- Белый Андрей. «Все мысли для выхода в свет – закрыты». Дневники 1930-х гг. М., 2021.*
- Курландер Э. Монстры Гитлера. Сверхъестественная история III рейха. СПб., 2021.*
- Заметки о войне на уничтожение. Восточный фронт 1941 – 1942 гг. в записках генерала Хайнрици. СПб., 1921*

* * *

- Кантор Максим. Чертополох и тёрн. В 2-х т. М., 2021.*
- Мунк Эдвард. Дневники и письма. М., 2021.*
- Андрей Белый и Наташа Тургенева. Роман в письмах. Материалы из архива Гётеанума (Дорнах). М., 2020.*
- Галь Нора. Слово живое и мёртвое. От «Маленького принца» до «Корабля дураков», М., 2021.*

* * *

- Лев Мечников на всемирном поприще. Петербург – Париж – Москва. СПб., 2021.*
- Лотреамон. Песни Мальдорора. М., 2021.*
- Коржавин Наум. Все мы несчастные сукины дети. Байки и частушки про Эмку Манделя, собранные Лешей Перским. М., 2017.*
- Сорокин Владимир. Доктор Гарин. М., 2021.*

* * *

- Байтлик Ян. Лабиринты. М., 2019.*

ABSTRACTS

To the 130th anniversary of Grunya Efimovna Sukhareva (1891 – 1981)

The article is dedicated to the memory of the founder of Russian child psychiatry — G. E. Sukhareva, born on November 11, 1891. The main milestones of her professional biography, key positions of her scientific heritage are highlighted. The basic provisions of the «evolutionary-biological concept» of mental illness are considered from modern positions.

Key words: G. E. Sukhareva, ethology, socio-biology, evolutionary-biological concept.

ICD-11 — instruction for destruction of medical specialty «psychiatry»

A. A. Shmilovich

The author expresses his fundamental disagreement with the main provisions of the new international classification (ICD-11), since it is fundamentally different from domestic ideas about mental illness, and argues that attempts to adapt it to Russian reality are doomed to failure. A proposal is put forward to create a national classification based on the traditional categorical clinical, nosological and phenomenological approaches, in the development of which not only leading Russian scientists, but also practicing doctors should take part.

Key words: ICD-11, death of psychiatry, national classification of mental illnesses

Lexicon of modern clinical psychiatry (synonyms, antonyms, polysemy of terminologies)

V. I. Krylov

The article is devoted to the problem of using synonyms and antonyms in psychiatric vocabulary. The issues of various interpretations of psychopathological concepts, the problem of polysemy in psychiatric terminology are discussed. Selective content is presented — an analysis of the definitions of psychopathological symptoms and syndromes in the Russian literature of recent years.

Key words: psychiatric terminology, synonyms, antonyms in psychiatry, the problem of polysemy in psychiatry.

To the theory of psychiatry. going forward, you need to constantly look back (Part 8)

Yu. S. Savenko

The article notes: 1) the role of the features of the modern intellectual and moral climate; 2) ancient origins of ideas about predispositions, potentials, psychopathological diathesis; 3) inability to adequately measure their approaches in rank, scale, coverage and context in multi-valued and multilevel space and time; 4) dependence on scientific fashion, used vocabulary and its understanding.

Key words: theory of psychiatry, predisposition, psychopathological diathesis, biopsychosocial paradigm.

Once again about the negative influence on mental health of the continuous flow of violence, cruelty and aggression on TV screens

Yu. I. Polischuk

Based on the data of the destructive influence of television programs with acts of violence and aggression on the development of children, the author proposes to develop criteria for «permissible concentrations of aggressive television exposure» and introduce warning captions about the presence of cruelty, not just smoking.

Key words: the impact of violence on TV on children, school aggression and violence on TV.

Providing information constituting a medical secret to the relatives of a deceased patient

Yu. N. Argunova

The article considers the novelties of legal regulation concerning the admissibility of familiarization with the medical documents of a deceased person by his close relatives, spouse, as well as other persons in the presence of the person's written consent during his lifetime. The legal position of the Constitutional Court of the Russian Federation is given.

Key words: medical secret.

