

ISSN 1028-8554

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

**НЕЗАВИСИМЫЙ
ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ**

**INDEPENDENT
PSYCHIATRIC
JOURNAL**

**ВЕСТНИК НПА
IPA HERALD**

II

2022

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**

II

2022

МОСКВА

Издание НПА

Регистрационный номер журнала 0110764

В соответствии с требованиями Минюста РФ, читать всюду «Независимая психиатрическая ассоциация России» как «Общероссийская общественная организация “Независимая психиатрическая ассоциация России”»

МЕЖДУНАРОДНЫЙ
РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ
ПО ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКОЙ
ПСИХИАТРИИ

Альфред Краус (Гейдельберг)
К. В. М.Фулфорд (Варвик)
Майкл Шварц (Бостон)

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Ю. С. Савенко (гл.редактор)

Ю. Н. Аргунова
И. М. Беккер
М. Е. Бурно

Л. Н. Виноградова (зам. гл. ред.)

Б. А. Воскресенский

П. Ю. Завитаев

С. А. Игумнов

В. Е. Каган

В. А. Кажин

В. В. Мотов

Б. Н. Пивень

П. А. Понизовский

В. Д. Тополянский

А. А. Шмилович

INTERNATIONAL
EDITORIAL COUNCIL
ON PHENOMENOLOGICAL
PSYCHIATRY

Alfred Kraus (Heidelberg)
K. W. M. Fulford (Warwick)
Michael Alan Schwartz (Boston)

EDITORIAL BOARD

Yuri Savenko (Editor-in-Chief)

Yulia Argunova
Isaak Bekker
Mark Burno

Liubov Vinogradova

Boris Voskresensky

Peter Zavitaev

Sergey Igumnov

Victor Kagan

Vitaly Kazin

Vladimir Motov

Boris Piven

Pavel Ponizovsky

Victor Topolyansky

Andrey Shmilovich

Сдано в набор 15.06.2022. Подписано в печать 20.06.2022. Формат 60×84 1/8.

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

Заказ № 2022-2-IPA.

Цена свободная

Оригинал-макет подготовлен в издательстве “Фолиум”, 127238, Москва, Дмитровское шоссе, 157

тел./факс: (499) 258-0828, E-mail: npz@folium.ru

Отпечатано в типографии издательства “Фолиум”, 127238, Москва, Дмитровское шоссе, 157

тел./факс: (499) 258-0828.

СОДЕРЖАНИЕ

Карл Ясперс накануне и после нацизма	5
ИЗ КЛАССИЧЕСКОГО НАСЛЕДИЯ	
Карл Ясперс. «Духовная ситуация времени» (1931)	8
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ	
Квалификация депрессивных и тревожных синдромов — Ю. С. Савенко	12
Раздражительность, гнев, дисфория (психопатологическая характеристика и диагностическое значение) — В. И. Крылов (СПб).	21
КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ	
Самоповреждения: мода? Характер? Болезнь? — В. А. Солдаткин, М. Н. Крючкова	30
ПСИХИАТРИЯ И ПРАВО	
Нормы о правах граждан, находящихся в психиатрических стационарах, нуждаются в коррекции — Ю. Н. Аргунова	44
ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА	
Гипобулика экспертов — писать по шаблону	52
ДОКУМЕНТЫ ВРЕМЕНИ	
Советская власть как цель, оправдывающая любые средства	55
«Еврей Зюсс»	56
ОТКЛИКИ, ОБСУЖДЕНИЯ	
Попытка диффамации чужими руками	57
Письмо из ПНИ Смоленской области	58
ПСИХОТЕРАПИЯ	
XXVI Консторумские чтения. Часть 2	59
ИСТОРИЯ	
Арам Григорьевич Галачьян (1897 – 1981). «Прозорливец» и «целитель» Иван Яковлевич	69
Юбилей, которого не было — С. Б. Манышев	78
ВОСПОМИНАНИЯ	
К 60-летию моей профессиональной деятельности. Часть 4 — Ю. С. Савенко	83
ХРОНИКА	
Провокаторское предложение	88
Юбилейная конференция в Санкт-Петербурге	88
Абрамкинские чтения	90
Панихида Андрея Бабушкина	90
Защита прав граждан с психическими расстройствами в фокусе внимания Уполномоченного по правам человека в РФ.	91
Александр Габышев — первый шаг на пути домой	92
Циничное предложение о покупном соавторстве уже реальность	92
ЮБИЛЕЙ	93
ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ТВОРЧЕСТВО	
К 175-летию ареста Тараса Шевченко. Отрывки из запрещенного царской цензурой.	95
А. Хомяков. Кающаяся Россия	99
Плакат для снятия стресса.	100
РЕКОМЕНДАЦИИ.	101
АННОТАЦИИ	102

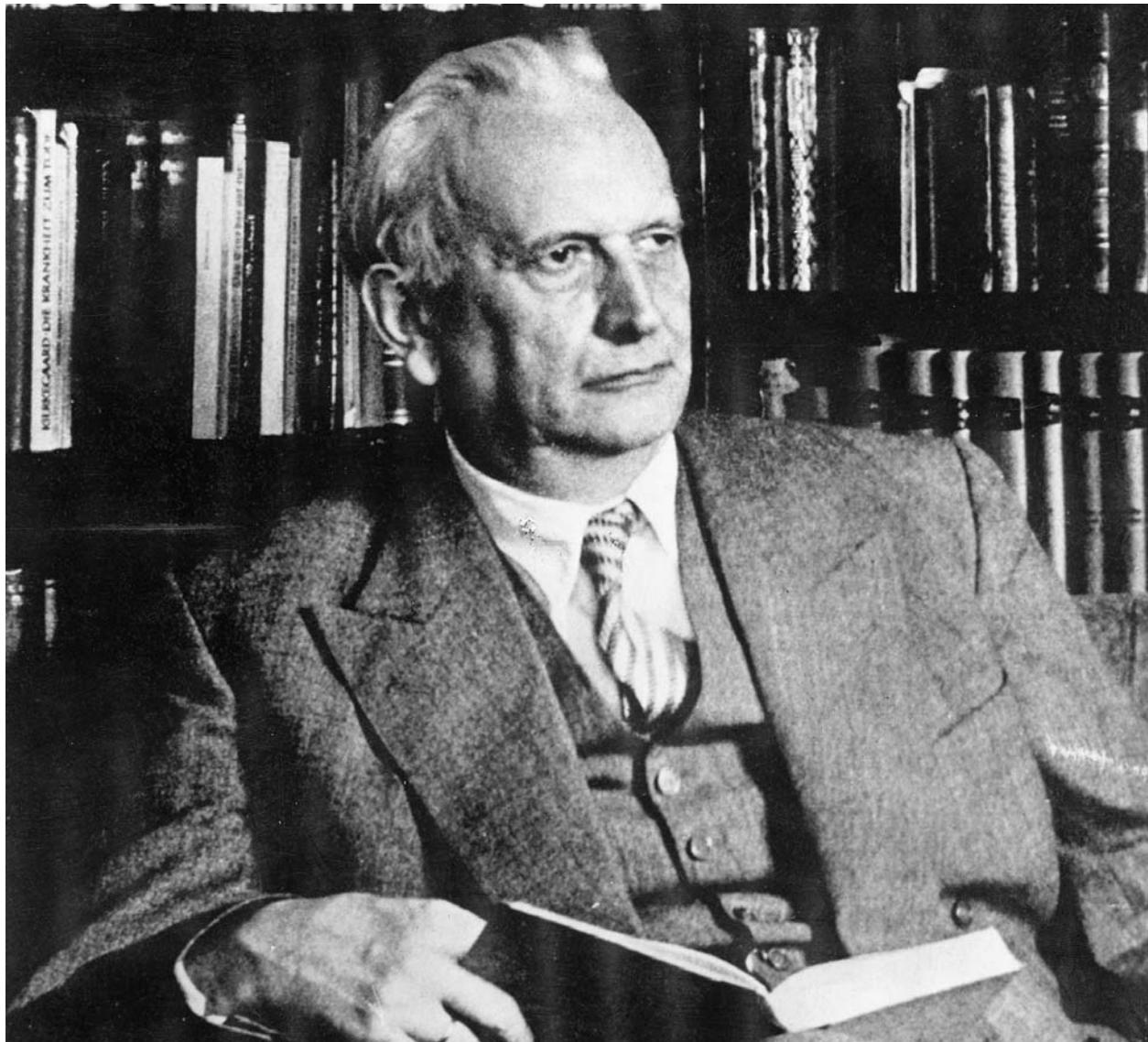
CONTENT

Karl Jaspers before and after nazism	5
FROM THE CLASSIC HERITAGE	
Karl Jaspers. «The Spiritual Situation of the Time» (1931)	8
URGENT PROBLEMS OF PSYCHIATRY	
Qualification of depressive and anxiety syndromes — Yu. S. Savenko	12
Irritability, anger, dysphoria (psychopathological characteristics and diagnostic value) — V. I. Krylov (St. Petersburg)	21
DISCUSSION OF A CLINICAL CASE	
Self-harm: Fashion? Character? Disease? – V. A. Sodatkin, M. N. Kryuchkova (Rostov-on-Don)	30
PSYCHIATRY AND LAW	
Rules on the rights of citizens in psychiatric hospitals need to be corrected — Yu. N. Argunova	44
FROM THE EXPERT'S DOSSIER	
Hypobulic experts — write according to the template	52
DOCUMENTS OF THE EPOCH	
Soviet power as an end justifying any means	55
«Jew Suess»	56
RESPONSES, DISCUSSIONS	
Attempted defamation by proxy	57
Letter from the PNI of the Smolensk region	58
PSYCHOTHERAPY	
XXVI Konstorum Readings. Part 2	59
HISTORY	
Aram Grigoryevich Galachyan (1897 – 1981). «Seer» and «healer» Ivan Yakovlevich	69
Anniversary, which was not — S. B. Manyshev	78
MEMORIES	
To the 60th anniversary of my professional activity. Part 4 — Yu. S. Savenko	83
CHRONICLE	
Provocative proposal	88
Anniversary conference in St. Petersburg	88
Abramkin readings	90
Memorial service for Andrey Babushkin	90
Protection of the rights of citizens with mental disorders in the focus of attention of the Commissioner for Human Rights in the Russian Federation	91
Alexander Gabyshev — the first step on the way home	92
The cynical offer of purchased co-authorship is already a reality	92
ANNIVERSARY	93
PSYCHOPATHOLOGY AND CREATIVITY	
To the 175th anniversary of the arrest of Taras Shevchenko. Excerpts from what was forbidden by the tsarist censorship	95
A. Khomyakov. Penitent Russia	99
Stress relief poster	100
RECOMMENDATIONS	101
ABSTRACTS	102

Карл Ясперс накануне и после нацизма

«Утративший безопасность человек сообщает облик эпохи, будь то в протесте своенравия, в отчаянии нигилизма, в беспомощности многих, не нашедших выхода, или в блужданиях и поисках, отказывающихся от конечной опоры и гармонизирующих соблазнов. Бога нет – таков все растущий возглас масс; тем самым и человек теряет свою ценность, людей уничтожают в любом количестве, поскольку человек — ничто¹».

Карл Ясперс



90 лет прошло со времени знаменитых работ Ясперса, сделавших его одним из выдающихся философов XX века, «Духовная ситуация времени» (1931), (перевод на русский язык только спустя 60 лет, в 1991 г.) и трехтомной «Философии» (1932, пер. 2012 г.), где во втором томе

ввел ставшее классическим понятие «пограничных ситуаций». Это: Смерть, Страдание, Борьба, Вина. И 75 лет со времени работы «Вопрос о виновности» (1946, русск. пер. 1994, спустя полстолетия). Предчувствовал ли и предвидел ли Ясперс угрозу нацизма?

¹ **От редактора.** Понятие Бога, как над-индивидуальной ценности всего священного, всемогущего, как сама Природа, имманентного всем нам, распространяется и на идеалы гражданских религий.

До 1914 года аполитичный Ясперс научился под влиянием Макса Вебера мыслить в масштабах всей нации. «Всемирная история, — так говорил он, — выявляет перед народом, государство которого является Великой державой, особую ответственность, которую он не может избежать, а наша задача — спасти либеральный дух, свободу личной жизни, великие достижения Старого света...». Даже в момент больших успехов немцев он говорил: «Никаких изменений границ, нельзя захватить ни одного квадратного метра...». Он всегда был за разумный мир без всяких претензий... «А при победе русских другие народы не смогут оставаться самими собой при таком режиме... Тоталитаризм не исчезнет сам по себе, а только может изменить форму...». «В 1914 г., когда началась война,... в 1918 г. ..., и снова в 1933 повторилось всеобщее опьянение со всеми признаками массового помешательства. Я не мог себя принудить не презирать в душе каждого, кто принимает участие в этих событиях... В 1933 г. случилось непредвиденное... Толпа потеряла память, насколько возможна своекорыстная, близорукая пассивность, все это стало вдруг возможным... И это не было чем-то новым... за одно неосторожно сказанное слово или поступок можно было попасть в лагерь, на виселицу. На сколько человек может быть чудовищем, духовно одаренный — безумцем, кажущийся хорошим бургом — предателем, порядочный человек — злым... Одновременно стала видимой стойкость одиночек... Это служило гарантией никогда не могущей быть уничтоженной настоящей человечности...».

С 1933 года Ясперса устранили от университетского самоуправления, в 1937-м лишили места профессора, с 1938-го перестали публиковать... Отправка в лагерь жены Ясперса, как еврейки, была запланирована на 14 апреля 1945 года. Супруги держали наготове яд. Но 1 апреля Гейдельберг освободили американцы. В советскую пору Ясперсу пеняли, что он получал пенсию и был обеспечен продовольствием и углем. Но «12 лет мы находились в постоянной опасности, исходящей от гестапо и нацистских властей, контролируя каждый свой поступок и каждое слово, и обвиняя себя в пассивности».

«Вынужденные отвергать свое государство, как государство преступное, и желая его гибели любой ценой, мы обретали покой, разрабатывая самые абстрактные, самые отвлеченные по видимости темы... Работа над **«Философской логикой»** была одним из способов внутреннего самоутверждения», «смелой попыткой построения целостной логики». Необходимость философской логики была продиктована принципиальным отличием философии от науки и охватывала их как этика истины. «Философия требует **иного мышления**», не рационального в категориях, «это не научная позиция, а идея содержания без связи с определенной истиной... Философское содержание указывает направление движения... при помощи исторической действительности... В философии нет истины в целом, а есть правда в исторических образах. Отсюда общность людей невозможна по

отношению к единственной истине, а только благодаря общему влиянию коммуникации... Книга писалась с оглядкой на несправедливость, на зло лжи вывернутой наизнанку правды».

Наряду с этим, с 1938 г. Ясперс впервые обращается к своей знаменитой **«Философской автобиографии»**², а в 1941 – 42 гг. значительно расширяет **«Общую психопатологию»** за счет ее философского фундамента и конкретной психиатрической проблематики. В качестве консультантов-помощников он выбрал Курта Шнейдера и Макса Шелера. Хотя в 1942 г. работа была завершена, 4-ое издание вышло только в конце 1946 г.

В этом же году вышла широко известная работа Ясперса **«Вопрос о виновности»**³ на основе его лекционного курса 1945 – 46 гг. в Гейдельбергском университете, в восстановление которого он вложил все свои силы. Из отверженного он сразу превратился в высоко чтимого и активно выступал как публицист и политический философ. Но уже с другой, чем Макс Вебер, позиции, в значительной мере благодаря тесному сотрудничеству с 1926 г. со своей ученицей, ставшей ближайшим другом, Ханной Арендт. Она, уже гражданка Соединенных Штатов, в 1945 – 47 гг. — годы послевоенного полуголодного существования, буквально спасала Ясперса продуктами посылками.

Но главным было другое, то, что заставило его «с болью в сердце» отказаться от поста министра культуры — Ясперсу стало ясно, что только спустя поколение и благодаря его плану денацификации под контролем американской администрации, Германия воспрянет после своего 12-летнего тоталитаризма. Но американцы отказались «показывать русским пример колониального диктаторского управления». И в 1947 г., получив приглашение в Базель — город Ницше, Ясперс навсегда покинул Германию. В Базеле он прожил еще 20 лет, здесь вышло больше половины его трудов. В 1949 г. публикуются **«История истории и ее цель»**. В 1950 г. он посетил родной Гейдельберг с циклом лекций **«Разум и противоразум в наше время»**. В 1956 г. выходит его книга **«Атомная бомба и будущее человечества»**, в которой, акцентируя возможности мира, выразил непонимание позиции 18 выдающихся физиков-ядерщиков, подписав-

² «Философская автобиография» впервые была переведена на русский язык в 1967 г. Григорием Лещинским по инициативе Ю.С.Савенко и издана НПА в 1995 г. с приложением работы Курта Колле «Ясперс как психопатолог» и ответом на нее Ясперса из монументального издания «Karl Jaspers», hrsg. von P.A.Schilpp (Schttudrart, 1957). Существует несколько позднейших переводов «Философской автобиографии», прежде всего, А.А.Перцева (Екатеринбург, 1991, 1997), — а также несколько авторских текстов на эту тему.

³ «Вопросы виновности. О политической ответственности Германии». Пер. С.Апта. М., 1999. В 1994 г. опубликована в ж. «Знамя», 1, 146 – 168.

ших «Геттингентский манифест» — протест против требования Конрада Аденаура оснастить вооруженные силы ФРГ атомным оружием, считая, что это только ускоряет разрушительный процесс и опасность ядерной атомной бомбы. «Это не только опасность гибели человечества, но и опасность тоталитаризма... Если человечество не хочет погибнуть, государства должны ограничить свою суверенную власть», необходим надгосударственный контроль безопасности — цель образования Лиги Наций после Первой мировой войны.

Виновность и ответственность, о которых идет речь в работах Ясперса 1932 и 1946 гг., это правовые понятия, а не клинико-психопатологический феномен виновности, как осевого переживания депрессии. Это вполне здоровое и нормальное переживание, свидетельство еще не атрофировавшегося или не деформированного этического сознания: «чувство долга и чувство органической над-индивидуальной целостности» (Э. Трёльч, 1926). «Я в своей ситуации несу ответственность за то, что произошло от того, что я не вмешиваюсь; если я могу что-то делать и не делаю, то на мне лежит вина за последствие моего неделания. Следовательно, действую я или не действую, — то и другое имеет последствия, и в обоих случаях я неизбежно оказываюсь виновен» («Философия», кн. 2, с. 251). Эта ответственность и эта вина после Второй мировой войны впервые, по словам Ясперса, распространяется на весь немецкий народ. В том числе и на него самого. Как вина пассивности и молчания в вопросе, который является ключевым, и где необходима предельная ясность, так как без того, ЧТО и КАК говорить и коммуницировать друг с другом, невозможно будет обрести почву под ногами и продвинуться вперед.

Ясперс не отождествляет понятия вины и ответственности. Он выделяет 4 аспекта целостного феномена виновности: **уголовную** виновность и ответственность на основании доказанных в суде фактов, **политическую** виновность и ответственность в силу принадлежности к государству, руководство которого несет уголовную ответственность, невменшательство и даже скрытая враждебность не избавляют от политической ответственности и вины. **Моральная** виновность, но не ответственность — прерогатива суда индивидуальной совести и ее разновидностей: 1) жизни в маске лояльности; 2) лживой совести обманутых; 3) приспособления к режиму; 4) самообману, что став частью режима, его можно изменить; и **метафизическая** виновность — как не-

устранимое общечеловеческое чувство причастности и переживания за зло и несправедливость, творившиеся при мне, при моей инертности.

Таким образом, о коллективной ответственности и виновности народа можно говорить только в политическом смысле этих понятий.

В превосходной, с любовью написанной книге «Карл Ясперс. Путь философа» (СПб., 2018) Ольга Власова забывает о широко распространённом феномене рессентимента, описанного Фридрихом Ницше и самоизвращающем комплексе памяти о своем постыдном участии или неучастии... «Вопрос виновности» (1946) и «Куда движется ФРГ?» (1966) вызвали бурную разноречивую реакцию, включая упреки и оскорблении, что Ясперс — рупор совести — уехал в благополучную Швейцарию. Но только там он мог работать и быть таким рупором. Его прогноз о необходимости нового поколения немцев несколько раз подвергался драматическим испытаниям. Прежде всего, это дело 1962 г. журнала «Шпигель»⁴, главному редактору которого Рудольфу Аугштейну Ясперс в 1965 г. дал знаменитое интервью, которое мы называли его политическим завещанием (НПЖ, 2005, 1; см. также НПЖ, 2013, 1, 5–6), а в 1966 – 67 гг. в «Куда движется ФРГ?» и в «Ответе на критику» написал: «Мы идем по пути, в конце которого не будет ни демократии, ни свободного гражданина». С 1946 г. его не покидало ожидание возможности возобновления войны.

С конца 1970-х, когда немецкая террористическая организация РАФ, аналогичная итальянским «Красным бригадам», лидеры которых вышли из рядов студентов революции 1968 г., держали в страхе все население, наряду с сочувствием и даже помощью им левой интеллигенции — в ситуации рокового выбора между правом на свободу и манией безопасности, один из ведущих либералов-правоведов в правительстве ФРГ (СвДП) Герхард Баум провалил несколько антилиберальных законов (2004 – 2006) (Г. Баум «Спасти права граждан. Свобода или безопасность», М., 2015).

Гарантией свободы является ее непрестанное отстаивание, как в заключительных строках «Fausta» Гете:

«Лишь тот достоин жизни и свободы,
Кто каждый день за них идет на бой».

Ю. С.

⁴ В 1961 г. ГДР соорудила Берлинскую стену, в 1962 г. разразился Карибский кризис, а военный министр ФРГ Франц Йозеф Штраус, типичный силовик, наиболее вероятный претендент на смену 86-летнего канцлера Конрада Аденаура, чуть не был им уволен, но сумел оправдаться на почве общей враждебности к журналу «Шпигель» и доводов, которые Ясперс назвал «мутными», но ставшими основанием для обвинения «Шпигеля» в государственной измене и ареста автора статьи Алерса, главного редактора Аугштейна и др. на более трех месяцев тюрьмы. Только спустя почти три года последняя инстанция полностью оправдала их. Штраус остался на плаву, но пост канцлера был ему навсегда заказан. Канцлером впервые стал социал-демократ Вилли Брандт, что стало началом реальной демократии в Германии, — поколение спустя, как предсказывал Ясперс («Дело «Шпигеля». Пример из германской истории. М., 2003).

ИЗ КЛАССИЧЕСКОГО НАСЛЕДИЯ

Карл Ясперс «Духовная ситуация времени» (1931) (Отрывки)¹

«...Первую обширную критику своего времени ... дал Кьеркегор... Она воспринимается так, как будто написана вчера. Кьеркегор ставит человека перед ничтво. Ницше, не зная Кьеркегора, выступил через несколько десятилетий его последователем. Он предвидел появление европейского нигилизма, неумолимо поставив диагноз своему времени. Оба философа воспринимались современниками как чудаки».

«Через XIX в. проходило по сравнению с Кьеркегором и Ницше более мрачное осознание времени... Гёте мог сказать: «Человечество станет умнее и рассудительнее, но не лучше, счастливее и деятельнее... Я предвижу время, когда человечество не будет больше радовать Бога, и он будет вынужден вновь все разрушить для обновлённого творения...».

Первая мировая война «вдребезги разбила не вызывающее прежде сомнения единство своего действительного существования и знания о нем» в исторически определённой ситуации «отрыва от своих корней» и «потери почвы под ногами». «Высокомерная уверенность, что человек – господин мира, который может по своей воле сделать его наилучшим, превращается во всех открывающихся границах в сознание подавляющей беспомощности» и «еще до осознания возможности ужасного будущего человека... сопровождает никогда ранее неведомый страх... утратить свое витальное бытие, находясь под постоянной угрозой... страх подавляется лишь страхом экзистенции за свое самобытие, заставляющим человека обращаться к религии или философии... Распространилось сознание, что все стало несостоятельным; нет ничего, что не вызывало бы сомнения, ничто подлинное не подтверждается; существует лишь бесконечный круговорот, состоящий во взаимном обмане и самообмане посредством идеологии...».

«Господствует аппарат, превращающий отдельных людей в функции... Масса как толпа не связанных друг с другом людей существовала всегда. Масса как публика — типический продукт определенного исторического этапа... совокупность людей, расставленных внутри аппарата по упорядочению существования... Прекрасный анализ свойств массы как временного единства толпы дал Лебон, определив их как импульсивность, внушаемость, нетерпимость, склонность к изменениям и т.д. Свойство массы в качестве публики состоит в призрачном представлении о своем значении как большого числа людей;... их мнение именуется «общественным мнением», является функцией мнения всех... но всегда иллюзорно и мгновенно исчезает... Расчлененная в аппарате масса бездуховна и бесчеловечна. Она — наличное бытие без существования, суеверие без веры. Она способна все растоптать, ей присуща тенденция не терпеть величия и самостоятельности, воспитывать людей так, чтобы они превращались в муравьев».

Ясперс исходит из кризиса фундамента европейского мира, обнаружившегося с Первой мировой войны. Как и Вебер, он видит его существование не в экономическом, а в духовном кризисе, который пронизывает все сферы человеческой жизни и общества. «Человек как будто растворяется в том, что должно быть лишь средством, а не целью, не говоря уже о смысле. Он не может обрести в этом удовлетворение; ему должно недоставать того, что придает ему ценность и достоинство... Это кризис государственный: если характер правления не ведет к согласию, и оно неустойчиво, неустойчивым становится все. Это кризис культуры, как распад духовности или, наконец, кризис самого человеческого бытия... В действительности сущность кризиса заключается в *недостатке доверия*... Когда все подчиняются, то это лишь расчет, а не доверие... Сегодня невозможно доверять ни вещи, ни должности, ни профессии, ни лицу до того, как обретена уверенность в каждом данном конкретном случае... Существует доверие только в самом маленьком кругу, но недоверие в рамках целого». Система

¹ Мы помещаем эти отрывки, чтобы привлечь к прочтению этой небольшой 286-страничной книги, а не подменить это ими.

описываемых Ясперсом процессов согласуется с аномией Э. Дюркгейма и переворачивает односторонние представления о причинах и следствиях.

«Объединение людей Земли привело к процессу **нивелирования**, на который мы взираем с ужасом. Всеобщим сегодня всегда становится поверхностное, ничтожное и безразличное...; месиво, составленное из понятий Просвещения англосаксонского позитивизма и теологической традиции, господствует на всем земном шаре... Сложившиеся культуры отрываются от своих корней и устремляются в мир технически оснащенной экономики, пустую интеллектуальность... Основным аспектом становится бесконечная мимикрия...»

Существует духовная причина упадка. Формой связи в доверии был **авторитет**. В XIX веке эта форма полностью уничтожена огнем критики. Результатом явился с одной стороны, свойственный человеку цинизм; люди пожимают плечами, видя подлость, которая происходит в больших и малых масштабах и скрывается. С другой стороны, исчезла прочность обязательств в связывающей верности; вялая гуманитарность, в которой утрачена гуманность, оправдывает посредством бессодержательных идеалов самое ничтожное и случайное. После того как произошло расколдовывание мира, мы осознаем разбожествление мира, нет больше непререкаемых законов свободы и ее место занимают порядок, желание не быть помехой. Истинный авторитет заняли только несвобода и насилие... Критика всегда служит условием того, что могло бы произойти, но созидать она неспособна. Некогда положительная жизненная сила, она сегодня рассеялась и распалась; она направляет свое острье даже против самой себя и ведет в бездну случайного...»

«В настоящее время возникло специфическое **ощущение беспомощности**. Как человеку удается приспособиться к этому и выйти из этого положения, встав над ним, - является основным вопросом современной ситуации... Сущностные решения каждого человека делаются действительностью лишь в зависимости от характера власти... Конкретное содержание государства составляет свобода в выполнении человеком многообразия профессиональных идеалов... Будущее полностью зависит от политической и педагогической деятельности... либо государство овладевает воспитанием, незаметно и насилиственно формируя его в своих целях. Тогда возникает единообразное воспитание, парализующее духовную свободу. Основные убеждения фиксируются в виде определенного верования и вместе с сознанием и умением вкотачиваются как способ чувствования и оценки. То, что происходит

при большевизме и фашизме и сообщается об уменьшении свободы в Америке, конечно, весьма отличается друг от друга, но общим является типизация человека...»

Остается возможность новой войны, более страшной, чем все предыдущие, которая приведет к уничтожению населения современной Европы²...».

«Однако, политики, основывающиеся на историческом осознании целого, уже сегодня увидели бы не интересы каждого отдельного государства, а будущие интересы человеческого бытия, которые неопределенно вырисовываются в противоречиях между западными странами и Азией, между европейской свободой и русским фанатизмом... Того, кто отказался бы от внутренней готовности к физической борьбе, в конечном счете ждет гибель... Пацифистские аргументы умалчивают о том, что означает жить в рабстве и подчиняться требованию не оказывать сопротивление...».

«*Проблема радости труда*. Минимум счастья заключается в радости, доставляемой трудом, без чего человек, в конце концов, теряет всякие силы. Поэтому сохранение данного ощущения составляет основную проблему технического мира... повсюду, где человеку лишь предоставляется работа, которую ему надлежит выполнить, проблема бытия человека и бытия в труде является решающей для каждого. Собственная жизнь обретает новый вес, радость труда становится относительной. Аппарат навязывает все большему числу людей эту форму существования. Однако для существования всех необходимы и такие профессии, где невозможно гарантировать работу в ее сущностных аспектах посредством задания и объективно измерить фактическое его выполнение. То, что делает врач, учитель, священник и т.п., нельзя рационализировать по существу его деятельности, так как это относится к экзистенциальному существованию. В этих профессиях, служащих человеческой индивидуальности, результатом воздействия технического мира явился, несмотря на рост умения специалистов и расширения их деятельности, упадок практического применения их профессий... В настоящее время сопротивление человека, борющегося за подлинное выполнение своего профессионального долга, еще рассеянно и бессильно; оно кажется неудержимым падением.

Примером может служить **изменение в врачебной практике**. В медицине наблюдается рациональное обслуживание больных, специ-

² Выделение редактора.

альное наблюдение в институтах, болезнь делится на части, и больной передается в различные медицинские инстанции, которые перенаправляют его друг другу. Однако именно таким образом больной лишается врача. Предпосылкой служит мнение, что и лечение дело простое. Врачи в поликлинике приучают к любезности, личное доверие к врачу заменяют доверием к институту. Но врача и больного нельзя ввести в конвейер организации... огромное предприятие по врачебной деятельности все более находит свое выражение в учреждениях, бюрократических инстанциях, материальных успехах. Склонность большинства пациентов ко всем новым способам лечения какого-либо заболевания совпадает со стремлением к организации у технически мыслящих массовых людей, которые с ложной, обычно основанной на политических соображениях патетикой обещают всем даровать здоровье. Заботу об индивиде вытесняет деятельность технически оборудованных медицинских специальностей. Если этот путь будет пройден до конца, то тип действительно сведущего в вопросах воспитания и науки врача, который только говорит о личной ответственности, но и ощущает ее и поэтому может курировать лишь небольшое число людей и помочь им, по-видимому вымирает. Вместо преисполненной человечности профессии выступает радость технически выполненного задания...

Государственная организация медицины начинает страдать от злоупотреблений... Больной человек все меньше может доверять основательности, разумности и ясности лечения единственным, уделяющим ему полное внимание врачом. Больной больше не находит то, на что он вправе надеяться, если настоящих врачей больше не существует, ибо аппарат, который пытался использовать в массовом порядке, сделал единственность их практики невозможной...

Трудности преодолеваются посредством насилиственных правил или в покорности бездумного послушания... На поворотных пунктах существования, когда возникает вопрос, ведет ли путь к новообразованию или гибели, вынести решение может лишь тот человек, который по сути своей может взять в свои руки бразды правления, действуя и не считаясь с волей массы.

Господство становится у массовой организации призрачным и невидимым... Повсюду существуют различные виды коррупции в интересах частных лиц. Молчаливая осведомленность всех участников позволяет сохранять ее. Никто не берет на себя подлинную ответственность; делается вид, что один человек решить вопрос не может, действуют различные инстанции, контроль, решение комиссии — одни сваливают решение

на других... Это авторитет метода в качестве упорядочения, которое освящено видимостью интереса целого... Каждый человек — лишь колесико...».

Ясперс коснулся и **кризиса науки**, который состоит «не в границах их умения, а в сознании их смысла», и жестко проанализировал его, прозревая предстоящую ситуацию. «Там, где знание, лишенное целостного мировоззрения, лишь правильно, оно ценится по своей технической пригодности... Кажется, что наука выходит за пределы того что способен постигнуть человек... Объем доступного знания всегда был таков, что никто не мог полностью им овладеть... Тот факт, что сегодня повсюду ищутся корни, пробуются и сталкиваются друг с другом теоретические принципы в их многообразных возможностях, вызывает у дилетантов сомнения. Там, где вообще нет больше твердой точки, знаемое, по их мнению, висит в воздухе. Однако так воспринимает познание лишь тот, кто в нем не участвует... сохрания в новом смысле достигнутое...

Не имманентное развитие науки **объясняет кризис, а лишь человек, которого затрагивает научная ситуация**. Не наука сама по себе, а он сам в ней находится в состоянии кризиса. Историко-социологическая причина этого кризиса заключена в массовом существовании. Факт **превращения свободного исследования отдельных людей в научное предприятие** привел к тому, что каждый считает себя способным в нем участвовать, если он только обладает рассудком и прилежанием. Возникает слой плебеев от науки; они создают в своих работах пустые аналогии, выдавая себя за исследователей, приводят любые установления, подсчеты, описания и объявляют их эмпирической наукой. Бесконечность принятых точек зрения, в результате чего все чаще люди друг друга не понимают, — лишь следствие того, что каждый безответственно смеет высказывать свое мнение, которое он вымучил, чтобы также иметь значение. Все стремятся «поставить на обсуждение» все, что приходит в голову. Огромное количество печатной научной продукции становится, наконец, в ряде областей выставкой хаотического потока... Результатом всего этого является сознание бессмыслицы... Процесс духовного самоопускания науки идет на пользу механизированному существованию масс...

В массовом существовании высших учебных заведений проявляется тенденция уничтожить науку как науку. Она должна приспособиться к требованиям массы, которая заинтересована только в практической цели... Без риска к свободе не может быть заложена основа возможности самостоятельного мышления. В ре-

зультате остается виртуозная техническая специализация, и, пожалуй, большие знания; решающим становится тип ученого, а не исследователя. То, что начинают считать это одним и тем же является симптомом упадка.

Подлинная наука является **аристократическим занятием** тех, кто сам посвящает себя этому... Это никогда и не было делом толпы.

Поэтому сегодня в мире установилось **искажение смысла науки...**

В нашу эпоху царит вера в науку... эта вера является суеверием... суррогатом подлинной веры... Вера в положение рассудочного мышления, как догмы, которые считаются абсолютно правильными — это суеверие, силе которого подчиняются почти все, в том числе и ученые... Научное суеверие легко оборачивается во враждебность науке... оно родственно мошенничеству. Суеверие, противостоящее науке, принимает, в свою очередь форму науки в качестве подлинной науки в отличие от школьной науки. Астрология, изгнание болезней заклинаниями, теософия, спиритизм, ясновидение, оккультизм и прочее привносят туман в нашу эпоху. Эта сила сегодня встречается во всех партиях и мировоззренчески выраженных точках зрения. Коммуникация становится невозможной в тумане этого носящего сумятицу суеверия, уничтожающего возможность, как подлинного знания, так и действительной веры... Марксизм, психоанализ и расовая теория способны уничтожить что ценно в человеке... это его свобода... Сущность свободы — борьба, она стремится не к успокоению, а к обострению, ни к невмешательству, а к очевидности. В человеке идет тайная борьба между во-

лей, ищущей решения о своем бытии, и волей, отказывающейся от борьбы и стремящейся лишь продолжать утвердившееся существование». Ясперс рисует образ софиста, как «грозного анонимного предзнаменования судьбы человека в будущем, которое может быть описано только как непрерывное изменение». Перебирая мрачные перспективы — исчерпание энергетических ресурсов, грядущее охлаждение планеты, угасание жизни, конца культуры, перенаселенность, отрицательный отбор, изнашивание людей на производстве... «превращение людей в функцию огромного аппарата, который создает общее нивелирование: не нужны ни люди высокого ранга, ни необычное — нужно только усредненное». Ясперс задается вопросом «для какого настоящего я хочу жить?» Но напряженное противостояние «страстной тяги к авторитету, который гарантировал бы порядок» и свободой, хотя «большинство людей испытывают страх перед свободой самого бытия», может привести к «концентрации сил на краю гибели, к тому, что возникает независимый человек носитель «недопускающего завершения духа солидарности перед возможностью ничто»... Это «основной вопрос времени».

«Для независимости остается только один путь — никогда не отказываться от скепсиса по отношению ко всему объективно фиксированному... Ощутить суровость действительности — единственный путь, который ведет к себе. Поэтому этот заключается в том, чтобы жить вместе с другими внутри аппарата власти, не давая ему поглотить себя».

Рекомендуем!

Переписка С. Л. Франка и Л. Бинсангера (1934 – 1950)
Москва, 2021

Выдающийся документ дружбы и интеллектуального общения двух мыслителей первого ряда — русского религиозного философа, автора «Непостижимого» и швейцарского психиатра, создателя дазайн-анализа, синтезировавшего идеи Фрейда, Гуссерля и Хайдеггера, но преодолевшего систему последнего благодаря Франку.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ

Квалификация депрессивных и тревожных синдромов

Ю. С. Савенко

Работа вносит новое представление в таксономию аффективных синдромов: в качестве ядерных психотических синдромов рассматриваются меланхолический и маниакальный, а также тревожный, который является промежуточным, «транзитным, застывшим в неустойчивости синдромом», который выражает опосредованный в ряде случаев взаимный переход депрессивных и маниакальных синдромов.

Ключевые слова: таксономия аффективных синдромов, тревожный психотический синдром, критерии психотического уровня для депрессивных и тревожных синдромов.

Казалось бы, хорошо известно, что самые простые вещи — самые сложные. Это связано с нашей неискоренимой инерцией, **иллюзией исчерпанности общепринятых представлений**, даже пренебрежительным отношением, хотя это часто знаменитый «детский вопрос».

Что такое «депрессия» для психиатра, как он понимает и выражает ее существо, как она определяется в словарях, руководствах, у классиков этой проблематики — вопрос, ответом на который является выразительная, исторически и предметно связанная опора на то, что представляется основным и главным.

Это, прежде всего, запечатленная в самом именовании «депрессия», — тотальная подавленность, замедленность и обедненность, как всего переживаемого, так и реального поведения и продуктивности в явном противоречии с ее сохранным потенциалом, что обнаруживается спустя определенный срок. Словно невидимый груз внутри и снаружи заполняет всю атмосферу, все пространство и перспективу существования, когда угнетается все, от ощущений до понятливости, от моторной ловкости до продуктивности любого рода. Все делается тусклым, пресным, все обесценивается в едином нерасчлененном ключе как нечто **органически и стилистически целое**, как ощущение и страх Гоголя быть похороненным заживо.

Клиническое значение это приобретает, когда выражается в характере и качестве исполнения повседневной деятельности, значительной затрудненности всего, что выходит за ее пределы, при наиболее длительно сохраняющейся профессиональной деятельности. Это всегда сопровождается объективными показателями биологического уровня. Говоря о депрессии, следует оперировать всем этим целым, а не по-элементным подходом, который практиковался в совет-

ские времена, например, в отношении триады психогенных депрессий Ясперса, — образец тенденциозности или деградации критического мышления. Современный клиницизм противостоит уподоблению врача-психиатра далеко не свежему поколению роботов-автоматов, сработанных по лекалам стандартных бихевиористских представлений.

Терминологические словари, общеупотребительные и профессиональные, **определяют депрессию** кратко и четко: «**угнетенное, подавленное психическое состояние**». Учебники психиатрии оперируют классической триадой **угнетения чувств, идеаторной и моторной активности, а ядерным переживанием выступает тоска, безрадостность**.

Таково базальное представление с древних времен, но с тех пор понятие депрессии расширилось чуть ли не до состояний простой продолжительной дискомфортисти, потонуло в многообразии пограничных состояний и наших лукавых представлений о латентных и маскированных депрессиях. Мимикия такого рода — обюдоострая опасность. Она чревата ошибками противоположного рода. Например, циклосомия Д. Д. Плетнева — доказательный и далеко не единственный пример заболеваний с периодическим течением, а различные типы течения заболеваний, их последовательность и особенности траектории, взятые вне связи с характером клинической картины и проводимого лечения, — неспецифическая характеристика, указывающая на генетическую, нередко наследственную обусловленность или экзогенно вызванный маятникообразный затор в процессах различного рода и уровня [1, 2].

Наиболее доказательными являются тщательно прослеженные на всем протяжении своего существования индивидуальные истории

больных с «чисто депрессивными» расстройствами, т.е. классическим меланхолическим синдромом, а это значит, что начинать следует с самых простых, т.е. самых грубых психотических депрессивных расстройств, а не пограничных, памятую о дискуссиях на эту тему в 20 – 30-х гг.

В отечественных руководствах по психиатрии постсоветского периода фундаментальным стало указание в 1999 г. в руководстве под редакцией А. С. Тиганова о **необходимости начинать изложение с синдромологического подхода вместо симптоматологического**, как в руководстве под редакцией А. С. Снежневского (1983) [3, 4]. Это произошло не без нашего участия, активно продвигавшего выдающуюся роль в развитии синдромологии Артура Кронфельда (1940) [5]. Императивно-радикалистские заявления А. В. Снежневского: «Психопатологические состояния (синдромы) вне нозологически самостоятельных болезней не существуют. Они суть обобщённые понятия, абстракции». Но то же самое можно сказать и о нозологии, в отличие от конкретных больных. По такой логике и людей, и человечества не существует. Между тем, в большинстве клинических шкал до сих пор сохраняется симптоматологический подход, подменяющий традиционный клинический, что умножает ошибки.

Это игнорирование того, что на каждом уровне масштаба рассмотрения целое не равно сумме частей, что **необходима по-уровневая фракционность анализа**. Грубая недооценка синдромологического подхода — это фактически редукция уточненных психопатологических описаний феноменологических школ, т.е. **специфики психиатрии** как самостоятельного предмета. В результате, клинически высоко содержательная глава «Аффективные заболевания» исчерпывается пресловутым «аффективным психозом» (Г. П. Пантелеева), т.е. способом придать рубрификации МКБ приемлемое значение. Однако таблица сопоставления диагностических критерии МКБ и отечественной классификации, как и комментарий к ней, в свою очередь неудовлетворительны. Разделяя резко отрицательное отношение к МКБ-10 и МКБ-11, для нас неприемлемы два фундаментальных положения этой «отечественной классификации». (Следовало бы написать «версии классификации», как паллиатива, «ремонта вместо перестройки»).

1) Утверждая, что в МКБ «аффективные расстройства (расстройства настроения) представлены синдромологически, только с учетом полюса и тяжести патологии аффекта», авторы отождествляют понятие синдрома и кластера, которым оперирует МКБ, что недопустимо.

2) Справедливо заменяя выражения «расстройство», «эпизод» в МКБ на «аффективный психоз», авторы не возражают против определения МКБ понятия «психотического уровня психического расстройства» только при появлении продуктивной симптоматики», что является яв-

ным упрощением, если не уточнено: «не выводимые из аффективного состояния», как «депрессивный бред, бред вины» в противоположность персекоторному бреду, т.е. преследования, обвинения во вредоносном воздействии. Многие авторы (у нас Ю. Л. Нуллер) расценивали появление бреда как смягчение психической дезорганизации в силу его защитного формообразования.

Мы, опираясь на фундамент, заложенный «Общей психопатологией» Карла Ясперса и «Клинической психопатологией» Курта Шнейдера и многочисленные клинико-психопатологические и экспериментальные исследования, особенно четко сформулированные у Курта Гольдштейна и Курта Левина [6 – 9], а также собственные исследования, считаем не только правомерным, но доказанным **существование чисто аффективных психотических синдромов без продуктивной персекоторной симптоматики**. Этому была посвящена наша докторская диссертация 1974 г.: «Тревожные психотические синдромы», одобренная Э. Я. Штернбергом, Л. Л. Рохлиным, М. М. Кабановым, Н. П. Татаренко и многими другими известными клиницистами и исследователями (Ф. Б. Бассин и И. М. Фейгенберг) [10 – 13].

Психотический уровень дезорганизации психической деятельности — самое ответственное и легко определяемое даже непрофессионалом состояние. С него следует начинать в силу многих рисков недооценки глубины расстройства. Квалификация психотического уровня — это значит выяснение психотической глубины, а не интенсивности. Понятие «глубины» выражает структурные психопатологические изменения и их продолжительность [14 – 15], а в данном случае еще и дискретность, т.е. качественное изменение скачком. Отличительные характеристики психотических расстройств аффективного спектра приводятся в **табл. I**. Центральными из них являются собственно аффективные и перцептивные характеристики: витальная глубина, жгучий характер, протопатическое искажение ощущений, обозначаемое обычно как «витальность», «витальные симптомы». Именно это стало одной из основ клинической психопатологии Курта Шнейдера (1920 – 1931), как общая неспецифическая характеристика психотического уровня дезорганизации для синдромов аффективного регистра — депрессивных, тревожных, маниакальных, и рассматривалось как отдаленное подобие синдромов первого ранга для шизофrenии, хотя было намного более общим, а именно указанием на психотическую глубину аффективных синдромов, а не нозологическую шизофреническую природу следующего, бредового регистра. Понятие «витального» употреблялось разными авторами с центрацией либо на структурно психопатологические особенности, либо на клинические характеристики их генеза. Курт Шнейдер, опираясь на клинический опыт и концепцию Николая Гартмана, обосновал дис-

Таблица I. Клинико-психопатологические характеристики психотического (витального) радикала

Основные блоки диагностики	Конкретные характеристики
I. Клинический контекст	<ol style="list-style-type: none"> Характерный анамнез Немотивированное начало Потеря сознания болезни Развернутый набор симптоматики аффективных синдромов Элементы симптоматики более глубоких регистров Внутрисиндромальная прогредиентность Резистентность к внешним влияниям Неэффективность транквилизаторов
II. Собственно аффективные и перцептивные характеристики, их динамическая структура	<ol style="list-style-type: none"> Витальная глубина Жгучий характер Протопатическое искажение ощущений Разлитость (слияние с фоном): неочертанность границ Обеднение, упрощение динамических характеристик Ригидность Монотонность
III. Деперсонализация и/или дереализация	См. Табл. II.
IV. Мотивационные характеристики	<ol style="list-style-type: none"> Высокая интенсивность Регрессия к элементарным жизненным потребностям
V. Содержательная структура психической деятельности	<ol style="list-style-type: none"> Недифференцированность Монотемность Элементарность тематики Неформулируемость
VI. Уровень возможных достижений	<ol style="list-style-type: none"> Функциональное слабоумие При тревожном синдроме еще и утрата зрительного воображения, отсутствие сновидений, агнозия Шарко-Вильбрандта

крайность в развитии психозов, в отливие от континуальности в пограничной психиатрии.