«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 WPA 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 amer. 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 стационирование — Врач. тайна — О школе Столбунова.
- 1994, IV:** Психоанализ в противоречиях — Биографический метод — Терапия смыслотраты.
- 1995, I:** Валотек. 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 шизофrenии — Психология свидетельских показаний.
- 1995, IV:** Гематол. психоонколог. — 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 гейрофизиология — Психиатрия в III 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 Шнейдер. Религиозная психопатология (1) — Психотерапия — Эксп. “Свид. Иеговы” — Басня о психотр. оружии.
- 1999, II:** Шнейдер (2) — Социальная психиатрия — Психотерапия — Всероссийский семинар к 10-летию НПА.
- 1999, III:** Шнейдер (3) — Тенд. рос. психиатрии — Экспертиза сайентологов — Психотер. sch. — Веро и культура.
- 1999, IV:** Кризис современной психиатрии — ЭЭГ при молитве и голодании — Психиатрия и религия — Дело Платона Обухова — Этика экспертизы — Принуд. леч. огранич. вмениемых.
- 2000, I:** Рилько — 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 сайентологов и иеговистов.
- 2001, II:** Экзистенциальный анализ восприятия князя Мышкина — Психопатол. диатез — О психич. здоровье и состяз. эксп. — Экспансия идеологии на психич. здоровье.
- 2001, III:** Крепелин — Нет — метадону — Признаки упадка психиатрии (1) — Эпическая терапия — Дело Столбунова.
- 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 WPA.
- 2002, IV:** Роршах — Пленарные лекции конгресса WPA — 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 — Демедицинация — 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 — Шизофrenия — О реформе психиатрической помощи — “Обезьянний 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-зее — 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 экспл. — Р-во критики 2 — Кронфельд.
- 2007, III:** Шпет — 15 лет Закону — Мезич — 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 — Опека недееспособных.
- 2008, III:** Навстречу МКБ-11 — Бред и мономания — Опека недееспособных 2 — 2 обезъянний процесс.
- 2008, IV:** Экспл. 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. экспл.
- 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 — Мережеевский — МКБ-11 — Алкогольная ситуация в России — Груле 4.
- 2010, III:** Чехов — Право и этика в рос. психиатрии за 20 лет — Параметричность — Обсессивный синдром — Берце: психология шизофрении 1.
- 2010, IV:** Пирогов — XIII съезд НПА — Антипсихиатрия — О добросовестности иссл. — Берце 2.
- 2011, I:** Мандельштам и ГНЦ им. Сербского — Ануфриев — Кризис науч. рациональности — Берце 3.
- 2011, II:** Дело Бейлиса — Антипсихиатрия — Против унит. концепции депрессии — Берце 4 — Реформа ин-та недееспособности.
- 2011, III:** Павловская сессия — Ипохондрич. р-ва — Алк. галлюцины — 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. абстиненций — Игромания — Клези 2 — Душевнобольной в церкви и обществе — Права недееспособного пациента.
- 2012, II:** IX том Бумке — Шизофrenия — Майер-Гросс — Резидуальная sch — Зоотерапия — Независимость эксперта.

- 2012, III:** А. Н. Бернштейн — Введение в общую психопатологию — Пространство и время — Клэзи — 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 власты. — Трагедия в Раменском.
- 2013, III:** Голодомор. — Дело Брэйвика 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. — Выходящие 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. — Слиянне институтов.
- 2014, III:** Профил. направл. в отеч. пс. О доказат. медицине. Свобода воли в пс. Преодоление sch. шизофрении. Врачебная Конституция. Врачебная тайна. Антипсихиатрия. Наукометрия. Диссиденство. 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. Отн.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. Методоновые программы — позиция России. “Норма” в психиатрии. Цинизм экспертов. Против реформы Кассо. Ошибка Википедии. Европ.конгресс пс. Добросовестн. в науке. Съезд Нац.мед. патал. Условия 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. госпитализаци. Соц.психиатрия. Лев Тарасевич.
- 2015, IV:** Шарко. Эй. Новый метод иссл.смешанных сост. Новые тенд.в наркологии. Реформа изнутри. Бесполезное иссл. Революция 1905 г. XVI съезд пс. России.
- 2016, I:** Чадаев — Цолликановские семинары. — Выготский. — Педофilia. — 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? — Хрониология депрессий на Севере. — Психиатр в субарктич. усл. — психиатрия в политич. целях. — На поводу 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. вменяемость в Беларуси. — ПТСР как опроверг. “ложного диагноза”. — Незаконный перевод в ПНИ. — Психотерапия. — Письмо Баженова.
- 2017, I:** Реформа психиатрии. — Резолюция XV съезда НПА. — Рюмке. — Конгресс ЕАП. — 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 лица псих. — Курт Шнайдер. — Конгресс WPA. — Тонконогий. — Гурович.
- 2018, II:** К. Левин. — Математика. — 3 лица псих. — Эротомания. — Рюмке — ст. 435 УПК РФ. — Конгр. ВПА (обзор). — Этич.ком. РОП. — Г. Серебрякова. — Коморбидн. — Бялик. — Франко.
- 2018, III:** Адлер. — Биопсихосос. модель. — Теория словес. — Отн. к старости. — Рюмке. — Недобров.госпит. по иску прокурора. — Психол. помощь б-ным с религ.пережив.
- 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.здравье. — Интернаты и суицид. — Рюмке. — Обжалов.физич.стеснения. — Право быть инаким. — Констор.чтения. — Оптимизация. — Котиков.
- 2019, II:** 100 лет экзистенциализма. — “Психология мировоззрений” Яспера. — 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. — Первич.мед.пом. и пс. — Суицидология. — Оспаривание пс.д-за. — Европ.комитет против пыток. 1. — Обращ.к презид.о реформе ПНИ. — Рибо. — Бергсон. — Жанэ. — Права не-дееспос. — Якутский шаман. — Пс. в лит-ре. — Буковский.
- 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.деменций — 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

Материалы для публикации присыпать 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