Следующим шагом является синдромальная квалификация. Наше представление о самостоятельной ядерной группе «чисто тревожных синдромов» опирается на давнее клиническое наблюдение, в частности, Г.-Й. Вайбрехта (1960) [16], поддерживаемое А. С. Тигановым, что **характер переживания значимее психомоторных и поведенческих проявлений**. Феноменологически фундированная психопатология внесла на порядок большую дифференцированность в понимание характера переживаний, все еще далеко не исчерпанную. Это сделало поколение участников Первой мировой войны и, прежде всего, вслед за предтечей Куртом Гольдштейном — Людвиг Бинсангер, Эжен Минковски, Виктор Эмиль фон Гебзатель, Виктор фон Вейцзекер, Фредерик Бьютендик, Эрвин Штраус [17, 18].

Вопреки этому глава «Аффективные заболевания» в руководстве А. С. Тиганова ограничивается так называемым «аффективным психозом», традиционно относимым к маниакально-депрессивному психозу в прямом противоречии собственному признанию, что «на сегодняшний день он представляется клинически, патогенетически и даже нозологически гетерогенным заболеванием (Angst, et al., 1970)» [3, 19]. Более того, — гетерономным, как было показано в нашей диссер-

тационной работе 1974 г. и автореферате, опубликованном в приложении к монографии «Введение в психиатрию» 2013 г. [10, 11], так как и спустя 48 лет остается актуальным, поскольку основной массив существующих исследований тревожных синдромов касается непсихотического уровня и пограничных состояний.

Емкое описание меланхолического (тоскливого) синдрома сопровождается у А. С. Тиганова констатацией, что «в отечественной психиатрии принято выделять депрессии простые и сложные, в рамках которых рассматриваются практически все психопатологические варианты депрессивного синдрома, встречающиеся в клинической практике. К простым депрессиям относятся меланхолическая, тревожная, адинамическая, апатическая и дисфорическая депрессии». Этому противостоит приятие тревожной депрессии (как и меланхолической) более высокого (общего) ранга, начиная с Карла Вернике (Carl Wernicke, 1848 – 1905), Зигмунда Фрейда (1856 – 1939), Курта Гольдштейна (1878 – 1965), Карла Клейста (1879 – 1960)¹.

Все множество разнокалиберных по самым разным основаниям синдромальных картин в работах отечественных авторов послевоенной эпохи от Е. С. Авербуха до О. П. Верноградовой и даже В. А. Жмурова, несмотря на лексическое и содержательное богатство его текстов, дается через запятую, не приведено в систему в соответ-

ствии с клинической важностью и данным именованием, без разделения тонов и оттенков и даже качественно различного, вплоть до психотических/непсихотических. Например, клинико-феноменологически строго квалифицированный адиналический депрессивный синдром является, скорее, подтипов меланхолического синдрома, а не ядерным, наравне с тоскливыми, тревожными и маниакальными синдромами.

Согласно нашим клинико-экспериментальным данным, гиперконстантность на разных уровнях восприятия при ядерных тоскливом и гипоконстантность при тревожном синдромах [10], послужила одним из оснований положения, что таксономию депрессивных синдромов следует строить, исходя из существования не одного депрессивного, а двух различных измерений: тоскливого и тревожного, а точнее: «тоски — эйфории» и «тревоги — апатии». Говорить об апатии, как третьем типе, наряду с депрессией и тревогой, не приходится. Апатия — антоним тревоги, ее оборотная сторона, а не простое ее отсутствие, т.е. это тоже самое измерение, но выражающее отсутствие чувств и побуждений, спонтанной активности, инициативности, сочувствия, явно болезненного или дефицитарного, патологического равнодушия, невозмутимости. Но хотя апатия традиционно относится к депрессии, она, взятая отдельно, номинативно-лексически нередко вообще не принадлежит к аффективному регистру психических расстройств. Диагностически это решается на основе клинико-психоневрологического контекста и массива лабораторных данных, иначе это подход типа квазикритики триады Ясперса. В клинике можно встретить тревожно-апатический синдром разве что в качестве комбинированного синдрома, т.е. всплесков тревоги на фоне апатии, но совершенно бессмысленно говорить о смешанном тревожно-апатическом синдроме.

Наконец, вопреки типичности психотического синдрома гневливой мании и редкости психотического эйфорического маниакального синдрома проблематично выделять дисфорический синдром в качестве ядерного, он — разновидность маниакального, т.е. синдрома аффективного возбуждения, если не идти на поводу именования. Что касается психозов страха — счастья (Angst — Glück Psychose, 1937) Карла Леонгарда, то он включил в них биполярные тревожно-экстатические бредовые психозы Карла Клейста. Отмеченная Леонгардом связь монополярного с мономорфным, а биполярного с полиморфным была подтверждена еще в 1966 г. фун-

даментальными исследованиями J. Angst и N. Petrilowitsch [15, 19].

История выделения психотического тревожного синдрома прослежена в нашей диссертации, где показано, что его тщательный структурный анализ и само это понятие принадлежит Fritz Hartmann (1913) [20]. Этому предшествовало выделение Angstpsychose Карлом Вернике (1895, 1900), который противопоставил их Angstneurose Зигмунда Фрейда (1895), который незадолго до этого работал в его клинике. Вернике придавал большое практические значение этому различению и указывал на наличие при психотическом страхе аффективных бредовых идей относительно своего тела и личности, а также разнообразных экзогенно-органических расстройств. Это стало первым конкретным прецедентом фундаментального различия психотического и непсихотического уровня дезорганизации психической деятельности в отношении тревожных расстройств и их отличия от собственно депрессивных расстройств. В своих работах, начиная с 1966 г., мы развивали концепцию тревоги Курта Гольдштейна, выдающегося невролога, психоневролога и психиатра, автора организмической концепции, опередившей многие фундаментальные представления современной неврологии. Он сыграл в психоневрологии ту же роль, что Франц Брентано и Карл Штумпф в психологии — переход к новому стилю самого мышления, внедряемого им вместе с Адемаром Гельбом в неврологию, продуктивно продолженному Н. А. Бернштейном.

Уточненные данные нашего исследования существенного различия классического меланхолического (тоскливого) гомономного, т.е. структурно конгруэнтного ядерного синдрома депрессии и тревожных синдромов в их манифестации психотической глубины представлено в **табл. II** [10; 11 – 13]. Но даже до общения с такими большими бросается в глаза совершенно различный хабитус: опущенные плечи, понурый вид, потухший взгляд, равнодушие к своему виду и собеседнику, характерное застывшее скорбное омега-образное (Ω -образное) выражение лица (симптом Генриха Шюле) со складкой Отто Верагута на верхнем веке, в контрасте с взъерошенным растерянным непоседливым, путанно противоречивым, постоянно напряженным поведением больных с тревожным синдромом.

Даже термины «страх», «тревога» в качестве самостоятельно синдрома появляются в отечественных руководствах с 1970-х (Н. П. Татаренко) [21], а в терминологических словарях только с 1980-х годов и определяются, например, в «Энциклопедическом словаре медицинских терминов» (т. 3, 1984) непрофессионально: «Тревога в психиатрии — аффект ожидания какого-либо неприятного события». Важно повторить, что еще в 1895 г. Фрейд внес фундаментальную терминологическую путаницу своим термином «невроз страха», тогда как Вернике был коррек-

¹ Все они прошли клинику Вернике, и представления всех, кроме Курта Гольдштейна, Ясперс называл мифологией. Клейст возглавлял клинику (1920 – 1950), а Гольдштейн (1918 – 1928) — Институт неврологии Л. Эдингера в том же университете Гете во Франкфурте-на-Майне.

Таблица II. Типологическое различие меланхолического и тревожного психотических синдромов

Модусы психики	Синдром тоскливой психотической депрессии (меланхолический)	Тревожный психотический синдром (анксиозный)
Феноменологическая структура аффективности в контексте диффузности и стойкости ядерных характеристик		
Качество переживания	опустошенность бездадостность подавленность	предчувствие угрозы, опасности, ожидание катастрофы, беды, смерти
Переживание времени	интенция в мучительное прошлое перспектива бесповоротности, тупиковости, необратимости вероятность: несомненная однозначность динамика: всякое движение, развитие и само время остановились, перестали существовать	интенция в катастрофическое будущее перспектива острой незавершенности вероятность: противоречивая неопределенность динамика: неотвратимое приближение катастрофы, непрерывное ожидание «вот-вот»
Преобладающие содержания	идеи виновности с интропунитивностью и тенденцией к бреду вины	ипохондрические идеи, самоуничижения, ущерба разного рода, но не по своей вине
Сознание себя и мира	ничтожность и ненужность в омертвленном мире	незащищенность и уязвимость в катастрофическом мире
Уровень побуждений	отсутствие побуждений, торможение, но не снижение витальной активности переживание бессилия, полного истощения сил утрата инициативы, спонтанности	неиссякаемое беспокойство, побуждение к бегству, защите переживание внутренней и общей напряженности
Когнитивная продуктивность и поток сознания	замедлены уменьшены упрощены	ускорены стереотипны примитивны
Двигательная активность	адинамия, заторможенность	двигательное беспокойство
Коммуникативность	стремление к уединению, отгороженность	апелляция к помощи высокая аффилияция
Формы течения	хроническое, стереотипное застывание в монотонности или фазность	пароксизмы, приступы, раптусы, застывание непрерывных перепадов

тен, говоря о «психозе страха», а Гольдштейн строго развел понятия Angst (страх, как бессодержательное, диффузное, наиболее мощное, глубинное переживание) и Fürcht (боязнь, как содержательное, структурное, тематически локальное переживание). Мы говорим, что «боимся чего-то определенного, а не страшимся». Аналогичное разграничение приводят и последние семантические словари русского языка, тогда как в англоязычных словарях понятие anxiety используется без указанного различия. Поэтому термин «тревога» (как и «депрессия») должен употребляться с указанием «психотическая/не-психотическая», где «**психотическая синонимична «витальной»**, как обосновал Курт Шнайдер, для клинической психопатологии которого это центральное понятие, а для психоти-

ческой тревоги — К. Гольдштейн, Х. Х. Лопес Ибор [22] и мн.др.

Психотическая тревога — это безудержно-неистощимое поведенческое и/или внутреннее беспокойство с трудно формулируемыми витальными ощущениями, ожидание вот-вот неминуемой какой-то невнятной катастрофической беды, вплоть до полной растерянности и беспомощности.

Авторы, принимающие понятие «психотического» в МКБ 10-го и 11-го пересмотров, отождествляют его с наличием продуктивной персекуторной симптоматики. Когда, например, В. Н. Краснов («Расстройства аффективного спектра», 2011, стр. 151) пишет: «целесообразно отделять патологическую тревогу от бредового страха» и что «в психопатологическом смысле было бы неоправданным оставить понятие

«страх» за острыми галлюцинаторными и бредовыми персекutorialного содержания расстройствами: здесь страх предметен, связан с непосредственной угрозой жизни, в отличие от мало конкретной тревоги, вектор которой направлен в отдаленное будущее», то это лишь констатация формального различия при сравнении синдромов разных регистров: аффективного и бредово-галлюцинаторного, с убеждением, что психотической глубины дезорганизации психической деятельности в аффективном регистре не бывает, т.е. следуя чисто вербальному предписанию МКБ конвенционального характера, а не клинико-психопатологическому и экспериментально-лабораторному обоснованию. Но все же опиравшего понятием «вitalных симптомов», намного более значимых, чем «бессодержательность», часто приобретающая явно вторичное содержание, аффективно или ситуационно выводимое. Между тем, в судебно-психиатрической экспертной практике именование аффективных расстройств «психотическими» часто имеет первостепенное значение. Именно здесь оно явственным образом дискретно. Так наз. уменьшенная вменяемость связана с привходящими обстоятельствами.

Отсутствие не только конкретности, но какой-либо содержательности, а — главное — тотальная неопределенность угрозы, «растворение фигуры в фоне», размытие или раздробление оформленных ощущений и переживаний в настроении, т.е., в однотонной диффузной протопатически измененной тотальности — это выражение моци и глубины тревоги, приводящей к полной несостоятельности целенаправленной деятельности, является проявлением психотического, так как для каждого типа синдромов критерии психотического и его градаций свои². «Содержательность» психотической тревоги, как правило, выражает базальные общечеловеческие страхи, а их конкретизация вторична, ситуационно случайна, в естественном стремлении организма и личности быстрее организовать, упорядочить неопределенность.

В приведенной таблице II феноменологической структуры аффективности присутствует тематика переживаний, традиционно рассматриваемая как наименее значимая характеристика. Между тем, в ней содержится не только тематические характеристики. Так, в тематике виновности явственно проступает не просто интроверсия Карла Густава Юнга или интроверсия Германа Роршаха, а более конкретная и высоко значимая в определенном общем контексте ха-

рактеристика интропунитивности (аутоагрессии, самообвинений) Саула Розенцвейга (1907–2004) [23]. В 70-е годы отечественные психологи (Н. В. Тарабрина и др.) активно изучали ее на нормальных здоровых и пограничных испытуемых. К сожалению, этого нельзя сказать о психотических больных, в частности, с бредом виновности. Но Розенцвейг в своей концепции фрустрации, т.е. реакции на трудно преодолимые препятствия на пути к цели, подчеркивал, что она разыгрывается как на имунном, так и организмическом (психофизиологическом, как например, страх) и личностном уровнях. Последние могут быть импунитивными (естественные реакции), экстрапунитивными (агрессия направлена вовне) и интропунитивными (самообвинения, аутоагрессия). При этом акцентируются: препятствия, самозащита или цели («необходимо упорствующее»).

Наш клинический опыт нескольких последних десятилетий, не носивший характера целенаправленного научного исследования, позволяет считать интропунитивность релевантной характеристикой психотического классического меланхолического синдрома виновности, греховности при обратных отношениях с экстрапунитивностью. Более того, есть основания сомневаться в адекватности квалификации депрессивного синдрома при отсутствии интропунитивности. Это выясняется при клинико-психопатологическом зондировании в форме непринужденной беседы, а не только соответствующем тестировании. Т.е., не в форме простых вопросов, а на примерах имевших место в прошлой жизни больного или возможных ситуаций, включая какие-либо заурядные бытовые ситуации текущего времени. Речь идет о тотальности интропунитивности для характеристических реакций и для периода психического расстройства, об интенсивности и глубине этой характеристики. Это последнее позволяет пренебречь кратковременными пароксизмами дисфорического характера травматического, сосудистого и органического генеза. Клиническая беседа с вопросами не «в лоб», а косвенно зондирующая наиболее распространенные и индивидуально избираемые тематические проявления виновности и самокритики, обнаруживает у немалого числа пациентов ее полную невосприимчивость либо полную непереносимость в силу гиперестезии в отношении собственной вины и даже собственных ошибок. Тотчас, прямо-таки рефлекторно, возникает элементарный отпор малейшему прикосновению к такой теме, подобно задеваемо-

² Характерно и то, что моя докторская диссертация «Тревожные психотические синдромы», успешно защищенная в 1974 г., несмотря на увольнение по ложному доносу за два месяца до этого, как и автореферат и все статьи на эту тему не только обходились молчанием, но в течение пяти лет эта проблематика в Московском НИИ психиатрии не разрабатывалась.

му комплексу или открытой ране. Отличить комплексную реакцию просто: она сугубо локальна, кататимна, а не голотимна, т.е. касается любой тематики, воспринимаясь как покушение на саму персону пациента, без всяких дифференциаций и промежуточных инстанций. Описываемый феномен экстрапунитивной реакции на прощупывание возможной виновности, вплоть до простой ошибочности конкретных поступков, включая даже воображаемые (хотя именно способность к воображению у них отсутствует), — естественный признак психотической глубины расстройства, а то что воспринимается как воображение — не более чем гиперболически яркая доминантная реакция, не способная на «шаг в сторону». Аналогичным образом нелепо фантастический парофренический бред при клинико-экспериментальном исследовании тоже оказывается неспособностью к фантазии и воображению. Это ярко выступает при предъявлении пятен Роршаха.

Переживания первичной витальной виновности с идеями самообвинения, греховности патогномоничны для ядерных депрессивных синдромов. Но этого нельзя сказать об идеях самоуничижения и самоумаления в отношении утраты здоровья, облика, способностей, социального положения, успеха и достатка, т.е. идей ипохондрического спектра, уродства, малоценности, обнищания, безграмотности, ничтожности в силу различных обстоятельств, а не собственной вины. Они носят либо сверхценный характер, либо бредовый по дискретному, а не континуальному типу, т.е. по типу внезапного озарения, а не равномерно тлеющего фона. Переастания сверхценности в бред не происходит, а категория «сверхценного бреда» не относится к полноценно феноменологической.

Одним из дополнительных признаков, разграничающих депрессивные и тревожные психотические синдромы, является **эмпатия со стороны клинициста** в отношении больных с депрессией в отличие от ее отсутствия в отношении чисто тревожных психотиков. Это феномен целостного восприятия типа стиля, индивидуального узнавания, интуиции, избирательного сродства или отталкивания.

Прошедшая эпоха была заполнена массовым использованием МКБ-9 – 10 и предстоящего еще худшего 11-го пересмотра с их приоритетом потребностей статистики для лечебно-профилактических мероприятий и фармацевтической практике, насыщенных широкой врачебной практике, — научно отсталый, но наиболее экономный подход. В этих условиях важен радикальный поворот от МКБ, изначально предназначенный для статистических целей, к научной МКБ на продвинутом уровне, упрощенной для статистических целей.

В первоначальных описаниях аффективных расстройств выделялось то, что обнаружилось наиболее ярким и грубым образом: бешенство, ярость, неистовство, иступленный восторг и бесподобие, безразличие, индуктивно обобщённых в **буйство возбуждения и апатию заторможенности**. Последующая дифференциация опиралась на приоритет сходной антиномии в одном из оснований трех сфер: моторной (двигательные психозы), чувств (аффективные психозы) и мышления (бредовые психозы). Подтверждавшееся отсутствие строгой интеркорреляции между ними привело к многообразию классификационных систем. Условное отображение синдромального классификационного дерева, начиная от более общего, менее дифференцированного и с учетом их взаимных переходов, позволяет понять многое более просто и естественным непротиворечивым образом. Особенно, если мыслить реальное положение вещей не на плоскости и даже не в трёхмерном пространстве, а в многомерно сферическом и динамически пульсирующем, идя по уже разработанным моделям алгебраической топологии и топологической алгебры (алгебра, как известно, презентирует четвертое измерение — время и характер траектории).

Основания классификационного дерева образуют три ядерных аффективных синдрома — депрессивный, маниакальный и тревожный, а точнее — **синдром тотального аффективного угнетения, синдром тотального аффективного возбуждения и переходный «застывший в неустойчивости» «транзитный» синдром тревоги**, как остановившийся на полпути и оправдывающий свое именование феноменологической картиной, клинической структурой и сигналом тревоги, приводящим весь организм в стрессовое состояние. Эти **переходные транзитные и транзитно-транзиторные синдромы** делятся, как известно, менее продолжительно, чем депрессивные. На в основном непсихотическом уровне их описал H. Wieck (Durchgangs Syndrome) [24]. Наряду с положением этих синдромов в качестве «промежуточной переменной» между депрессивными и маниакальными синдромами, между последними существует довольно быстрый переход по типу on/off. Таким образом, предложенная схема (**схема 1**) презентирует не только три исходных ядерных типа аффективных синдромов, но и клинически реальную динамику их взаимоизменений, а промежуточное положение тревожных синдромов выражает неустойчивость как их общую особенность.

Классификационное дерево синдромальной дифференциации с эмпирически устанавливающими разветвлениями, но чаще ответвлениями, с определенного уровня может быть представлена цветущей кроной — непсихотическими рас-

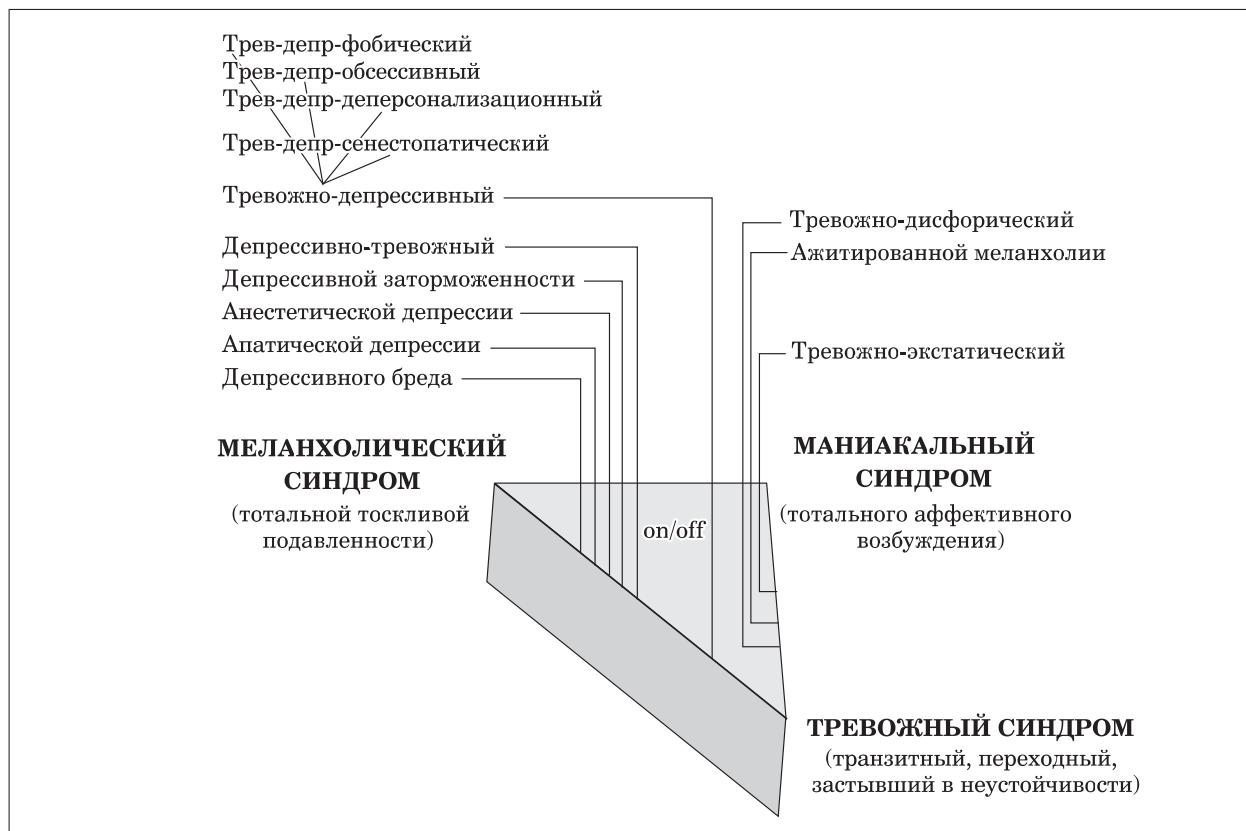


Схема 1. Таксономия психотических депрессивных и тревожных синдромов

стройствами. Представление о фундаментальном качественном разграничении психотических/непсихотических расстройств является одним из самых важных, наряду с такими как: болезнь и патология, процесс или развитие. Мы неоднократно писали об этом, ссылаясь на классические исследования К. Гольдштейна и К. Левина [6 – 9]. К. Гольдштейн в качестве основного, сущностного феномена показал возникающую скачком примитивизацию всей системы «организма» (личности), в частности, переход от дефензивных (защитных) к протективным (компенсаторным) динамическим структурам, а К. Левин описал гомологичную структурную примитивизацию на социально-психологическом уровне.

Психотический уровень тревоги проявляется в полевом (часто целиком ситуационно обусловленном) поведении и в том, что можно обозначить как **«функциональное слабоумие»**, т.е. преходящее, но длящееся не менее недели, а не эфемерное, в течение минут, как при различных припадках, интеллектуальное снижение. Экспериментально обнаружить это проще всего любой элементарной методикой на активное внимание, например «Простые аналогии» или даже на перцептивном уровне разработанной нами методикой псевдоскопической инверсии сверхлегкого

тест-объекта, буквальным восприятием пятен Роршаха, беспомощностью в тестах, требующих более нескольких минут. Экспериментально-психологические и ЭЭГ-исследования, которых мы здесь не касались, обнаружили в качестве отличительной особенности тревожного психотического синдрома — неустойчивость по многим показателям и снижение константности различного рода и уровня.

Хотя различие психотических и непсихотических форм дезорганизации психической деятельности нередко лежит на поверхности и распознается всего проще и достовернее, даже непрофессионалами, профессионалы запутались в многомерно аналитически расчлененной действительности с ее изменчивой многообразной конкретной динамикой, отсутствием четких статичных границ по разным основаниям, не сумели адекватно иерархизировать и вынести за скобки проблематику второго и третьего ряда. В результате, МКБ-10 и МКБ-11 приобрели, в частности, в разделе аффективных психических расстройств нелепо громоздкий вид. Это хорошо видно на **таблице III**. Выделение степеней выраженности психической дезорганизации без их предварительного качественного разделения на психотические и непсихотические, т.е. сразу на квантификационном, миняя, игнорируя их квалифика-

Таблица III. Квантификация (по степени экспрессивности) до, а не после квалификации (по темпорально-структурной глубине) в МКБ-10 и МКБ-11

3-х степенная классификация МКБ-10 F 32 и F 33			2-х уровневая типология Классические клинико-психопатологические представления	
1	Легкий	Без витальных синдромов	Непсихотическая депрессия и тревога	1 — легкая
2		С витальным синдромом		2 — умеренная
3	Умеренный	Без витальных синдромов	Психотическая депрессия и тревога	3 — тяжелая
4		С витальным синдромом		1 — легкая
5	Тяжелый	Без психотических синдромов		2 — умеренная
6		С психотическими синдромами		3 — тяжёлая

цию, — азбучная ошибка в самом важном. Важно также отметить, что понятие «витальных синдромов» в МКБ является для нас синонимом «психотического» для аффективного регистра, как это разработано в отечественной профессиональной литературе, начиная с М. И. Аствацатурова (протопатические ощущения и чувства), но в значительно более дифференцированном виде.

Отстаиваемое здесь представление, что с позиции классификационного дерева ядерных психотических аффективных синдромов три: депрессивный, маниакальный и промежуточный между ними, застывший в неустойчивости — тревожный, транзитный (переходный), Dur-changs Syndrome — продолжает оставаться практически важной и притягательной перспективой дальнейших исследований.

Нельзя не отметить, что с общеиологической позиции ощущение ничем не ограниченной все-могущей и все-властной свободы при мании, и рабской покорности, беспредельной подчиненности ума и поведения при депрессии, предстают как врожденные «рефлексы» (инстинкты) И. П. Павлова, которые могут переключаться on/off, объясняя поведение тысяч людей, подчиняющихся собственному уничтожению, как в Бабьем Яру, так и в лобовых атаках на фронте.

ЛИТЕРАТУРА

- Плетнев Д. Д. Сравнительные клинические исследования в области высшей нервной системы // «Русские клиники», 5, 1926, 21,3 – 30.
- Жислин С. Г. Фактор фазности и периодичности в течении психозов при лечении нейролептиками // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова, 1963, 1, 66 – 71.
- Руководство по психиатрии. Ред. А. С. Тиганов. Т. 1. М., 1999.
- Руководство по психиатрии. Ред. А. В. Снежневский. Т. 1. М., 1983.
- Кронфельд Артур. Становление синдромологии и концепции шизофrenии. Работы 1935 – 1940 гг. М., 2006.
- Goldstein K. Zum Problem der Angst // Allg. Aerztliche Zeitschr. f. Psychotherapy, 1927, 11, 7, 409 – 437.
- Goldstein K. On emotions: considerations from the organismic points of view // J. Psychol., 1951, 31, 37 – 49.
- Goldstein K. The organism. Boston, 1963.
- Левин Курт. Регрессия, ретрогрессия и развитие // Левин Курт. Динамическая психология. М., 2001
- Савенко Ю. С. Тревожные психотические синдромы. Докт. дисс. М., 1974.
- Савенко Ю. С. Введение в психиатрию. М.: «Логос», 2013
- Савенко Ю. С.. Критерии психотического для аффективной патологии // Пути обновления психиатрии. М., 1991, 62 – 68.
- Савенко Ю. С. Неадекватность унитарной концепции депрессии // Независимый психиатрический журнал, 2011, 2, 18 – 22.
- Petrilowitsch N. Die Polarität von Tiefe und Instensität in der Psychiatrie // Arch.psychiatr. Nervenkr., 1958, 196, 580.
- Petrilowitsch N. Psychiatrische Krenkelehrre und psychiatrische Pharmakotherapie. Basel, 1968.
- Вайтбрехт Г.-Й. (Weibrecht H.-J., 1960). Депрессивные и маниакальные эндогенные психозы // Клиническая психиатрия. Ред. Г. Груле, Р. Юнг, В. Майер-Гросс, М. Мюллер. М., 1967, 59 – 118.
- Spiegelberg Herbert. Phenomenology in Psychology and Psychiatry. Evanston, 1972.
- Кус Х. (Kuhs Hubert). Феноменологические аспекты меланхолии // Независимый психиатрический журнал, 1994, 2, 13 – 16.
- Angst J. Zur Ätiologie und Nosologie Endogener Depressiver Psychosen. Berlin, 1966.
- Hartmann Fritz. Die psychopathologischen Symptomenkomplexe // Jahrb. f. Psych. und Neur., 34, 1913, 194 – 208.
- Татаренко Н. П. Психиатрия. Харьков, 1971.
- Lopez Ibor Juan Jose. Über die pathologische Angst // Fortschr. Neurol. Psychiatr. 1960, 28, 10, 526 – 571.
- Rosenzweig Saul. Psychodiagnostics, 1949.
- Wieck H. H. Depressiv getünte Dur-changs-Syndrome // Hippius H., Selbach H. (hrsg.) Depressive syndrome. 1969, 457 – 466.

Раздражительность, гнев, дисфория (психопатологические характеристики и диагностическое значение)

В. И. Крылов¹ (Санкт-Петербург)

Общим признаком феноменов повышенной раздражительности, гнева и дисфории является переживание недовольства, неудовлетворенности окружающими и окружающей действительностью. Использование термина повышенная раздражительность правомерно и обосновано при квалификации нарушений невротического и аффективного регистра. Аффект гнева может наблюдаться как у лиц без психических нарушений, так и в случаях нарушений как невротического, так и психотического уровня. Дисфорический аффект в отличие от аффекта гнева имеет многокомпонентную психопатологическую структуру, включающую аффекты злобы, тоски и тревоги. Гневные и дисфорические нарушения могут отмечаться как при спровоцированных экзогенных состояниях невротического уровня, так и аутохтонных состояниях, достигающих уровня психоза.

Ключевые слова: раздражительность, гнев, дисфория, дисфорические реакции и состояния, гневные атаки и гневные состояния.

Диагностические критерии представляют собой совокупность клинических признаков, обладающих максимально возможной чувствительностью и специфичностью. Чувствительность признака — показатель, отражающий частоту встречаемости признака при том или ином психическом заболевании. Специфичность признака — показатель, свидетельствующий о том, насколько часто признак наблюдается при отсутствии данного психического расстройства.

Односторонняя ориентация диагностических подходов на оценку объективно регистрируемых проявлений болезни, предлагаемая современными классификациями психических расстройств, создает ложное представление о нивелировании значения субъективного фактора при оценке состояния. Выделение сущностных, дискриминирующих признаков отдельных диагностических категорий — непременное условие формирования гомогенных в клиническом отношении групп больных при проведении научных исследований.

В связи с изменением диагностических подходов, внедрением новых классификаций и появлением новых диагностических категорий особую актуальность приобретает выделение дискриминирующих, облигатных и факультативных признаков основных понятий (симптомов и синдромов) клинической психопатологии. Настоятельной необходимостью является уточнение и определение границ понятий, используемых при описании и квалификации психических и поведенческих расстройств.

Дискриминирующий или сущностный признак — неотъемлемое свойство, без которого данное понятие утрачивает смысл. Дискриминирующие признаки, обладающие максимально возможной степенью специфичности, обязательны должны входить в дефиниции психопатологических понятий.

В современной отечественной и зарубежной литературе достаточно широко используются понятия, характеризующие чрезмерные по интенсивности и содержанию реакции, возникающие под действием триггерных факторов или возникающие спонтанно. Появление новых понятий и диагностических категорий требует верификации и уточнения традиционной психиатрической терминологии. Рассматриваемые в настоящей публикации психопатологические понятия многозначны, не имеют четких границ, не выделены дискриминирующие признаки, позволяющие отграничить одно понятие от другого. Соотношение, объем и границы понятий «раздражительность», «гнев», «дисфория» нуждаются в детальном рассмотрении и обсуждении.

Исключительное значение для диагностической квалификации и выработки терапевтической тактики имеет определение границ между «нормальной» раздражительностью и гневом и их патологическими проявлениями [7]. Понятия раздражительность и гнев в бытовой лексике рассматриваются в качестве близких по значению либо синонимичных терминов. В толковых словарях русского языка в качестве синонимов к понятиям раздражительность и гнев приводят-

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

ся целый ряд близких по значению терминов. При этом приводимые термины в бытовой лексике имеют различное наполнение. В зависимости от особенностей смыслового содержания, приводимые в словарях термины, могут быть разделены на несколько групп. В первую группу нами включены понятия, характеризующие готовность к обостренному восприятию ситуационных факторов, готовность к конфликтам несдержанность, неуравновешенность, вспыльчивость, горячность, взвинченность, придирчивость, сварливость. Вторую группу составляют понятия, характеризующие в первую очередь содержательную сторону повышенной раздражительности — желчность, язвительность, ехидство. Наконец, в третью группу могут быть включены понятия, используемые в бытовой лексике для оценки количественной выраженности или интенсивности повышенной раздражительности — озлобленность, гневливость. Особое положение в ряду рассматриваемых понятий занимает термин досада. Понятие досады наряду с раздражением и неприятием сложившегося положения дел отражает сожаление по поводу упущеных возможностей, нереализованных шансов.

Раздражительность. В толковых словарях психиатрических терминов раздражительность определяется как «склонность к неадекватным, чрезмерным реакциям на обычные воздействия внешней и внутренней среды с недовольством неприятными для больного обстоятельствами, поступками окружающих» [2]. В другой дефиниции термина раздражительность определяется как «несоразмерно сильное реагирование на обыденные события, выражющееся в словах и поступках, недовольстве окружением и окружающими» [1]. Наконец, еще в одном определении под раздражительностью понимают «чрезмерную чувствительность» в отношении повседневных внешних факторов с постоянным возникновением вспышек недовольства, неприязни с «вербальной и косвенной агрессией, направленной на кого или что либо» [5]. Существенным недостатком, приводимых в справочной литературе дефиниций, является определение искомого понятия через производные от этого понятия термины.

У лиц без психических нарушений реакция раздражения возникает в связи с конкретной эмоционально значимой ситуацией, по интенсивности и направленности соответствует вызвавшей реакции причине. Наличие раздражительности не сопровождается появлением ассоциированной психопатологической симптоматики, нарушением трудоспособности и социальной адаптации.

При патологической раздражительности, являющейся симптомом заболевания, раздражительность приобретает постоянный характер,

возникает при действии индифферентных ранее внешних факторов.

При гиперестетических реакциях с повышенной раздражительностью нарушается способность к дифференциации значимых и мало значимых стимулов. Главный признак повышенной раздражительности — недифференцированный характер реагирования на внешние факторы, потеря избирательности реакций или реагирование по типу доминанты. Ранее нейтральные события привлекают внимание, большинство из них приобретают значимый для больного характер. Чрезмерная раздражительность может являться компонентом, фоновой симптоматикой большинства синдромов невротического уровня — астенического, ипохондрического, тревожного, обсессивно-фобического, астенического и эксплозивного варианта психоорганического синдрома.

Наиболее часто жалобы на повышенную раздражительность предъявляют больные с астеническими состояниями. Повышенная раздражительность больных с симптоматикой невротического уровня является следствием суммации стенических и астенических эмоций.

Клинические проявления астении зависят от того, какие из двух основных компонентов синдрома — истощаемость или раздражительность — выступают на первый план в клинической картине.

Основным клиническим проявлением раздражительной слабости является повышенная эмоциональная реактивность в ответ на действие обычных по интенсивности раздражителей, несоответствие характера ответной реакции силе и значимости раздражителя. Из-за любой мелочи, пустяка утрачивается психическое равновесие. Следствием этого является повышенная возбудимость, несдержанность. Раздражительность усиливается под влиянием изменения привычного жизненного стереотипа, переутомления. При этом способность к длительному удержанию раздражения снижена. Раздражение быстро сменяется унынием, сожалением по поводу собственной несдержанности, раскаянием, извинениями. Как правило, повышенная раздражительность сочетается с эмоциональной лабильностью с легкими переходами от пониженного слезливого настроения к несколько повышенному настроению с необоснованным оптимизмом.

Проявлением повышенной раздражительности является несдержанность — неспособность волевым усилием тормозить, блокировать чрезмерные эмоциональные реакции на происходящее.

Раздражительность способствует снижению, разрядке недовольства. Перенос эмоций с одного объекта на другой помогает сохранить видимость контроля над происходящим. В этих случаях вспышки раздражения отвлекают внимание

окружающих от личности больного, помогая схранить завышенную самооценку. Значительно реже при невротических расстройствах повышенная раздражительность связана с недовольством собой.

Повышенная раздражительность является следствием снижения функциональных возможностей человека, представляя собой своеобразный защитный механизм, обеспечивающий минимизацию контактов с окружающими.

При нозологической квалификации нарушений повышенная раздражительность в большинстве случаев свидетельствует об экзогенной или экзогенно-органической природе расстройств.

При соматических заболеваниях повышенная раздражительность и утомляемость в рамках симптомокомплекса эмоционально-гиперестетической слабости сочетается с непереносимостью любого эмоционального напряжения. При экзогенно-органических заболеваниях головного мозга астения представляет собой наиболее легкий вариант реакций экзогенного типа. При органических заболеваниях головного мозга воспалительной и травматической этиологии приобретает оттенок взрывчатости, злобности. По мере утяжеления общего состояния на первый план в клинической картине выступает повышенная истощаемость с постоянным чувством слабости, бессилия с последующей трансформацией астении в астеническую спутанность.

При психогенных расстройствах невротического уровня одной из наиболее частых причин повышенной раздражительности является эгоцентризм больных. Проявлением болезненного эгоцентризма является склонность больного к нравоучениям, наставлениям. Проявляется в тех ситуациях, когда кто-либо из окружающих делает что-либо, что противоречит ожиданиям больного. Вызывает раздражение все, что задевает непомерное самолюбие больного. Из равновесия выводят различные ситуации — когда кто-то перебивает больного, невнимательно его слушает.

При расстройствах психотического уровня симптоматика повышенной раздражительности наблюдается лишь на промодальных инициальных этапах болезни.

Тревожные расстройства. Повышенная раздражительность может рассматриваться в качестве одного из инициальных проявлений нарушений тревожного ряда или тревожного континуума. Одним из частых проявлений генерализованного тревожного расстройства являются жалобы больных на повышенную раздражительность, нервозность, несдержанность, нетерпеливость. В основе чрезмерной раздражительности лежит повышение уровня реактивной и личностной тревожности. Появлению раздражительности предшествует переживание внутренней напряженности, настороженности еще не имею-

щей оттенка угрозы [2]. Отрицательная эмоциональная окраска ранее нейтральных стимулов определяет появление неопределенной по содержанию тревоги.

Раздражительность в структуре аффективных состояний. Значение повышенной раздражительности как диагностического признака различных аффективных состояний продолжает вызывать дискуссии и споры. Во многом это связано с отсутствием единого мнения в отношении ключевых психопатологических терминов, характеризующих аффективные нарушения. Справедливым по нашему мнению является утверждение С. Ю. Циркина о том, что раздражительность при различных аффективных состояниях имеет различную психопатологическую основу [11].

Маниакальные состояния. В основных современных диагностических классификациях раздражительность рассматривается наряду с болезненно приподнятым настроением (гипертимией) в качестве равнозначного признака маниакальных, гипоманиакальных и смешанных состояний при биполярном аффективном расстройстве (БАР). Основанием для диагностики маниакального состояния является «очерченный эпизод повышенного или раздраженного настроения, который причиняет вред или приводит к госпитализации». Важно отметить, что при этом не учитываются психопатологические особенности маниакального синдрома. Повышенная раздражительность рассматривается в качестве значимого облигатного признака не только гневливой мании, а по сути любой разновидности маниакального состояния. То есть, практически ставится знак равенства между подъемом настроения и повышенной раздражительностью. При этом правда в DSM-V приводится уточнение, что в случае преобладания раздражительности для диагностики маниакального синдрома требуется большее количество факультативных симптомов.

Для подтверждения достоверности диагноза маниакального состояния введен количественный критерий в виде минимального временного интервала. Симптоматика маниакального состояния должна сохраняться не менее семи дней. В случае гипоманиакального состояния длительность сохранения болезненных нарушений должна составлять от четырех до семи дней.

Повышенная раздражительность при маниакальных и гипоманиакальных состояниях отличается качественным своеобразием. Раздражительность при маниакальных состояниях отражает завышенную самооценку больного, провоцируется отказом признать окружающими превосходство больного. Раздражение у больных вызывают ситуации, связанные с запретами, создающие препятствия, преграды стремлению больных к активной деятельности. В отличие от

повышенной раздражительности при невротических состояниях возбудимость, склонность к чрезмерным реакциям на внешние события не только не сочетается с повышенной истощаемостью, но и имеет менее дифференцированный характер.

При этом раздражительность маниакальных больных может приобретать своеобразный гедонистический оттенок. Больные получают даже определенное удовольствие от возникающих конфликтов, ссор, страдания окружающих. Вербальная и физическая агрессия является способом достижения «экспансивных целей» [11]. Клиническим проявлением желания наслаждаться страданиями окружающих является нескрываемая неприязнь с открытыми нападками на окружающих. Неприязнь часто проявляется по отношению к близайшим родственникам, с которыми у больных ранее были наиболее теплые доверительные отношения.

В качестве мягкого варианта гневливой мании может рассматриваться состояние невротического уровня, обычно квалифицируемое в клинической практике как ворчливая мания. В этом случае преобладает «претенциозная неприязнь» с выискиванием недостатков в окружающем и окружающих. Недовольство и раздражение больных окружающим находит отражение в вербальной агрессии в форме замечаний, нотаций, нравоучений.

При маниакальных состояниях отсутствуют свойственные раздражительной слабости ассоциированные нарушения в виде снижения порога возбудимости, определяющие наличие гиперстезии в различных органах чувств.

Повышенная раздражительность при состояниях с доминированием гипертимного аффекта может наблюдаться только в случаях расстройств непсихотического уровня в рамках маниакального эпизода легкой или средней степени выраженности при БАР или циклотимии. В то же время трудно согласиться с возможностью использования повышенной раздражительности в качестве диагностического критерия при маниакальных состояниях, достигающих психотического уровня. Исключение составляют состояния, достигающие психотического уровня, соответствующие психопатологическим критериям гневливой мании, при которых повышенная возбудимость, раздражительность выступают на первый план в клинической картине.

Депрессивные состояния. Значение раздражительности как одного из возможных признаков депрессии показано в специальных исследованиях [18]. В психоаналитической трактовке снижение настроения является результатом трансформации агрессивных тенденций вследствие невозможности «выразить агрессию из-за страха наказания».

В русскоязычном варианте перевода МКБ-11 в качестве облигатных критериев депрессивного эпизода рассматриваются сниженное настроение и ангедония. При этом понятия сниженного настроения (гипотимии) трактуются как переживание «печали, раздражительности, пустоты». Вызывает удивление рассмотрение в качестве синонимичных понятий таких терминов как печаль и раздражительность. В один ряд ставятся не сопоставимые по смысловому значению понятия.

Повышенная раздражительность достаточно частое клиническое проявление депрессивных состояний невротического уровня различной этиологии. В наибольшей степени повышенная раздражительность наряду со сниженным настроением и быстрой утомляемостью определяет клиническую картину астено-депрессивного синдрома.

Повышенная раздражительность больных депрессией представляет собой обостренную реакцию на различные неприятности и неурядицы, связанную с приобретенной чрезмерной впечатлительностью, чувствительностью. Достаточно часто несдержанность, раздражительность является основой для самоупреков и даже для возникновения доминирующих либо сверхценных идей малоценностей. В отличие от маниакальных состояний раздражение возникает при невозможности справиться с той или иной деятельностью, решением поставленной задачи, достижением желаемой цели.

Вызывает возражение трактовка феномена раздражительности в качестве облигатного признака депрессий психотического уровня. При депрессиях психотического уровня повышенная раздражительность — факультативный второстепенный симптом, являющийся основанием для возникновения депрессивных идей самообвинения, самоуничижения, виновности сверхценного или бредового характера.

Отдельного рассмотрения заслуживает вопрос о психопатологической квалификации депрессивных состояний с доминированием угрюмо-раздражительного настроения *hostile depression* — раздражительной или враждебной депрессии. При так называемых «ворчливых» или «брюзжащих» депрессиях характерна минимальная выраженность идеаторного и моторного торможения. Достаточно часто отмечаются тревожные либо навязчивые руминации — повторяющиеся мысли, обычно связанные с недовольством собой и неприятием окружающего. Сосредоточенность больных на вопросах взаимоотношения с окружающими определяет легкость возникновения идей отношения доминирующего либо сверхценного характера.

В ряде работ, посвященных вопросам общей психопатологии, данные состояния квалифицируются как дисфорические депрессии [4, 7]. Ис-

пользование сложного двухкомпонентного термина для обозначения депрессивных состояний вызывает возражения по ряду причин. Во-первых, чрезмерно широкое толкование термина дисфория затрудняет адекватную квалификацию психического состояния, препятствует разграничению собственно дисфорических и депрессивных нарушений, а следовательно выбор оптимальной терапии. Во-вторых, данное расстройство в большей степени соответствует критериям смешанного состояния, а не депрессии. По нашему мнению, более оправданным и обоснованным является использование термина дисфория для обозначения относительно кратковременных, однотипных пароксизмальных состояний.

Гневное расстройство (anger disorder) — новая, относительно недавно выделенная диагностическая категория. Представляет собой группу психических и поведенческих расстройств, при которых наиболее ярким клиническим проявлением является аффект гнева, сопровождающийся физической или вербальной агрессией по отношению к другим людям.

Гнев — базисная стеническая эмоция, вызываемая препятствием на пути удовлетворения значимой крайне важной потребности [6]. Гнев — относительно кратковременное, остро возникающее и достаточно быстро заканчивающееся состояние «бурного аффекта», сопровождающееся вегетативными нарушениями, двигательным возбуждением и агрессией. Аффект гнева представляет собой крайнюю степень недовольства с озлобленностью и враждебностью по отношению к конкретному объекту.

Реакции гнева могут наблюдаться как у лиц без психических нарушений, так и при достаточно широком круге психических расстройств. В первом случае реакция гнева соразмерна вызвавшему ее внешнему поводу, контроль над поведением полностью не утрачен. Изменение эмоционального состояния не сопровождается появлением ассоциированных психических и поведенческих расстройств. Во втором случае реакция гнева несоразмерна вызвавшему ее поводу по интенсивности, направленности и продолжительности, контроль над поведением полностью утрачивается. Затяжные реакции гнева, как правило, наблюдаются у лиц с расстройствами личности на фоне органической недостаточности головного мозга.

Эмоция гнева может провоцироваться оскорблением, обманом, принуждением к совершению неприемлемых для личности поступков. В отличие от раздражительности гнев всегда имеет внешние проявления в виде верbalной либо физической агрессии. При нарастании интенсивности эмоции гнев может трансформироваться в ярость с полной утратой контроля над поведением. Состояние гнева, как и дисфория, может

сопровождаться сужением сознания, психомоторным возбуждением.

Аффект гнева может являться симптомом других психических расстройств, либо синдромообразующим компонентом отдельного относительно самостоятельного психического расстройства. В первом случае основным проявлением гневного расстройства являются гневные реакции и гневные состояния. Во втором случае состояние с доминированием аффекта гнева может наблюдаться при различных вариантах психомоторного возбуждения, состояниях помрачения сознания, галлюцинаторно-бредовых расстройствах.

Активное изучение психических расстройств, при которых основным клиническим проявлением болезни является аффект гнева, началось с выделения в качестве самостоятельной диагностической категории приступов или атак гнева. Разработанные облигатные критерии атак гнева включают: 1) возникновение внезапных приступов гнева; 2) несоответствие интенсивности аффекта вызвавшей его причине; 3) переживание чувства вины или сожаления после окончания приступа. Атаки гнева сопровождаются переживанием утраты контроля над своим поведением. После окончания приступа обычно больные испытывают сожаление, раскаяние, чувство вины. Для диагностики расстройства требуется наличие минимум четырех из тринадцати факультативных поведенческих и вегетативных признаков. Кроме того, введен количественный критерий, характеризующий частоту приступов — не менее одного эпизода гнева в течение полугода.

Отдельного рассмотрения в будущем потребует вопрос о соотношении понятий враждебность, гнев, агрессия. Все три понятия отражают различные компоненты единого психического феномена, включающего аффективный, идеаторный и поведенческий компоненты.

Аффективная составляющая представляет собой комплекс взаимосвязанных и взаимообусловленных эмоций — негодование, гнев, ярость. Гневный аффект выступает в качестве основного побудительного мотива поведения.

Когнитивная составляющая содержит негативные убеждения в отношении различных объектов окружающего мира — враждебные атрибуции, недоверие, подозрительность. Враждебность рассматривается в качестве личностной, определяющей восприятие других людей в качестве возможного источника фрустрации, с устойчиво негативной системой оценок и отношений к окружающим.

Поведенческий компонент включает в себя различные паттерны поведения от избегания контактов, общения до вербальной и физической агрессии. Отмечается повышенная готовность к агрессивным реакциям по малейшему, ничтожному поводу. При этом различные формы агрес-

сивного поведения являются формой наказания окружающих.

Специального обсуждения требует вопрос о соотношении атак гнева с диагностическими рубриками основных международных классификаций психических расстройств. В МКБ-10 диагностическая категория расстройств с интермиттирующей раздражительностью выделяется на основании выявления у больных неспровоцированных приступов гнева с физической агрессией. В диагностических указаниях к новой версии классификации (МКБ-11) атаки гнева соотносятся с рубрикой нарушения контроля импульсов.

В классификации психических расстройств американской психиатрической ассоциации DSM-IV диагностика интермиттирующего эксплозивного расстройства основывается на выявлении наличия у больного повторных эпизодов неконтролируемых агрессивных импульсов в отношении других лиц или сопровождающихся «разрушением различных предметов». В новой редакции диагностических рекомендаций в DSM-V подчеркивается, что интермиттирующее эксплозивное расстройство может проявляться не только в виде физической, но и вербальной агрессии, а также «не разрушающей и не причиняющей вреда физической агрессии». В качестве примера агрессии, наносящий ущерб престижу, то есть в первую очередь моральный ущерб личности, рассматривается такое действие как пощечина.

Кроме того для больных детского и подросткового возраста от 6 до 17 лет в DSM-V рекомендована к использованию диагностическая рубрика «деструктивное расстройство регуляции настроения». Для диагностики данного расстройства необходимо сочетание персистирующей раздражительности с частыми вспышками гнева. При этом приступы гнева должны быть «значительно более выражены, чем типичные реакции однополых сверстников в схожих ситуациях» при сохранении нарушений в течение не менее одного года.

Существенное значение имеет разграничение двух близких, но не идентичных феноменов — гнева и дисфории. Общими этих двух феноменов являются: 1) приступообразный характер возникновения; 2) крайняя степень интенсивности переживаемых человеком эмоций с потерей критики и утратой контроля над своим поведением; 3) преимущественная направленность переживаний вовне.

В отличие от гнева дисфория, являющаяся производным от нескольких базовых эмоций, представляет собой сложное многокомпонентное психопатологическое образование, в котором соединены как стенические, так и астенические

эмоции. При дисфории в отличие от атак гнева имеет место сочетание стенических (злоба, ярость) и астенических (тревога, страх) эмоций. Вследствие этого дисфория характеризуется большим полиморфизмом и вариативностью клинических проявлений. В одних случаях при дисфории преобладает аффект злобы, раздражения, в других случаях доминирует подавленное настроение, тревога. В случае гневных атак клиническая картина лишена подобного полиморфизма. Гневные атаки различаются в первую очередь количественно — степенью выраженности, интенсивности аффективных нарушений.

Кроме того, если при гневных атаках ассоциированная психопатологическая симптоматика ограничивается аффективными нарушениями, то в случае дисфории факультативная ассоциированная симптоматика представлена нарушениями, относящимися к различным регистрам нарушений психической деятельности.

Предметом научной дискуссии является вопрос о соотношении гневных нарушений с другими психическими и поведенческими расстройствами. Наиболее часто в литературе обсуждается вопрос о соотношении, связи и значении аффекта гнева при аффективной патологии. Первоначально атаки гнева рассматривались в качестве одного из клинических вариантов, «маски» депрессивных состояний. Несмотря на возможность существования «чистых» гневных атак в большинстве случаев речь идет о коморбидности атак гнева с другими аффективными расстройствами. В работах, выполненных с использованием диагностического подхода, допускающего возможность одновременной диагностики нескольких психических расстройств, атаки гнева выявлены у значительной части больных с аффективными расстройствами [15, 16, 18]. При этом у больных БАР атаки гнева встречаются значительно чаще, чем у пациентов с рекуррентным депрессивным расстройством (РДР) [9, 12]. Более того, высказывается гипотеза о том, что атаки гнева являются единственным достоверным клиническим предиктором биполярности, аффективным расстройством, занимающим промежуточное положение между РДР и БАР [12]. Однако в других работах различия в частоте встречаемости атак гнева при депрессивных состояниях в рамках РДР и БАР не выявлено [17].

В сравнительном исследовании больных с депрессиями, в структуре которых наблюдались атаки гнева, и больных с депрессиями без атак гнева установлены различия клинических проявлений депрессивных состояний. В частности, у больных с депрессиями с атаками гнева отмечалось более тяжелое течение болезни — большая

выраженность депрессивной симптоматики, а также большая длительность депрессивного эпизодов с тенденцией к хроническому течению болезни.

Высокие показатели коморбидности атак гнева установлены с состояниями со значительным удельным весом в клинической картине депрессивных и тревожных расстройств, в частности с нервной булимией, обсессивно-компульсивным расстройством, посттравматическим стрессовым расстройством [8, 13, 19].

Отдельной клинической проблемой является вопрос о соотношении гневных атак и расстройств личности. Депрессивные больные с атаками гнева наиболее часто соответствуют диагностическим критериям избегающего, зависимого, нарцисстического и пограничного расстройств личности [14, 20].

Дисфория — приступообразно возникающее мало мотивированное угрюмо-раздражительное либо тоскливо-злобное настроение. Осевыми облигатными симптомами дисфории являются аффекты тоски и злобы. В отличие от депрессивных состояний при дисфории отсутствует идеаторная и моторная заторможенность. Существуют два подхода к толкованию термина дисфория. Узкое толкование термина предполагает отнесение к дисфории только повторяющихся, как правило, аутохтонных дисфорических состояний. При широком толковании термина под дисфориями понимают как дисфорические состояния, так и дисфорические реакции.

Дисфорические состояния возникают внезапно, как правило, без внешней провокации. Источником раздражения становятся объекты, ранее не привлекавшие внимания и не беспокоившие больного. При отсутствии поводов для конфликтов больные сами провоцируют окружающих.

В зависимости от доминирующего аффекта дисфорические состояния делятся на два типа — стенические с преобладанием злобы и астенические с преобладанием тосклового аффекта. В первом случае больные склонны к внешней разрядке эмоционального напряжения. Объектом агрессии становятся случайные люди. При отсутствии объекта для внешней агрессии больные могут совершать аутоагрессивные действия с нанесением самоповреждений. В случаях смещенной агрессии больные крашут все на своем пути. Во втором случае при астеническом варианте дисфории больные стремятся к уединению, занимают позицию «вынужденного мизантропа».

Легкие, abortивные формы дисфорических состояний проявляются симптоматикой не психотического уровня — придирчивостью, насмеш-

ками, язвительностью, ironией, сарказмом, черным юмором. При легких формах дисфорических состояний физическая агрессия наблюдается очень редко. Как правило, контроль над поведением утрачен не полностью. Многие больные стараются остаться одни, стремятся к уединению, опасаясь совершения агрессивных действий. Повторяющиеся abortивные формы дисфорических состояний часто принимаются окружающими за характерологические особенности, присущие данному человеку. Особый вариант abortивной дисфории, так называемая *moros дисфория*, проявляющаяся своенравием, сварливостью, брюзжанием [10].

Тяжелые формы дисфорических состояний имеют сложную полиморфную психопатологическую структуру, достигают психотического уровня. Факультативная симптоматика при тяжелых формах дисфорических состояний представлена сенсорными, идеаторными, двигательными, импульсивными нарушениями, расстройством сознания.

Сенсорные нарушения представлены явлениями слуховой, зрительной и тактильной гиперестезии. Отмечается непереносимость обычных звуков, запахов. Солнечный свет, искусственное освещение вызывает усиление аффективного напряжения.

«Прорыв» в сознание протопатических ощущений определяет нарушение телесной перцепции в виде эссенциальных или истинных сенестопатий. Больные отмечают появление ощущений «распириания», «клокотания» в груди. При ретроспективном описании своих ощущений больные используют сравнительные обороты, метафоры.

Наличие тревожного компонента в структуре дисфорического состояния определяет возникновение сверхценных либо овладевающих страхов различного содержания.

Тяжелые формы дисфории сопровождаются двигательными нарушениями. Степень выраженности моторных нарушений варьирует от не-поседливости, стремления к постоянному движению или умеренной заторможенности до выраженного психомоторного возбуждение либо субступора. Психомоторное возбуждение при дисфории обычно лишено отчетливого экспрессивного компонента, проявляется однообразными однотипными движениями. Как правило, это так называемое «скучое» или «молчаливое» возбуждение. Речевая продукция больных ограничивается выкрикиванием отдельных, часто не связанных между собой тематически фраз.

Так называемые осложненные формы дисфории могут сопровождаться различными по фабуле бредовыми идеями персекутурного содержания

ния — отношения, ущерба, преследования. В случаях значительной выраженности сенсорного компонента в виде различных по модальности гиперестезий и сенестопатий может наблюдаться формирование бредовых идей ипохондрического содержания.

На высоте аффекта возможно сужение сознания с фрагментарным, избирательным восприятием объектов реальной действительности с последующей амнезией (чаще парциальной) болезненных переживаний. На фоне суженного сознания могут наблюдаться различные варианты немотивированных импульсивных влечений и действий в виде пиромании, дромомании, клептомании.

Как известно, одним из основных критериев, позволяющих разграничить нарушение невротического и психотического уровня, является наличие или отсутствие критического отношения к проявлениям болезни. При тяжелых формах дисфорических состояний критическое отношение к своему состоянию во время приступа отсутствует.

При эпилепсии и экзогенно-органических поражениях головного мозга может наблюдаться тенденция к повторению однотипных по клинической картине дисфорических состояний.

Дисфорические состояния могут также наблюдаться при декомпенсации психопатий (обычного возбудимого типа) в качестве фазовых состояний. У больных посттравматическим стрессовым расстройством нередко наблюдаются внешне не спровоцированные состояния с доминированием угрюмо-злобного настроения с агрессивными представлениями и действиями в виде мести, расправы над реальными или мнимыми недоброжелателями.

В аддиктологии дисфорические состояния связаны с абстинентными и постинтоксикационными расстройствами, вызванными злоупотреблением алкоголя и других психоактивных веществ. Дисфорические нарушения рассматриваются как одно из проявлений поведенческой игровой зависимости.

Дисфорические реакции (эпилептоидный тип реакции П. Б. Ганнушкина) — острые преходящие реактивные нарушения непсихотического уровня. Провоцируются психогенными факторами — ссорами, конфликтами, неудачами, несколько реже изменением соматического состояния. Развитие дисфорических реакций совпадает по времени с действием триггерного фактора. Малейший повод провоцирует крик, оскорбление, угрозы.

Определенное значение имеет ограничение дисфорических реакций от проявлений эмоционально-гиперестетической или раздражитель-

ной слабости. Основным дискриминирующим признаком, позволяющим разграничить данные понятия, является отсутствие истощаемости психической деятельности при дисфорических реакциях. Кроме того, при дисфорических реакциях раздражение приобретает мало дифференцированный характер, не ограничиваясь объектом, вызвавшим эмоциональную реакцию.

Особое положение среди различных вариантов отношения к болезни при соматической патологии занимают дисфорические реакции на болезнь и ее социально-психологические последствия. Клиническим признаком дисфорического реагирования является угрюмо-раздражительное настроение с недовольством результатами лечения, упреками и обвинениями в адрес врачей.

Развитие дисфорических реакций на внешние факторы наиболее часто наблюдается у лиц с акцентуациями характера, психопатиями и психопатоподобными состояниями различной этиологии.

Важно отметить, что наличие или отсутствие провоцирующего фактора не может рассматривать в качестве единственного дискриминирующего признака дисфорических реакций и состояний. Несомненно, наличие провоцирующего фактора — облигатный признак дисфорической реакции. Однако дисфорические состояния могут также провоцироваться внутренними или внешними факторами.

Разграничению дисфорических реакций и состояний помогает анализ направленности и характер агрессивных действий. При дисфорических реакциях направленность агрессии имеет строго направленный, избирательный характер. В случае дисфорических состояний агрессия не имеет направленного избирательного характера, объектом агрессии может оказаться случайный человек, оказавшийся рядом.

Для дисфорических реакций более характерна верbalная агрессия в виде оскорблений, угроз. Прямая физическая агрессия при дисфорических реакциях встречается значительно реже. Напротив, при дисфорических состояниях часто наблюдается физическая агрессия, действия отличающаяся крайней степенью жестокости.

Наконец, в содержании дисфорических реакций в той или иной форме находит отражение провоцирующий травмирующий фактор. Дисфорические реакции в большинстве случаев reducible после прекращения действия триггерного фактора. Измененное настроение при дисфорических состояниях сохраняется, несмотря на благоприятное для больного изменение ситуации, тенденция к регрессу симптоматики от-

существует даже после прекращения действия провоцирующего фактора.

В качестве самостоятельной диагностической категории в современных международных классификациях психических и поведенческих расстройств выделяется предменструальное дисфорическое расстройство. Дисфорическое состояние наблюдается у женщин в поздней лютеиновой фазе в последнюю неделю цикла, в период между очередной овуляцией и началом менструации. В клинической картине расстройства в отличие от классического варианта предменструального синдрома преобладают аффективные нарушения — повышенная раздражительность, несдержанность, подавленное настроение, тревога, эмоциональная лабильность, что дает основание квалифицировать данное расстройство в качестве смешанного состояния по типу «замещающего расстройства». Вегетативный и обменно-эндокринный компонент предменструального напряжения выражены минимально. Формализованные критерии DSM-V предполагают диагностику предменструального дисфорического расстройства на основании наличия двух основных признаков — «стойкого и сильного гнева или раздражительности» и «субъективного чувства потрясения или потери контроля».

На наш взгляд предменструальное дисфорическое расстройство с учетом рецидивирования в определенный период цикла и однотипности клинических проявлений может рассматриваться в качестве особого варианта провоцируемого дисфорического состояния. В качестве триггерного фактора в данном случае выступают циклические изменения гормонального фона в женском организме.

В современную международную классификацию психических расстройств включены две новые диагностические категории, основным компонентом клинической картины которых является дисфорический аффект. К сожалению, в имеющихся диагностических указаниях акцент делается не на особенностях эмоционального состояния, а на содержательной идеаторной стороне болезненных переживаний и особенностях поведения. К таким расстройствам могут быть отнесены гендерная дисфория и дисфория целостного восприятия тела.

При дисфории целостного восприятия тела измененный фон настроения определяется не-приятием образа телесного «я» с активным стремлением, реализующимся в сверхценных фантазиях на тему возможного физического дефекта илиувечья. Кроме этого больные могут носить себе самоповреждения с целью имитации болезненного состояния и получения инвалидности.

В качестве особого варианта дисфорического расстройства в литературе рассматривается так

называемая гендерная дисфория. В основе аффективных нарушений в этом случае лежит не-приятие биологического пола и связанного с этим стереотипа поведения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александровский Ю. А. Терминологический психиатрический словарь. — М., 2021. — 224 с.
2. Березин Ф. Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. — Л., 1988. — 270 с.
3. Блейхер В. М., Крук И. В. Толковый словарь психиатрических терминов. — Воронеж, 1995. — 640 с.
4. Григорьева Е. А., Хохлов Л. К., Дьяконов А. А. Психопатология: симптомы и синдромы. — Ярославль, 2008. — 232 с.
5. Жмурков В. А. Большая энциклопедия по психиатрии. — 2-е изд. — М., 2012. — 864 с.
6. Изард К. Э. Психология эмоций. — СПб.: Питер. — 2000. — 469 с.
7. Микиртумов Б. Е., Ильичев А. Б. Курс общей психопатологии. -СПб.,2008. — 328 с.
8. Симуткин Г. Г. Атаки гнева и «гневные расстройства : клиническая релевантность, проблемы классификации, коморбидности и терапии (обзор литературы). — Обозрение психиатрии и мед психологии им. В. М. Бехтерева. — 2018. — 3. — С. 10 – 21.
9. Симуткин Г. Г. К проблеме соотношения «гневных» и аффективных расстройств. — Здоровье, демография экология финно-угорских народов. — 2021. — 3. — С. 50 – 57.
10. Снежневский А. В. Общая психопатология (курс лекций) : 2-е изд. — М., 2004. — 2008 с.
11. Циркин С. Ю. Аналитическая психопатология. — 2008. — 288 с.
12. Berazzi F. Major depression with anger attacks bipolar spectrum disorder? — Psychoter. Psychosom. — 2003. — 27. — P. 300 – 306.
13. Fava M., Rappe S., West J., Herzog D. Anger attacks in eating disorders. — Psychiatry Res. — 1995. — 56. — P. 205 – 212.
14. Fava M., Rosenbaum J. Clinical correlates and response to fluoxetine treatment. — Am. J. of Psychiatry. — 1993. — 150. — P. 1158 – 1163.
15. Fava M., Rosenbaum J. Anger attacks in depression. — Depress. Anxiety. — 1998. — 8. — P. 59 – 69.
16. Fava M., Rosenbaum J. Anger attacks in patients with depression. — J. Clin. Psychiatry. — 1999. — 60. — P. 21 – 24.
17. Mammen O., Pulkinis P., Challengapput K., Kupfer D. Anger attacks in bipolar depression. — J. Clin. Psychiatry. — 2004. — 65. — P. 627 – 633.
18. Judd J., Schettler P., Akiskal H., Friedonowicz R. Overt irritability / anger in unipolar major depressive episodes. — JAMA. — 2013. — 70. — P. 11 – 71.
19. Pauling N., Sharan P., Mattos S. Antecedents, comitants and consequences of anger attacks in depression. — Psychiatry Res. — 2007. — 153. — P. 39 – 45.
20. Perlis R., Smaler J., Fava M. The prevalence and clinical correlate of anger attacks during depressive episodes in bipolar disorders. — J. Affect. Disord. — 2004. — 79. — P. 291 – 295.

КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ

Самоповреждения: мода? характер? болезнь?

Клиническая конференция
кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии
Ростовского государственного медицинского университета,
13.04.22 г.

Председатель конференции д.м.н., доцент В. А. Солдаткин,
врач-докладчик к.м.н. М. Н. Крючкова

Присутствуют: 89 врачей психиатров, наркологов, психотерапевтов, психологов Ростовской области

Врач-докладчик. Уважаемые коллеги, вашему вниманию представляется пациентка Валерия, 18.12.2006 г. р. (15 лет).

Анамнез. Наследственность со стороны матери отягощена соматической патологией: онкологическими заболеваниями ЖКТ, инфарктом, мигренями прабабушек и прадедушек; АГ дедушки; отягощена психопатологически: прадедушка со стороны матери злоупотреблял алкоголем, дедушка со стороны матери страдает алкоголизмом (запойная форма).

Отец пациентки «агрессивный, простой, глупый, наглый, импульсивный», вырос в «агрессивной, крикливой, обидчивой семье», воспитывался с применением телесных наказаний. Мать пациентки «любящая, понимающая, терпеливая, мягкая, отходчивая, перфекционистка, склонная к рефлексированию, сдержанная», работает на руководящей должности в сфере финансов. Пациентка родилась от второй беременности, протекавшей с угрозой прерывания на 4-м месяце, с поздним гестозом (тошнота беременных); первых естественных срочных родов. В родах наблюдались длительный безводный период, слабость родовой деятельности; пациентка родилась с «тугим» обвитием пуповиной, закричала не сразу (унесли в другую комнату, оказалось пособие), принесли к матери и приложили к груди к вечеру дня родов. Из родильного дома выписана в срок. Находилась на грудном вскармливании до 11 месяцев. В младенческом возрасте наблюдалась у невролога с мышечным гипертонусом (получала массаж); «сильно кричала» по ночам, не могла уснуть, по поводу чего получала фенибут, тенотен. В младенческом возрасте страдала пищевой аллергией, в более старшем возрасте — аллергией на пыльцу растений, эпилепсией кошек, пыль. Села к 6 месяцам, пошла в 1 год 2 мес., фразовая речь сформировалась к 2 – 3 годам. Перенесла ветрянку осенью

в 3,5 года, в 3 года перенесла ангину (амбулаторно). ДДУ посещала с 2,5 лет. Отношения с воспитателями и другими детьми складывались благополучно. Когда пациентке было 3 года, родители развелись (отец часто бил мать пациентки), «мое первое детское воспоминание, как отец tolknul меня, когда уходил».

Воспитывалась матерью, бабушкой и дедушкой со стороны матери по типу потворствующей гиперпротекции (мать все позволяла дочери, старалась ни в чем ей не отказывать, «пытаясь компенсировать тем самым отсутствие отца»). Росла эмоциональным, общительным ребенком, не любила оставаться одна, требовала постоянного присутствия матери или бабушки. Любимые игрушки — куклы, игра — «дочки-матери», любила, когда бабушка читает вслух энциклопедии или сказки. После 6 лет (2012 г.) пациентка стала более капризной, требовательной, могла реагировать «истерикой» (крики, плач), если не удовлетворялись какие-либо ее желания или просьбы (например, покупка чего-либо).

В период с 6 лет до 10 лет (с 2012 г. по 2016 г.), пациентке периодически могло показаться, что какой-то человек заходит к ней в комнату, хочет ее схватить, при этом кричала и звала на помощь; в лесу между деревьями мог показаться «человек, которого на самом деле не было», боялась темноты и этих «видений». С 6 лет (2012 г.) «начались проблемы с приемом пищи»: «ела много, не могла остановиться» (ела сладкое, «не наедалась», «ела, что видела»), увеличилась масса тела, мать и бабушка были обеспокоены «такой тягой пациентки к еде», разговаривали с ней об этом, старались ограничить прием пищи. Со слов пациентки, в тот период времени чувствовала свою вину в том, что отец с ней не общался, также тяготилась идеями вины в том, что «много ест», казалось, что «маме жалко для нее еды». Пациентка перестала передавать усилиями матери, но, по своему мнению, оставалась несколько полной (62 кг при росте 160 см).

В школу пошла в неполные 7 лет, подготовленной, в новом коллективе адаптировалась без особенностей. Училась на «хорошо» и «отлично», «особо не утруждаясь, схватывая информацию на лету», близких друзей не имела. В это же время с матерью участились конфликты, на которые пациентка реагировала «истерикой» (крики, плач), если, например, мать не отпускала ее погулять. При этом могла физически вымешивать агрессию на матери (схватить за руки, толкнуть), после этого чувствовала себя виноватой, просила прощения; могла провоцировать «других на агрессию»: «злила и провоцировала дедушку, что бы он ее бил и толкал». По этому поводу было несколько разговоров с матерью: «мама сказала ей, что такая она не будет никому нужна». После этого применение физической силы со стороны пациентки постепенно прекратилось. Во 2 классе (8 лет) пациентка пошла на танцы, занималась до 7 класса (бальные танцы, хип-хоп, русские народные танцы).

Пациентка стремилась общаться с бабушкой и тетей по линии отца, единокровным братом (младше на 5 лет); не смотря на общение, не чувствовала с их стороны привязанности, проявлений теплоты, наоборот, часто их встречи оканчивались конфликтами, пациентка «чувствовала, что не нужна им, что они не хотят с ней общаться». После ухода из семьи отец также пренебрегал общением с дочерью, не интересовался ее жизнью, часто обещал ей увидеться, совместно провести время, но свои обещания не выполнял. С 10 лет (2016 г.) стали возникать мысли о том, что «было бы хорошо начать худеть, но я слишком люблю есть». С 11 лет (2017 г.) стала есть маленькими порциями одно и то же, например гречку, «но от сладкого и газировки никогда не отказывалась». Пациентка объясняла ограничение в еде тем, что хотела таким образом привлечь внимание отца «если я не буду есть, может он обеспокоится моим состоянием, уделит мне внимание», «может он не общается со мной, потому что со мной что-то не так, если похудею, возможно, будет общаться». «Когда она похудела примерно на 6 кг, в школе ее однократно называли «бегемотихой», тогда она стала худеть еще сильнее». В целом «похудела» с 62 до 47 кг, при этом отмечала, что «ей нравилось головокружение, слабость, то, что постоянно хотелось спать и из-за этого не могла ничего делать». «Зубрила предметы», «усиленно училась», это помогало отвлекаться, «чтобы не есть».

Menarche с 11 лет, цикл по 6 дней через 26 – 30 дней, установился сразу, наблюдается альгодисменорея. За 3 дня до начала менструации у пациентки появляются раздражительность, головокружение, субфебрилитет до 37.2.

С 11 лет (2017 – 2018 гг.) стали возникать периоды сниженного настроения с раздражительностью, постоянной усталостью, слабостью, потерей интересов, безрадостностью, сонливостью, «ничего не хотелось делать», снижением способ-

ности к сосредоточению, «медлительностью», что отрицательно сказывалось на успеваемости. Данные периоды сначала возникали редко и непродолжительно (несколько дней 1 раз в месяц), сменялись на периоды с хорошим настроением, активностью, энергичностью, с восстановлением интересов, увлечений, успеваемости. С течением времени периоды сниженного настроения участились и стали более продолжительными (до 2 – 3 недель). 12.09.2019 (12 лет) обратились к участковому врачу-психиатру с жалобами на «трудности во взаимоотношениях с матерью, плаксивость, нарушение пищевого поведения — старается следить за собой, меньше кушать, нарушение менструального цикла в течение 2-х месяцев». Был установлен диагноз: «F43.23 Расстройство адаптации с преобладанием нарушения других эмоций. Нарушение пищевого поведения». Рекомендовано: фенибути 0.25 по j tab утром и в обед, S tab на ночь, 2 месяца, семейная психотерапия. Со слов матери, принимала фенибут в течение месяца, затем прекратила, так как не было заметного эффекта.

Обращалась к неврологу, был установлен диагноз «Вегетососудистая дистония». Лечение не получала.

С 13 лет (2020 г.) продолжала тщательно следить за массой тела, если последняя становилась больше желаемого (более 55 кг) — ограничивала порции еды (на 1 – 2 суток), не ела после 15.00, «но если что-то вкусненькое, то могла поесть и в 20:00 – 21:00 ч, от сладкого и газировки не отказывалась», принимала слабительное (с 14 лет, 2021 г.) бисакодил от 2 до 5 таблеток), могла обманывать мать, говоря, что у нее запор, мать делала ей «слабительные» клизмы, (рвоту не вызывала — не переносила ощущение после нее). Пациентке нравилось, когда «ее называли анорексичкой», «нравилась ее худоба».

Затруднений со школьной программой не имела; любимые предметы — алгебра, русский язык, литература. В 7 классе (2020 г.) начались проблемы в школьном коллективе: учащиеся параллельных классов конфликтовали между собой, могли подраться, конфликт не имел отношения лично к пациентке, но в связи с неблагоприятной обстановкой, пациентка перешла в другую школу с 8 класса. В новом коллективе адаптировалась без особенностей, появилась постоянная компания друзей-одноклассников.

14.05.2021 года (14 лет) снова обратились к врачу-психиатру с жалобами на «перепады настроения, повышенную чувствительность, ранимость, трудности в общении с матерью, плаксивость». Из осмотра психиатра: «Прошла ЭПИ, на первый план выступают черты, характерные для детей с тенденцией к гистрионии и общим легким снижением нейродинамики психических процессов». Был поставлен диагноз: «F92.8 Другие смешанные расстройства поведения и эмоций. Расстройство поведения и эмоций у девочки с патохарактерологическим формированием

личности по истеро-возбудимому типу». Рекомендовано: фенибут, который принимать не стала из-за отсутствия эффекта ранее.

С 14 лет (2021 г.) в периоды сниженного настроения (описанные выше) у пациентки стали возникать мысли о том, что «не хочется жить», хотелось «подняться на 15 этаж соседней многоэтажки и спрыгнуть» (но останавливали мысли о матери и друзьях), «впасть в кому и при этом посмотреть на реакции остальных, нужность или важность меня; попасть под машину». В этот период при конфликте с матерью разбила стакан, нанесла осколком стекла порез на слизистую верхней губы, на кожу запястья (чем напугала и расстроила мать), «сначала испугалась крови», потом «понравился вид своей крови — кровь так красиво стекала, хотелось еще». Также перед порезами вспомнила свою одноклассницу, которая часто наносила себе порезы, показывала их всем в школе, в том числе пациентке; сообщала, что «от порезов становилось легче». На следующий день нанесла на область запястья еще 4 царапины, так как накануне «выплюнула не все эмоции». В первый раз наносила порезы «с целью умереть, но не знала, как правильно наносить порезы, они были неглубокие»; впоследствии порезы наносила без суицидальных целей: в периоды снижения настроения, в моменты сильного эмоционального напряжения — «чтобы отвлечься» (ножницами или канцелярским ножом, на область передней поверхности грудной клетки, на область живота, переднюю поверхность голени), с помощью порезов выплескивала эмоции — агрессию, раздражительность, печаль; вымешала на себе злость, «порежет себя и легче становится». Могла бить себя по лицу «чтобы не плакать», сильно сжимать себя, щипать.

В настоящее время учится в 9 классе, наблюдаются трудности в отношениях с классным руководителем, которая «придирается» ко внешнему виду пациентки, «занижает оценки», из-за чего пациентка не хочет ходить в школу, пропускает занятия. Дома готовится к экзаменам (ОГЭ). После школы собирается поступать в колледж ДГТУ, хочет стать психологом. Увлекается рисованием, чтением (зарубежная классика, детективы, фэнтези), геммологией. Около полутора имеет постоянную компанию друзей-ровесников (6 человек: «один парень гей, я, и две пары девушек (гомосексуальных), которые встречаются»). Одна из пар девушек является «матерями» пациентки — «заботятся о ней, поддерживают ее в переживаниях, в том числе, следят, чтобы она не наносила себе порезы; если не удается уследить, расстраивают, ругают ее и друг друга, и тоже могут нанести себе порезы».

В последние полгода (с октября 2021 г.) периоды хорошего самочувствия сократились до нескольких дней, периоды сниженного настроения стали более продолжительными (до 2–3 недель), во время которых наблюдаются сниженное, «никакое» настроение, душевная боль, уста-

лость, слабость, ощущение своей вины «во всем» перед близкими и друзьями, «чувствует себя никчёмной», обзывают себя «тварью», «некрасивой», «уродкой». Чтобы отвлечься, стала часто менять цвет волос и прически, но «это уже не помогало снять напряжение»; при конфликте с матерью (в январе 2022 г.) побрилась налысо.

С октября 2021 г. в периоды сниженного настроения у пациентки стали возникать переживания того, что между пациенткой и миром — «невидимая преграда, она как будто находится в прозрачном пузыре и видит себя со стороны», окружающее кажется нереальным и ненастоящим «люди не настоящие», «я не я», «будто я наблюдаю за собой со стороны»; «кажется, что моя собака — это игрушка, я удивляюсь, почему она двигается»; «в такие моменты я ничего вокруг не слышу и не замечаю». Данное состояния вначале носили кратковременный (до нескольких часов) и эпизодический характер, но с февраля 2022 г. удлинились по продолжительности до 2 дней подряд с периодичностью 2–3 раза в неделю (называет данные состояния «апатией»).

С начала февраля 2022 г. отмечает ухудшение самочувствия, когда стойко снизилось настроение, появилась плаксивость, душевная боль, стало невозможно сдерживать раздражение (по поводу и без), аутоагgression. Стала сильно конфликтовать с матерью, остро реагировала на ссоры с друзьями, происходили истерики, во время которых кричала, плакала, наносила себе порезы, появилась повышенная утомляемость, снижение концентрации внимания, «не хотелось ничего делать», «ничего не интересно», возникла безрадостность, нарушился процесс засыпания, появились ранние утренние иочные пробуждения, отсутствовало чувство отдыха после сна; мысли о суициде стали ежедневными, «фоновыми» («но было лень идти куда-то прыгать»). Периодически при пробуждении среди ночи кажется, будто на балконе кто-то на нее смотрит, или когда закрывает глаза, то кажется, что кто-то за ней следит; присмотревшись, «видение» исчезает, пациентка понимает, что никого нет, показалось. Самочувствие не улучшалось, с 04.03.2022 поступила для обследования и лечения в дневной стационар ГБУ РО «ПНД» с диагнозом «F32.0 Депрессивный эпизод легкой степени». Сопутствующий диагноз: «Нарушение осанки по скolioтическому типу, синдром гипермобильности суставов».

Наркологический анамнез: первая проба алкоголя в 14 лет, при маме выпила бокал шампанского, чувство опьянения понравилось. Алкоголь принимала несколько раз при родственниках (шампанское, пиво). С 14 лет начала курить эпизодически во время конфликтов, стрессовых ситуаций «если у кого-то рядом есть сигареты, то я возьму, сама не покупаю, не ношу с собой». Наркотики не пробовала и не хочет, объясняет это тем, что «мне с детства внущили, что это плохо».

Сексуальный анамнез: Возникновение платонического либидо — в детском саду, когда понравился мальчик, из-за которого даже подрались с другой девочкой. Возраст возникновения сексуального либидо — 11 лет. Мастурбация — с 11 до 13 лет. Отмечает, что мастурбировала почти каждый день. В 11 лет мать обнаружила, что пациентка смотрит порнографические видео «мама заметила, что я искала в интернете видео, на тот момент я не знала, как очистить историю браузера. Она пристыдила меня при дяде «посмотри, что она смотрит в интернете». Пациентке стало стыдно, она стала тщательно скрываться от мамы «когда мама уходила на работу, я мастурбировала». С 13 лет прекратила совсем «не знаю почему, больше не хотелось». Было несколько романтических отношений с мальчиками-сверстниками, которые длились 2 – 3 недели. Сейчас хочет «построить отношения с девочкой, ей 13 лет». «В первый день знакомства, я ее обняла и сказала, что хочу с ней встречаться, она сначала испугалась, потом сказала, что нам надо узнат друг друга поближе, и можно попробовать построить отношения»

Психический статус при поступлении: Сознание ясное. Ориентирована во всех сферах верно. Контакту доступна. Зрительный контакт поддерживает. Держится свободно, сидит в раскованной позе. Одета аккуратно, по погоде. Короткая стрижка, темные волосы. Нанесен яркий макияж, носит украшения, на пальцах — многочисленные кольца. Речь в обычном темпе, голос хорошо модулирован. На вопросы отвечает подробно, в плане заданного, в переживаниях раскрывается. Активно предъявляет жалобы на плохой сон «могу проснуться в 3 часа ночи и смотреть в стену», плохое настроение, обострившуюся раздражительность по поводу и без, часто возникающее желание заплакать, но в то же время «понимаю, что заплакать уместно, но не могу», обидчивость, повышенную чувствительность. Сообщает, что «когда плохо — режу себя», «часто ссорюсь с мамой». Жалуется также на «плохую концентрацию внимания», на то, что «не хочется ничего делать», на «фоновое нежелание жить». При рассказе о переживаниях на лице появляется улыбка. Объясняет это защитной реакцией. Иногда на глазах появляются слезы. Фон настроения снижен. Отмечается эмоциональная лабильность. Мимика и пантомимика соответствуют переживаниям и высказываниям. Словарный запас соответствует возрасту и полученному образованию. Мысление без выраженных структурных нарушений. Обманов восприятия не обнаруживает. Бредовых мыслей и идей не высказывает. Интеллект и когнитивные функции сохранны. Критика к своему состоянию сохранена. Активно ищет помощи и поддержки. На лечение настроена.

Поведение в стационаре: при первой встрече цвет волос темный, на следующий день перекрасилась в ярко-красный цвет, через неделю — в рыжий; еще через неделю снова в ярко-красный, брови всегда окрашены в цвет волос. Наносит «трендовый» макияж (например, цветные стрелки, помада нанесена с «эффектом зацелованных губ»), который смотрится на пациентке уместно. Одевается согласно последней моде, например платье с пышным подъюбником и корсетом. В первый день госпитализации пациентке не было назначено медикаментозного лечения, так как сначала требовалось пройти ЭПИ. Из-за чего, со слов матери, на выходных пациентка расстроилась, кричала, плакала, хотела себя порезать, «думала, что ей помогут, будут ее лечить, а оказалось, что им все равно на меня». Через 3 дня после назначения фармакотерапии успокоилась, стала более открытой и расположенной к контакту, еще больше раскрывалась в переживаниях. Терапию принимала охотно.

С другими пациентами не общалась, терпеливо дожидалась приема врача.

Во время госпитализации, на фоне терапии продолжала наносить себе самоповреждения (ориентировочно 2 раза в неделю), о чем самостоятельно сообщала, объясняла самоповреждения тем, что не всегда могла устоять при появлениях мыслей о них при ссорах с друзьями или матерью. Сообщала, что наносит самоповреждения исключительно для снятия эмоционального напряжения (суициdalную направленность при этом категорически отрицала) «мне сложно не резаться, это уже как привычка — развлечение, привычка». Также по рекомендации лечащего врача во время госпитализации начала посещать психолога.

Соматический статус: Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, обычной окраски, тургор кожи нормальный. В области верхней трети передней поверхности грудной клетки, верхней трети живота, передних и боковых поверхностей голени расположены множественные рубцы от 4 до 12 см, шириной до 1 мм, не возвышающиеся над кожей, бледно-розового и розового цвета, безболезненные, преимущественно вертикальные или косо направленные. Также в области верхней трети передней поверхности грудной клетки имеются рубцы, заживающие под корочкой, в количестве 6, незначительно болезненные, преимущественно вертикально и косо расположенные. В области верхней трети боковой поверхности правого бедра расположены множественные рубцы ярко-красного цвета с формирующейся корочкой, несколько отекшими, гиперемированными краями, незначительно болезненные, от 4 до 10 см на 0,3 см, рисунок рубцов — в виде «дерева».

Рост — 165 см, масса тела — 55 кг.

Над легкими дыхание везикулярное, выслушивается над всех поверхностью легких, хрипов нет, ЧДД-18. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. АД 100/60 мм рт ст, ЧСС — 72 уд/мин. Живот правильной формы, при пальпации мягкий, безболезненный, границы печени в норме. Выявляется правосторонний сколиоз, несколько увеличена амплитуда движений в крупных суставах конечностей. Мочеиспускание свободное, безболезненное, стул — один раз в сутки, оформленный.

Неврологический статус: Реакция зрачков на свет сохранена, D = S. Сухожильные рефлексы живые, D = S. Нарушений двигательной функции не выявляется. Чувствительных нарушений не выявляется. Координационные пробы выполняет правильно. В позе Ромберга устойчива. Менингиальных симптомов нет. Очаговой патологии ЧМН не выявлено.

Психологическое исследование от 11.03.22 (клинический психолог Е. А. Цурцумия). Дистанцию психолог — пациент выдерживает, агрессивных тенденций открыто не проявляет. На протяжении всего исследования выглядит малоэмоциональной. Контакт (визуальный, вербальный) в беседе устанавливает и способна поддерживать самостоятельно, но он преимущественно носит формальный характер. В переживаниях полностью не раскрывается. Словарный запас (активный, пассивный) соответствует возрасту и полученному образованию. Мимика и пантомимика с элементами стеничности. Задания выполняет, коррекционную помощь принимает не всегда, проявлена тенденция к формированию оппозиционно — негативистической установки.

Собственная активность: умеренная.

Фон настроения — с тенденцией к снижению.

Работоспособность: отмечались колебания уровня достижений умственной работоспособности (мотивационные, динамические)

Большая часть инструкций, разъяснений не требовала. К допускаемым ошибкам, критична не в полной мере, ошибочные суждения в эксперименте не всегда корректируются.

Исследование внимания с помощью таблиц Шульте выявляет некоторое снижение концентрации, устойчивости и распределения произвольного внимания, темп сенсомоторных реакций несколько лабилен (признаки гиперстении). Время работы с таблицами Шульте: (45, 41, 61, 44, 59 сек).

В мнестической функции (слуховая модальность), механическая память, краткосрочная, формально не содержит патопсихологических знаков, динамика процесса — неустойчивая, уровень отсроченного воспроизведения — нормативен (7, 8, 9, 7, 8, в ретенции — 7). Ассоциативная память грубо не нарушена. Эффективность опо-

редованного запоминания составила 100%. Достаточно легко подбирает символы на слова, связанные как с эмоциональным состоянием, так и на сложные абстрактные понятия (рисунки, в большинстве случаев конкретны, отдельные — детализированы).

Уровень обобщения и абстрагирования — существенно не снижен. Отмечалась тенденция к использованию конкретно — ситуационных, малозначимых признаков, иногда, в суждениях пациентки, встречались сугубо личные, индивидуальные представления о предметах и явлениях, которые, чаще, отражают мировоззренческие установки. Темп мышления — с признаками ригидности (методики «Исключение 4-го»; «Классификация»; «Объяснение пословиц»).

Аффективно-личностная сфера:

Шкала Гамильтона — 13 — легкое депрессивное расстройство.

Шкала маний Янга — 4 — Норма.

Тест Люшера: состояние выраженной социально-психологической дезадаптации. Ощущение разочарования, диссонанса между идеальными представлениями и грубой реальностью. Потребность в покое и расслаблении, освобождении от стресса. Неприятие ситуации, протест, непримиримость. Перенапряжение физическое и душевное. Тревожная и болезненная оценка своего самочувствия.

Во избежание конфликтов проявляется тенденция к сдерживанию непосредственных реакций и ярких эмоциональных всплесков, позволяющих лишь в контактах узкого круга.

Болезненно переживается отсутствие возможности реализовать потребность в сохранении собственной индивидуальности и «социальной ниши», создающей ощущение понимания и безопасности. Состояние крайней разочарованности, неудовлетворенности. Потребность в сочувствии и ощущение собственного бессилия.

Исследование личностной сферы Методикой ПДО выявляет:

Конформность = 2 — умеренная.

Реакция Эмансипации = 4 — выраженная.

По результатам исследования на первое место вышел тип **Д (12Б)** что свидетельствует об акцентуации характера по демонстративному типу, с формированием отдельных психопатоподобных поведенческих реакций, со склонностью к проявлению девиантных форм поведения (концептуально поведенческие реакции), в сочетании с типом **III (7Б)**,

Риск социальной дезадаптации — высокий (присутствуют выраженные признаки социальной дезадаптации), склонность к девиантным формам поведения.

Склонность к депрессии (16) — неопределенный.

Демонстративный тип (Д): главная черта — жажда внимания к своей особе, восхищения, удивления, почитания, сочувствия. Любит фантазировать. Внешние проявления эмоциональности на деле оборачиваются отсутствием глубоких чувств, при большей выразительности, театральности переживаний, склонности к риску. Неспособность к упорному труду сочетается с высокими притязаниями в отношении будущей профессии. Выдумывая что-то, легко вживаются в роль, могут вводить в заблуждение доверчивых людей. Неудовлетворенный эгоцентризм часто подталкивает к яростной оппозиционности. Выигрывают в ситуации неразберихи, сумятицы, внезапно возникшей неопределенности. Среди сверстников претендуют на первенство. Самооценка далека от объективности. Обычно представляют себя такими, какими в данный момент легче всего произвести впечатление.

Шизоидный тип (Ш): главными чертами являются замкнутость и недостаток интуиции в процессе общения. Трудно устанавливаются неформальные, эмоциональные контакты — эта неспособность нередко тяжело переживается. Быстрая истощаемость в контакте побуждает к еще большему уходу в себя. Недостаток интуиции проявляется неумением понять чужие переживания, угадать желания других, догадаться о невысказанном вслух. К этому примыкает недостаток сопереживания. Внутренний мир почти всегда закрыт для других. Увлечения отличаются силой, постоянством, и нередко необычностью, изысканностью. Труднее всего переносятся ситуации, где нужно быстро установить неформальные эмоциональные контакты, а также насилиственное вторжение посторонних во внутренний мир. Замкнутость и сдержанность в проявлении чувств иногда помогают неплохо совмещаться с окружающими, ограничиваясь формальными контактами.

Таким образом, при настоящем исследовании обнаруживается, что в когнитивной, аффективно-личностной сфере пациентки проявлены признаки личностно-аномального ППСК — наличие шизо-истероидного типа акцентуации характера, с возможностью формирования отдельных психопатоподобных поведенческих реакций, со склонностью к проявлению девиантных форм поведения и снижением социальной адаптации. Возможно, что поведение организуется вокруг определенной концепции, может быть прогностически неблагоприятным в связи с трудностью осуществления при таком типе поведения большого реабилитационных и психотерапевтических мероприятий. Обнаруживаются признаки депрессивного реагирования (невротического свойства).

Нарушения когнитивной сферы, присутствуют в виде динамических нарушений (некоторой неравномерности скорости протекания и интен-

сивности познавательной деятельности). Обращает на себя внимание формирование суждений на основании сугубо личных, индивидуальных представлений о предметах и явлениях. Критика к своему состоянию парциально снижена. Структурных нарушений мышлений не обнаружено.

Рекомендовано наблюдение за когнитивной и аффективно-личностной сферой исследуемой.

Терапия: флуоксетин до 30 мг/сут (получает по настоящее время), гидроксизин до 50 мг/сут, феназепам 0,001 г на ночь (транквилизаторы получала в начале терапии в течение 2-х недель).

На фоне проведенной терапии у пациентки улучшилось настроение, восстановился сон, купировались плаксивость, раздражительность, но сохраняются явления ангедонии, периодическая усталость в дневное время, отсутствие чувства отдыха после сна, суицидальные мысли, которые отошли на второй план, явления дереализации, деперсонализации, самоповреждения.

БЕСЕДА С ПАЦИЕНТКОЙ

В. А. Солдаткин. Здравствуйте, меня зовут Виктор Александрович Солдаткин, я врач-психиатр, как и все присутствующие в аудитории; здесь нет никого, кто не связан с медициной и не знает о врачебной тайне. На нашем межрегиональном консилиуме присутствует врач-психиатр из Волгограда — Юрий Юрьевич Осадший. Вы согласны побеседовать с нами? — Да. — Лера, как ты себя сейчас чувствуешь? — Плохо, недавно опять порезала ноги себе. Желание умереть усиливается. — Такое же фоновое, перманентное, постоянно хочешь умереть или это как-то приходит волнами? — Накатывает. — Когда, в каких ситуациях, что провоцирует? — Ничего не провоцирует, я могу просто утром встать и понимать, что не хочу никуда идти, я просто хочу остаться дома, порезаться и желательно умереть. — Ты бы фон настроения оценила как сниженный? — Да. — Есть много оттенков низкого настроения: грусть, печаль, тоска, отчаяние, безразличие, апатия, отстраненность, ты бы какие слова для себя выбрала? — Отстраненность, апатия. — Тоски нет? — Просто ничего не хочу и ничего нечувствую. — Оно каждый день так, или день на день не похож? — Бывают дни, когда это отходит на второй план. — Но остается, ты это чувствуешь? — Да. — Отходит на второй план, когда ты чем-то увлечена, что-то положительное происходит? — Да, с друзьями, например, встречаюсь. — Всегда друзья помогают, ты чувствуешь себя более собранной, менее отстраненной? — Чаще да, но бывает, что и в компании такое настроение. — Ты замечала, что бывает какая-то ритмика в твоем настроении, в какие-то часы хуже, а в какие-то всегда лучше? — Нет. — И не было никогда? — Нет. — Утро, день, ве-

чер — одинаково? — Было неделю назад так, что в течение двух недель к вечеру ухудшалось настроение. — Можешь предположить из-за чего? — Обычно что-то происходило: либо я с кем-тоссорилась, либо кто-то что-то говорил мне, и меня это обижало, я была более раздражена к вечеру, получается. — Как насчет удовольствий: они есть, их нет, или они есть, но снижены? — Есть, но снижены. — И все-таки, тебя может что-то порадовать, кроме встречи с друзьями? — Я нос проколола недавно. — Тебя это порадовало? — Да — Доставило удовольствие? — Да. — А еще что? — Я не знаю, большие ничего, друзья только. А нос я давно хотела проколоть, мать мне разрешила, и я пошла проколола. — А как ты думаешь, благодаря чему она разрешила, что повлияло? — Потому что я порезалась до этого. — Получается, что порезы на этот раз помогли решить проблему с носом, есть возможность использовать эти порезы для чего-то? — Нет. — Это впервые так получилось? — Получилось, потому что мама хотела, чтобы я отвлеклась, она предложила пойти купить что-то из одежды, я сказала, что не хочу одежду, я хочу прокол. «Я давно хочу прокол, и ты это знаешь». — Это заметно изменило твое настроение, развеселило, порадовало? — Да. — Как у тебя с энергией, мотивацией, желанием? — Могу минут двадцать у друзей по головам попрыгать, ухо у кого-то откусить (смеется). — Это резко приходит и резко уходит? Ты импульсивный человек? — Резко приходит и уходит, да, я импульсивный человек. — Ты замечала у себя импульсивные, довольно быстрые перепады настроения? — Да. — Это всегда тебе было присуще или когда-то появилось? — Это всегда мне было присуще, еще с детства. — Чувство непонимания кто Я, пустоты в душе, зияющей дыры, тебе знакомо? — Да. — Это недавнее приобретение или ты это давно в себе знаешь? — Четыре года, с одиннадцати лет. — Это чувство мешает тебе представить, что будет через год, два, как ты завершаешь школу, идешь в колледж, что будет дальше в профессиональном плане, семейном, личном, или тебе трудно пока так далеко заглядывать? — Мне трудно далеко заглядывать, я знаю, что у друзей есть планы со мной, но я безучастна, я их слушаю, но не включаюсь, говорю: «да я поеду с вами»... — То есть ты ведома в этих планах, ты скорее присоединяешься к другим, когда они планируют? — Да. — Такие люди тебе ценные, которые могут быть генератором планов? — Это предлагали мне мои друзья, те которые мне действительно важны. — А ты можешь быть таким генератором? — Генератором идей? — Идей, планов, целей? — Бывает, но в последнее время вообще нет. — Про импульсивность, ты упомянула, что тебе хочется попрыгать, покарнавалить, ты можешь радостно смеяться, я правильно тебя по-

нял? — Не то, чтобы я смеюсь, я просто пытаюсь всех как-то физически либо обнять, либо укусить, либо растормошить. — То есть прилив энергии? — Да. — Бывает так, что этот прилив застывает в тебе не на часы, а дольше? — Нет. — За последние полгода было такое, что энергии было много несколько дней подряд? — Максимум один день, да и там, наверное, часами прерываясь. — Это приходит неожиданно или по ситуации? — Неожиданно, все идет как обычно и в какой-то момент я просто подскакиваю. — Расскажи про самоповреждения, ты начала это делать лет с 13? — В 14 лет. — Прозвучало в анамнезе, что сделала первый порез и буквально на следующий день уже несколько порезов, потому что понравился вид крови? — Да. — Потом это было постоянно или какими-то волнами? — Это приходило волнами, где-то полгода я ничего не делала, потом разбила стакан в ванной и опять порезалась. Я старалась резаться так, чтобы мама не увидела, но она все равно всегда видела. — Как же она все видела? — Я не знаю. — Полгода этого не было, а потом опять пришло? — Да, потом опять перерыв был, а в последнее время очень часто. — Может, есть какая-то закономерность в этих периодах? — Для меня это был крайний случайрезаться, а в последнее время я стала часто резаться, просто потому, что вытаскиваю эмоции — Эти порезы связаны с тем настроением, в котором ты в это время находишься или это сугубо сиюминутное? — От настроения это не зависит. — Какой эффект пореза, вот порезалась и что ты чувствуешь? — Я вообще не понимаю, когда я это делаю, последний раз, когда я резалась я сидела в ванне, в воде, и только когда боль почувствовала — я пришла в себя. — А до этого что это было? — Я не здесь, я где-то там, я не знаю кто это делал, я не чувствовала, что это я делаю, и вообще не понимала, что происходит. — Потом сделала, чувствуешь, и что дальше? — Из того момента, когда я сидела в ванной, я только помню, что мне стало больно, я встала, и все. — И что потом на душе? — На душе легче становится. — Ты можешь ответить на вопрос, для чего ты режешься? Или ты считаешь, что это абсолютно автоматизированный процесс, и ты здесь не при чем? — (молчит). — Какая цель? — Легче. — Облегчить? — Да, агрессию свою на себя. — То есть перед этим есть агрессия? — Есть. — Ты ее направляешь на себя и на душе становится легче? — Изначально это было только с агрессией, в последнее время остальные эмоции тоже там присутствуют. — За этот год количество порезов стало больше они стали чаще? — Чаще, больше. — Бывает так что какое-то напряженное состояние, ты резаться не можешь, ждешь этого, хочешь этого? — Когда я в школе, бывает хочется порезаться, но я не могу, у меня и ножа с собой нет, и куда я пойду,

все в крови будет. — Как ты себя тогда чувствуешь? — Последний раз, когда такое было я просто пошла в туалет и прогуляла урок. — Полегчало? — Не сильно, я пришла домой и порезалась. — Вот как раз хотел спросить, если возникает такое желание, ты не можешь, позже все равно это реализуешь? — Не всегда, если настроение, которое было в школе, я хотела порезаться и ничего кроме этого, остается, когда я прихожу домой и не побеждает усталость, то естественно я режусь. — Чтобы успокоиться, направить агрессию внутрь себя, есть еще какое-то действие, способ, люди, что-либо, что также помогает снять напряжение? — Футболку один раз порвала. — То есть нужно что-то разорвать, тоже помогает? — Да. — Так может проще рвать футболки, чем себя резать? — У меня столько вещей нет, меня мама убьет просто (смеется) — А с едой как у тебя сейчас дела? — Я ем, когда я хочу, но при этом вес важен, то есть я не буду есть вечером. — Ты фиксирована на вопросе веса или это норма: так и должна весить себя молодая девушка, следить за фигурой? — Я фиксирована. — Ты понимаешь, что ты как-то перебарщиваешь в вопросах контроля еды? — Бывает. — Но не всегда? — Не всегда, бывает я просто пойду и «нажрусь», и мне все равно: сколько я буду весить, как я буду выглядеть. — А что для тебя значит «нажруть»? — Пойду в «Мак» или «Кинг». — Если пришла — это один бургер и картошка, или это будет целый поднос еды? — Бургер и картошка, в меня больше не влезет. — То есть так обяжешься, чтобы реально огромное количество еды съесть, у тебя такого не бывало? — Бывало, но это было давно. — Или для тебя обяжешься — это съесть что-то запрещенное? — Это зависит от того какая еда, если бургер — я могу наесться одним, если мама плов приготовит — я могу кастрюлю съесть. — Ты преувеличиваешь? — Нет. — Кастрюлю плова ты навряд ли осилишь — Нет, я осиливала кастрюлю плова примерно месяц назад. — Мама, скажите, сколько она может реально съесть в большом количестве? — После школы бывает она многовато ест. — Много — это сколько, полная тарелка, или тарелку съела, и еще вторую попросила? — Вторую может попросить. — Если ты много съела, что тычувствуешь? — Хочу спать. — Чувство тошноты, переполнения живота испытываешь? — Переполнения нет, я хочу выпить слабительное. — Рвоты у тебя не было, или ты вызывала рвоту? — Не вызывала, я ненавижу это. Если бы это не было так мерзко, то я бы вызывала рвоту. — Тебе проще слабительное выпить? — Да. — Если бы ты вызывала рвоту, то это было бы когда, в какой период? — И четыре, и три, и два года назад, все это время я бы рвала. — Как ты общашься сейчас с людьми, ты довольна уровнем своего общения? — Меня очень легко разозлить,

особенно чужие люди меня злят очень сильно, многие. — Они злят, раздражают, бесят, или ты их не понимаешь? — Бывает, что я не понимаю, а бывает, что прям раздражают. Вот ситуация: я сижу, никого не трогаю, и вдруг какая-то женщина говорит мне: «Ребенку 9 лет, уступи место», я не знаю зачем я встала, но потом я над ней стояла, и мне хотелось ее просто придушить. — Ты ей ничего не сказала? — Я ничего не сказала, просто стояла над ней и в упор смотрела. — То есть ты показывала своим видом что? — Я показывала своим видом, что она мне не нравится, и я хочу, чтобы она ушла. — И все же люди тебе понятны или нет, их желания, их мотивы, их мимика? — Если задуматься, то да. — Ты можешь сказать, что обладаешь интуицией, что ты можешь предсказать эмоции, реакции, поведение другого человека? — Кого-то да, кого-то нет. — А большинство? — Я не задумываюсь. — Они тебе не важны? — Да. — Ты довольна тем, как работает твоя голова, память, внимание, мышление? — Нет, мне очень сложно запоминать последнее время, до этого я могла сразу влиться в текст. Сейчас я читаю и не сразу понимаю, о чем, только где-то к середине текста я начну понимать, что я читаю, иначе мне придется перечитывать, а раньше могла за пять минут все сделать. — А когда вникла, ты зафиксировалась, ты читаешь, ты хорошо делаешь умозаключения, выводы, мысль течет как обычно, у тебя ничего не изменилось в этом вопросе? — Нет, наверное. — Бывает пелена, туман, каша в голове, такое есть? — Пелена есть. — Это какая-то замедленность, нечеткость мышления? — Нечеткость. У меня есть как бы ритм в голове определенный, я его составляю, когда читаю, например, текст. — Помогает? — Я не знаю, просто уже по инерции, и в школу я хожу так, я не понимаю до конца что я делаю, просто привычка. — Новое для тебя? — Я была более понимающая. — Я повторю несколько психологических тестов, ты не старайся вспоминать как отвечала раньше, а говори, как сейчас думаешь. Я называю 4 предмета, ты назови какой из них лишний: солнце, лампа, фонарь, свеча — Солнце, потому что остальные созданы человеком. — Уголь, нефть, дрова, газ — Дрова, потому что остальные природные ископаемые. — Пистолет, барабан, фуражка, зонтик — Зонтик, остальное для парадов используют. — Самолет, стрекоза, вертолет, машина — Стрекоза, потому что все остальное для передвижения служит. — Роза, книга, шуба, яблоко — Яблоко, я сказку вспомнила. — А чем ты тогда обиделись? — Розу, шубу и книгу? — В сказке про красавицу и чудовище они были, а яблока не было. — Интересный ответ, может еще подумаешь? — Шуба, ну одежда, я не знаю (смеется). Это все создано природой, даже книга, она из дерева. — Но шуба меховая. — Не факт, может быть ис-

кусстvenная, там же не указано. — Какой твой окончательный ответ? — Шуба. — Почему? — *Остальные все предметы с природой связаны.* — У тебя есть какая-то привязка к сезонности, в депрессивности, порезах, реакциях, гневе? Есть люди, которые любят лето, или им лучше весной, или осенью, у тебя как? — *Нет такого.* — Давай представим, что ты в сказке, у тебя есть возможность трех желаний, что бы ты загадала? — *Сдать ОГЭ, похудеть, вылечиться.* — Что для тебя значит вылечиться? — *Перестать резаться и захотеть жить.*

Ю. Ю. Осадкий: Есть люди, которые на рынке выбирают овощи, а есть которые выбирают продавца, на сколько вы чувствительны к людям, для вас важен человек, на сколько он безопасен, нарушает он границы или нет? — Да. — А вообще, отвержение как вы воспринимаете? Вы хорошо выглядите, я думаю, что вы нравитесь многим людям, как вы воспринимаете, если кому-то не нравитесь, если вас отвергают? — Режусь. — Для вас это чувствительно? — Да. — Вы же, наверное, читали в интернете, там сейчас много информации, находили такой диагноз что вы бы сказали: «это про меня»? — Нет.

Вопрос из зала: Какие у вас есть хобби и увлечения? — Я рисую, я бы хотела из смолы делать поделки, но мама говорит, что это дорого, я танцую с друзьями, мы снимаем в аренду помещение, мы несколько часов там находимся, лепить люблю из глины. — Что вы при этом чувствуете? — Спокойствие, я в принципе это делаю в спокойном состоянии. Если меня разозлит человек, который мне не важен — то я порисую и успокоюсь, а если это важный для меня человек что-то такое скажет неприятное — то не поможет.

В. А. Солдаткин: Лера, спасибо за беседу. Можно идти. Мы же останемся обсуждать ситуацию. Пожалуйста, коллеги, кто хотел бы высказаться?

В. В. Мрыхин: Добрый день, уважаемый коллеги! В данном клиническом случае, как мне это представляется, причудливо перемещалось воздействие как разных этиологических факторов, так и особенностей предрасположенности — биологической, личностной, социальной. Не вызывает сомнения наличие резидуально-органического заболевания ЦНС, которое в большей степени проявляло себя в раннем детстве, что служило поводом для обращения за медицинской помощью в тот период, а сейчас лишь отголосками обнаруживается в психологическом эксперименте и, возможно, является патопластическим фактором, формирующим ригидность переживаний и стереотипность дезадаптивных поступков нашей пациентки. Не вызывает сомнения наличие выраженных врожденных истерических особенностей, может быть и не достигающих степени ядерной психопатии, но очевидно определяю-

щих личностный склад пациентки и механизм реагирования на различные жизненные ситуации. Очень подробно в докладе показаны различные и весьма значимые для ребенка, а в дальнейшем девочки-подростка психогенные факторы, которые не могли не вызвать у истерической личности психогенной декомпенсации. Наличие эндогенной этиологии на сегодняшний день не является очевидным и бесспорным фактом, но, безусловно, требует дальнейшего пристального наблюдения, учитывая и наследственную отягощенность по отцовской линии, и затянувшуюся, и очень уж атипичную депрессивную симптоматику. Принимая во внимание совсем уж юный (12 лет) возраст начала заболевания и очевидную атидию депрессивного синдрома больше оснований опасаться развертывания в будущем биполярного, нежели рекуррентного аффективного расстройства.

На сегодняшний день диагноз, выставленный в отделении, — «депрессивный эпизод» мне представляется вполне обоснованным. Может быть, этапным. При терапии данной пациентки необходимо учитывать ее выраженные личностные особенности, влияние психогенных факторов, что может быть поводом помимо фармакотерапии, естественно при наличии запроса со стороны пациентки, присоединить психотерапевтическую помощь. Спасибо за внимание!

Н. М. Турченко: Уважаемые коллеги, я хочу обратить внимание на качественно собранный анамнез, в котором подробно описано раннее детство пациентки. Это тот этап жизни, когда у ребенка закладывается базовая первоначальная часть личностной структуры, формирование тех структур, которые обеспечивают социальную адаптацию, тех структур, которые определяют базовое отношение к себе: самоценность, самоважение, способность к адекватной самооценке. Эти структуры закладываются с 2,5, 3-х лет до 5 лет и дальше либо никогда не меняются, либо меняются в процессе самопознания и реорганизации, часто в процессе психотерапии. Обращают на себя внимание факты, указывающие, что девочка росла в семье дисфункциональной, модель отношений между родителями была даже деструктивной. Со стороны отца проявлялась агрессия по отношению к матери, между родителями происходили частные ссоры в присутствии ребенка, в конечном итоге отец ушел из семьи. И посмотрите, как в анамнезе звучит эта тема: девочка искала внимания отца, она искала подтверждения какой-то своей значимости, то есть ценности, и не находила, стремилась нравиться отцу, хотела подтверждения её успехов и признания. И тогда, в анамнезе это явно звучит, начала формироваться система психологических патологических защит. Сначала система психологических защит, потому что для ребенка они не являются патологическими, они дают ребенку

возможность пережить эмоциональную боль, пережить этот страх и ярость, когда у маленьких детей возникает опасность, у них появляется ярость, то есть страх проявляется яростью. Не получая принятия и признания своей ценности и причастности значимым взрослым, ребёнок переживает страх, пытается привлечь к себе внимание, получить подтверждение своей ценности со стороны значимых взрослых. И дальше она начинает получать сообщения от значимых людей, от которых зависит ее жизнь, что гнев, ярость, ее агрессия недопустимы, иначе она не нужна, «такая она никому не будет нужна». Дальше ей необходимо эту агрессию, эту ярость куда-то направить. Куда? Из анамнеза видно, как у нее возникают такие психологические защиты, как «изоляция», и «замороженность», «примитивная проекция» и «примитивная идентификация», все проявления психологических патологических защит, которые сначала ее защищают, потом управляют ее личностным развитием в таком деформированном виде. И конечно, рожденная с яркой демонстративной акцентуацией, она получает еще такой контрастный тип воспитания: с одной стороны мама с бабушкой, вроде бы проявляют повторствующую гиперпротекцию, но с другой стороны — мама и бабушка говорят «никому не будешь нужна», а со стороны папы отвержение, то есть два классических варианта для формирования базового истерического внутриличностного противоречия. На сегодняшний день депрессия у пациентки, как проявление перехода из невроза в развитие личности, в лично-истерическое невротическое развитие. Таким образом, просматривается формирование невротической личности.

А. И. Ковалев: Уважаемые коллеги, разрешите поблагодарить организаторов конференции за прекрасно подготовленный клинический случай, потому что блестящие были собран анамнез. При этом нужно сказать, что такие случаи, на сегодняшний день, весьма распространены. Например, в нашем отделении мы встречаемся с такой патологией достаточно часто. В чем особенности этого случая? Здесь отчетливо проявляется влияние возрастных особенностей на течение психопатологии. И в этом-то и сложность. Если посмотреть на нашу пациентку не с точки зрения клинического метода, то мы увидим обычную девушку, которая может произвести впечатление абсолютно здорового человека, пытающегося привлечь к себе внимание присутствующей здесь аудитории, мороча всем голову, решая свои сиюминутные проблемы. Например, чтобы ей разрешили сделать пирсинг. Но исходя из полученных клинических материалов, а с пациенткой работали в отделении не одну неделю, мы видим четко описанную аффективную патологию в виде эндогенной депрессии. И нам предстоит обсудить тяжесть депрессивного синдрома.

А если исходить из слов пациентки, из которых следует, что она хочет кончить жизнь самоубийством, то у нее тяжелая депрессия. При этом в докладе, при целенаправленном расспросе, видно, что она не намерена завершать свою жизнь самоубийством. И если не следовать клиническому методу, то мы видим огромный разброс возможных мнений по степени тяжести депрессии. С одной стороны внешне при текущей беседе она производит впечатление здорового человека, с другой, если опираться только на ее декларацию, — тяжело больного пациента. Также возникает вопрос, а если у нее расстройство пищевого поведения? Это анорексия? Как врачи-психиатры мы должны выявить у пациента, если таковое есть, психическое расстройство и как следствие, чем мы можем ей помочь? А чем могут ей помочь психологи? Нина Михайловна блестяще показала психогенез развития самоповреждающего поведения. Но является самоповреждающее поведение ведущим синдромом? С моей точки зрения — это поведенческий акт, который является текущим отражением, с одной стороны депрессивного синдрома, а с другой — проявлением появившегося молодежного тренда. Вспомните, еще 5 лет назад не было такого потока девочек подростков с модным нынче феноменом селф-харм. Зачастую мы с вами начинаем сталкиваться с современными тенденциями, транслирующимися через Интернет. Примерно такая же ситуация сейчас происходит и с распространением понятия «трансгендер». Если пациент начинает заниматься самоанализом своих психопатологических ощущений, то весьма часто всемирная паутина подбрасывает «подсказки» в виде «селф-харма» или «трансгендерности». И происходит озарение, что это именно то, что они в себе чувствуют и ощущают. Но мы как врачи-психиатры должны оперировать клиническими понятиями и использовать при этом клинико-психопатологический метод. И у нашей сегодняшней пациентки верифицировать мы можем синдромально завершенной только аффективную патологию, а, именно, эндогенную депрессию. С моей точки зрения, у нее легкая степень депрессивного расстройства. В пользу легкой степени говорит то, что поведенческие модели, связанные с самоповреждениями и пищевыми расстройствами, перекрывают в значительной степени собственно аффективную патологию. Диагноз мы должны типировать как депрессию легкой (возможно умеренной) степени. Но в диагнозе также следует указать на наличие самоповреждений и склонности к формированию расстройства пищевого поведения, не прибегая к шифрованию этих проявлений. Еще мы можем предположить, при негативном развитии внутрисемейных отношений, дрейф в сторону личностного расстройства. Но даже только в силу возраста, личностное расстройство мы вы-

ставить не можем. Хочу обратить еще ваше внимание, что текущее ухудшение самочувствия пациентки, скорее всего, связано с тем, что проводимая терапия, а именно 30 мг/сут флуоксетина, уже месяц как не менялась, а ремиссия сформирована не была. Можно ли говорить о флуоксетине как о базовом препарате, это вопрос. Но дозу необходимо было титровать дальше. Основная задача фармакотерапии — это формирование ремиссии, и уже далее основной упор необходимо будет делать на психотерапию.

А. Я. Перехов: Душевное расстройство не вызывает сомнений. Уровень — непсихотический. Течение — приступообразное. Дифференциальная диагностика между эндогенным и психогенным (личностным) заболеванием. Никаких симптомов ни «органического заболевания», ни «фона» нет. Ведущий синдром — депрессивный. Есть отдельные признаки атипии по течению — ранее были «короткие фазы», но в последнее время эта возрастная атипия прошла. Есть признаки атипии по структуре в связи с наличием большого количества дополнительных симптомов именно депрессивного синдрома (по мере возникновения):

- А) пищевого поведения — булимического;
- Б) агрессивно-автоагрессивного поведения;
- В) вновь пищевого поведения — анорексического;
- Д) вновь автоагрессивного поведения в виде самоповреждений и суицидальных планов;
- Е) дереализационно-деперсонализационных.

К факультативным относятся вегетативно-сосудистые иочные страхи (как в детском возрасте, так и сейчас).

Личностные особенности не достигают степени патологии, проявляются как явное заострение черт характера по определяемому клинически и подтвержденному в ЭПИ — истероидному типу, резко обостряясь в периоды фазного эмоционального дискомфорта.

Диагноз: «Рекуррентная эндогенная депрессия, многофазная, с дебютом в детском возрасте» (доказательной базой наличия депрессий в виде пищевых и поведенческих нарушений является полный анамнез).

По статистически-фельдшерской МКБ возможен коморбидный диагноз депрессии с нарушением пищевого поведения. По МКБ-10 также возможен диагноз — эмоционально-неустойчивое личностное расстройство, пограничный тип; по DSM — возможен «чистый» диагноз пограничного личностного расстройства, за который так ратует часть наших ведущих психиатров, особенно молодых талантливых, особенно в Петербурге. Ведь есть все признаки: импульсивность, низкий самоконтроль, эмоциональность, сильный уровень десоциализации, нестабильная связь с реальностью и высокая тревожность, резкие перепады в настроении, импульсивное пове-

дение и серьезные проблемы с самоуважением и взаимоотношениями с окружающими. А также пищевые расстройства, депрессия, злоупотребление алкоголем, наркотиками. Существенным признаком заболевания выступает самоповреждающее или суицидное поведение. Первые признаки болезни проявляются в пубертате. Пограничная патология по имеющимся статистическим данным отмечается у 3 % взрослого населения, из которых 75 % — женщины. Постановка такого диагноза — отрицание этиологичности (расстройство возникает то ли само по себе, то ли после психотравм), полное забвение динамики, категорический отказ от понятия синдромогенеза, синдромокинеза с фактической диагностикой по набору бросающихся в глаза симптомов. Дименсиональная диагностика вещь хорошая, но категориальный подход никто не отменял, Крепелин и Ясперс никем не отменены.

Те любое заболевание, проявляющее патологией не только в сфере одной психической функции (эмоций в данном случае), а плюс еще поведенческие нарушения, столь характерные для пубертатных пациентов, — можно диагностировать как «врожденную» психопатию (по старой терминологии), которая проявляется «по-настоящему» в пубертате из-за «неправильного воспитания», «жестокого отца», «современной моды» и т.д. Диагноз очень удобен в плане экономии времени; кстати оправдание для такого антинозологического диагноза — рекомендательное статусное лечение такими же фармпрепаратами (антидепрессанты, транквилизаторы, иногда нормотимики) и только потом психотерапия. Но основная проблема такой диагностики — в выстраивании прогноза. Если основное заболевание аффективное, то необходима базовая профилактическая терапия антидепрессантами, возможно на много лет, а психотерапия — сопровождающая и, скорее всего по М. Е. Бурно, не «клиническая» с целью устранение симптомов, а психологическая — для решения социальных, экзистенциальных и прочих проблем. А если личностное расстройство, — то пожизненная психотерапия — ведь это личностное, не невротическое расстройство! Опять же и оправдание будет всегда — а кто смог вылечить «личностное расстройство»? Особенность случая связана с возрастным фактором как детского и подросткового возраста. Из последнего — реакции эманципации, группирования, оппозиции. транзиторные сексуальные девиации (последнее у пациентки — скорее не истинно сексуальное, а демонстративно-модное, «пробное»).

Терапия — активная терапия антидепрессантами, вплоть до инцизивных, вплоть до ТАД, лучше всего кломипрамина (при необходимости) с симптоматическим использованием транквилизаторов и малых доз антипсихотиков (последнее — только в случае значимых проблем с рези-

стентностью). Прогноз: благоприятный — с выходом в полную ремиссию. Но в связи с личностно-поведенческими особенностями, кроме профилактической терапии антидепрессантами возможна параллельная психотерапия неболезненных проблем, связанных с отношением к себе, к родными, к сверстникам, с укреплением или, наоборот, с размыванием желания стать психологом. В катамнезе — помнить о возможности проявления БАР второго типа, учитывая вышеописанные особенности.

В. В. Мадорский: Скажите, здесь кто-то верит, что ее можно вылечить одними таблетками? Девочка среди прочего конкретно попала вловушку вторичной выгоды, ловушку семейных отношений, поэтому здесь уместна фраза Карла Витакера, семейного психотерапевта: «Я не верю в людей, я верю в семьи». Если говорить о зависимости, хотелось бы вспомнить нашего выдающегося учителя Александра Олимпиевича Бухановского, который описывал болезнь зависимого поведения. Она без сомнения зависима от мамы эмоционально, она зависима от актов самоповреждения, вполне вероятно, что дальше там будут алкогольные или наркотические зависимости. Первично болезнь зависимого поведения все-таки болезнь психогенная, очень может быть, что там сформируется вторичная эндогенизация, то есть все идет своим чередом. Нужно честно сказать родственникам, что, если только не будет какой-то Божьей благодати, невозможно справиться с ней одной, не корректируя всю семью, просто потому что утянет на дно с кирпичом вторичной выгоды на шее. Какими конкретно методами, семейная психотерапия или еще что-то, нужно выбирать, для этого существует много разных школ.

Ю. Ю. Осадчий: Для меня эта пациентка с пограничным расстройством личности (ПРЛ). И хотя ее возраст лишь 15 лет, что слишком рано для диагноза личностного расстройства, но я бы ей выставил диагноз именно этого расстройства. И она полностью соответствует критериям. Основное, что мы у нее видим, это нарушение процессов эмоционального регулирования. Бессел ван дер Колк делает очень хорошее сравнение в книге «Тело помнит все», когда сравнивает нарушение процессов эмоционального регулирования с наездником и лошадью, где наездник — это лобные структуры головного мозга, а лошадь — лимбическая система и в связи с различными причинами (генетика, психотравма), а мы видим, что в анамнезе у этой пациентки пapa явно страдал чем-то похожим, наездник у таких пациентов неопытный, а лошадь слишком сильно брыкается и срывается в галоп, т.е. негативные эмоции у пациента появляются очень легко и не могут контролироваться. У таких пациентов нет адекватных копинг-стратегий эмоционального регулирования. Я бы все-таки назвал диагноз

ПРЛ, а в лечение сдвинул акценты на психотерапию. Ее мама, по сути, должна будет стать психотерапевтом, потому что она с ней проводит очень много времени, здесь должна быть очень большая семейная работа. В отношении препаратов нужны ли ей антидепрессанты? Да нужны, хоть они не входят в стандарты, но в тоже время коморбидность большая, риск суицида у этих пациентов очень высокий, но он высокий не именно из-за депрессии, а из-за несовершенства эмоционального урегулирования. Вопрос флуоксетина: во-первых, мне кажется флуоксетин у нас раньше 18 лет не разрешен, я не понимаю, почему он назначен в 15 лет, во-вторых в подростковом возрасте препараты из группы СИОЗС могут увеличивать суицидальный риск и эмоциональную лабильность. И вот вопрос, не связано ли увеличение количества самоповреждений с назначением 30 мг флуоксетина? Я бы, конечно, поменял антидепрессант, это мой следующий шаг. В идеале нужно, чтобы психотерапевт, который с ней работает, был психиатром, и мог бы и фармакологически ее вести, и психотерапевтически. Я бы все-таки начал с сертралина, на данный момент я депрессии как таковой не вижу в том объеме, который требует назначение антидепрессантов, но по некоторым данным антидепрессанты могут помочь в процессе эмоционального регулирования у этой категории пациентов.

Н. М. Крючкова: Попробуем изложить нашу точку зрения из принципа установления диагноза «симптом – синдром – диагноз». Эпизоды «видений», которые описывала наша пациентка, наблюдавшиеся в раннем детском возрасте и в течение последнего года, расцениваются нами исключительно как иллюзии либо детские фантазии в раннем детском возрасте у ребенка со склонностью к фантазированию и с характерологическими особенностями, т.е. истерическими особенностями характера. Далее: в десятилетнем возрасте у пациентки наблюдалась тревога, что это была за тревога? Характерологическая? Либо в рамках тревожного расстройства? Или даже в рамках детской тревожной депрессии — здесь достоверно мы сказать не можем, но и исключить тоже не можем. Подтвердить, что да, депрессия у нее в детском возрасте возникла, невозможно, потому что со слов матери пациентки и пациентки, она все-таки отвлекалась, но ее поведение и реакция на ситуацию очень похожа на особенности поведения детей в детской депрессии. Четко с 11 лет, это пациентка помнит, и об этом четко транслирует, и мать подтверждает, что у нее начинаются колебания настроения в сторону снижения, в сторону депрессивного настроения. Но вначале колебания настроения короткие, делятся несколько дней и перемежаются достаточно продолжительными эпизодами хорошего настроения. Так как эпизоды депрессивные короткие, мы на тот момент времени все-таки не

можем выставить диагноз депрессия — эпизоды должны длиться две недели и дольше, чтобы быть доказательными. Далее с 14 лет депрессивные эпизоды удлиняются, наблюдаются по 2–3 недели, но можем мы ей установить диагноз рекуррентное депрессивное расстройство? Нет, потому что эти явные депрессивные эпизоды перемежаются периодами хорошего состояния, которые опять-таки непродолжительные, делятся максимум месяц, а в течение последнего года вообще несколько дней, т.е. это не рекуррентное депрессивное расстройство (РДР), для РДР «хороший период» должен быть два месяца и дольше, несколько месяцев; т.е. РДР мы выставлять не можем. БАР — об этом уже говорили, это однозначно не биполярное аффективное расстройство, гипомании у нее не было точно. С течением времени депрессивные эпизоды не только удлиняются, но и усложняются: в структуре депрессивного эпизода появляются дереализация и де-персонализация, которые пока не доставляют пациентке дискомфорта, но переводят депрессивный синдром в рамки атипичного.

Дальше хотелось бы обратить ваше внимание, собственно, на тему нашей сегодняшней конференции: самоповреждающее поведение. Это так называемый self-harm — англ. термин — нанесение себе повреждений без цели ухода из жизни. У нее нет суицидальных самоповреждений. У нее самоповреждения, и она это подчеркивает, и в анамнезе, надеюсь, мы это подчеркнули, именно с целью снятия душевной боли прежде всего, с целью облегчения этой душевной боли, душевного дискомфорта. И возникли данные самоповреждения в рамках депрессивных, пусть и непродолжительных, эпизодов. Я у пациентки целенаправленно выяснила: когда у нее хорошее настроение, хорошее самочувствие, она не скандалит с мамой, она не наносит самоповреждения. Здесь мы приводим диагностические критерии self-harm (не буду их озвучивать, вы видите их на слайде) по DSM-V, очень хорошо они описаны, и способы самоповреждающего поведения: прежде всего это порезы, возможно, смотрите, у этой пациентки — недоедание (возможно, это как некая форма self-harm, не можем исключить, но маловероятно). Хоть эти повреждения наносятся пациенткой без суицидальной цели, суицидальность у нее очень высока, сами самоповреждения в 30–70 раз усиливают суицидальность по данным литературы, и пациентка транслирует на протяжении полутора лет суицидальные мысли. И вот до терапии, кто обратил внимание в анамнезе, она говорила, что «пошла бы, спрыгнула с девятого этажа, но у нее нет сил». У пациентки не хватало сил, энергичности перейти к суицидальным действиям, и мы не можем исключить у нее риск суицидальности. По поводу самоповреждающего поведения: очень распространены данные ситуации у подростков

и чем они обусловлены? В анамнезе мы показали, что когда пациентка первый раз нанесла самоповреждения, она в этот момент вспоминала, что ее одноклассница рассказывала ей, что когда одноклассница режется, она испытывает облегчение. Таким образом, имеет место обучение, т.е. пациентка изначально знала, что самоповреждение принесет облегчение, и она это облегчение испытала, получила этому подтверждение. Данное повреждающее поведение у этой пациентки поддерживается кругом ее друзей, социальной ситуацией. У нее довольно специфическая компания, это все ровесники, но эти ровесники как ее поддерживают? Они с ней «носятся», она им сообщает о самоповреждениях, друзья при этом активируются, ругают ее, возбуждаются в лучшем смысле этого слова; более того, бывали эпизоды, когда пациентка демонстрировала им свои порезы, и подруга пациентки шла в другую комнату и тоже наносила себе порезы, так сказать, «в круговую». И данная сложившаяся компания, социальное окружение всячески поддерживают данное самоповреждающее поведение пациентки, что обусловлено некой модой подростков на сегодняшний день. Возможно ли, что self-harm перейдет в зависимое поведение? Мы не можем исключить, и на сегодняшний день мы не рассматриваем self-harm как зависимое поведение у данной пациентки и рассматриваем самоповреждение исключительно в рамках депрессии, в рамках депрессивного синдрома. Также как в рамках депрессии мы рассматривает взаимоотношения пациентки с едой, которые не достигают уровня выраженности для выставления коморбидного диагноза анорексии.

Таким образом, наше мнение о диагнозе — это депрессивный эпизод умеренной степени. Умеренной степени, потому что, на наш взгляд, суицидальность у этой пациентки очень высока.

В. А. Солдаткин. Уважаемые коллеги, благодарю всех за высказанное мнение; хочу поблагодарить докладчиков за подготовку клинического случая — анамнез собран добротно, а аудиторию — за неизменную любовь к клинике. Присутствует больше 80 врачей, и это хороший показатель в наше непростое время.

А впрочем, когда они были простыми? Во многие времена фраза французского драматурга Жюля Ренара была справедливой: «Жизнь — ящик, полный колючих и режущих инструментов. Всякий раз мы себе колем руки до крови». Однако, есть люди, которые от иносказательного воплощения этой мысли переходят к физическому, буквальному. Мы в самом деле видим, как стремительно нарастает частота несуицидального самоповреждающего поведения — мы его всегда воспринимали девиантным, но если так пойдет дальше, скоро девиацией будет считаться отсутствие самоповреждений... За этим стоит и вопрос риска увеличения суицидальной опас-

ности — по многим работам известно, что самоповреждения являются высокозначимым предиктором суицида. Большинство научных работ, которые мне известны, утверждают, что самоповреждения по своей сути представляют дезадаптивную стратегию совладания. Как бы часто нам не хотелось говорить о манипулятивности, этот механизм вовсе не так значим. Из работ С. Н. Ениколопова известно, что основными личностными предикторами самоповреждающего поведения являются импульсивность и аффективная нестабильность. Помните, во «Времени убийц» Миллера есть хорошая мысль: «Тому, кто живет разумом, жизнь представляется комедией. Для живущих чувствами она — трагедия». А чем живет 15-летняя Лера и как она дошла до такой жизни?

Наследственность ее отягощена алкогольной зависимостью (дед по линии матери). Жизненный путь начинался с заметно неблагоприятного перинатального экзогенного воздействия, что отразилось в феномене невропатии у ребенка: мышечный гипертонус, возбудимость, небольшая задержка развития. Впрочем, прогрессирующую органического заболевания не развилось, когниция существенно не пострадала (хотя склонность к конкретно-ситуационным обобщениям мы можем). Воспитание было явно в патологическом стиле — противоречивым. Жестокий отец, за внимание которого Лера боролась, как могла, и терпеливая, тревожная, опекающая мать. Сама же Лера с детства проявляла достаточно яркие истеро-возбудимые черты, которые, однако, не мешали адаптироваться в коллективах. Признаки явного психического неблагополучия появляются в пубертате: 11 – 13 лет. Формируются депрессивные периоды, сначала короткие, затем достигающие 2 – 3 недель. В этом же периоде особым становится отношение к еде, ограничительное поведение, пациентка похудела с 62 до 47 кг. Именно эти проблемы — подчеркну, дезадаптирующие ее, привели к первому обращению к психиатру в возрасте 12 лет. Эффекта не было ни от этого обращения, ни после смены специалиста в 14 лет, когда врачом диагностировано патохарактериологическое развитие по истеро-возбудимому типу. А между тем, возникли и укреплялись суицидальные планы, сформировалось самоповреждающее поведение. Оно отчетливо служило цели снятия душевой боли. Напомню, что это давно известный механизм: посттравматический выброс эндорфинов схож с действием психоактивных веществ, он подавляет возбужденные, «полыхающие» лимбические отделы. На мой взгляд, самоповреждающее поведение у пациентки приобрело характер зависимого — она четко в беседе описывает компульсивное влечение, состояние дискомфорта при невозможности реализовать влечение и выраженного психического и физического комфорта после реализации. Отметим и рост толерантности, и снижение контроля. Эта нехимич-

ская зависимость имеет явно вторичный, симптоматический характер. Но вторичный чему? В моем понимании, депрессии, а не истерической личности. Конечно, и в этой ситуации истерическая личность научалась получать вторичную выгоду (вспомним про пирсинг, разрешение на который мама дала, чтобы предотвратить порезы), но все же на первом месте снятие душевой боли. С осени 2021 года (обратите внимание на сезон) тяжесть депрессии заметно возросла, а к весне 2022 года появилась деперсонализационно-дереализационная симптоматика, преобладающим чувством стала тоска, появились нарушения сна с ранними пробуждениями, антивитальны мысли приобрели постоянный характер. В психологическом исследовании выявлен отчетливый личностно-аномальный комплекс (истеро-шизоидная акцентуация с риском перехода на психопатический уровень). Кстати, откуда впервые появилась шизоидность? Понаблюдаем в катамнезе...

А пока из того, что можем доказать — синдром атипичной депрессии. Нозологически — рекуррентное депрессивное расстройство со вторичной нехимической зависимостью у личности с яркими истеро-возбудимыми чертами. Полагаю, что, возникнув в пубертате скорее по механизмам личностной дезадаптации, аффективное расстройство приобрело самодвижение, самостоятельное клиническое значение.

По МКБ-10 я ситуацию обозначаю двумя диагнозами — Эмоционально-неустойчивое расстройство личности, пограничный тип (мысль о пограничном расстройстве личности выглядит достаточно убедительной, поскольку присутствуют все необходимые критерии: импульсивность, слабость планирования, вспышки гнева, нарушения образа Я, чувство опустошенности, нарушения отношений) и РДР. Эта пара — ПРЛ и аффективное расстройство, как известно, совсем не редкость.

Нозологически я бы говорил о невротическом развитии личности по истерическому типу с декомпенсацией, повлекшей процесс эндогенизации в виде развития аффективного расстройства (которое приобрело самостоятельное клиническое значение, с высокой вероятностью перехода к биполярному спектру), и с присоединением вторичной комплексной нехимической аддикции.

Пациентка нуждается в комплексной терапии. В отношении лекарств — базовым классом должны являться антидепрессанты. Возможно, на этапах терапии надо будет использовать и нормотимики, и агонисты-антагонисты дофаминовых рецепторов. Без сомнений, предстоит долгая упорная психотерапия. Достигнутый личностный рост должен стать той опорой, о которой говорил Бехтерев в плане *orthopedia mentale*.

Благодарю за внимание, конференция завершена.

Нормы о правах граждан, находящихся в психиатрических стационарах, нуждаются в коррекции

Ю. Н. Аргунова

Предлагаются изменения в Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»¹ и Кодекс административного судопроизводства РФ², касающиеся правового положения граждан, находящихся в психиатрических стационарах.

Ключевые слова: права пациента.

Итоги проверок соблюдения прав граждан, помещенных в психиатрический стационар, условий их содержания, а также результаты правового анализа правил внутреннего распорядка психиатрических больниц специализированного типа с интенсивным наблюдением (ПБСТИН)³ позволили выявить ряд пробелов и противоречий в законодательстве. В целях устранения связанных с ними массовых нарушений прав граждан со стороны медорганизаций, а также судебных органов считаем необходимым рекомендовать следующие меры по совершенствованию законодательства.

1. Внести изменения в ст. 39 Закона о психиатрической помощи, дополнив ее новым абзацем четвертым следующего содержания: «обеспечивать пациентам возможность свиданий с адвокатами или иными лицами, имеющими право на оказание юридической помощи, без ограничения их числа, наедине, вне пределов слышимости третьих лиц и без применения технических средств прослушивания, продолжительностью до полутора часов.».⁴

Абзац четвертый ч. 2 ст. 37 Закона о психиатрической помощи предусматривает право всех пациентов, находящихся в стационаре на лечении или обследовании, встречаться с адвокатом,

работником или уполномоченным лицом госюрбюро наедине. Однако данное право не подкреплено соответствующей обязанностью медорганизации по предоставлению пациентам встреч (свиданий) с адвокатами и юристами. В результате повсеместно по вине больниц нарушается право пациентов на получение квалифицированной и своевременной юридической помощи, в особенности при подготовке к судебному рассмотрению дела о недобровольной госпитализации, продлении ее срока, о признании лица недееспособным по заявлению больницы, о продлении, изменении или прекращении применения принудительных мер медицинского характера либо рассмотрению дела в вышестоящем суде. Адвокаты видятся с пациентами чрезвычайно редко.

Вопрос о том, где должны проходить такие встречи (какие помещения для этого могут быть использованы), в законодательном регулировании не нуждается. Встречи с юристами могут проходить в комнате для свиданий с родственниками, в актовом зале больницы, столовой, кабинете медработника, комнате отдыха, в помещениях, где проходят выездные заседания суда и т.п.

2. Внести поправки в главу 30 КАС РФ с целью устранения коллизии с положе-

¹ Далее — Закон о психиатрической помощи, Закон.

² Далее — КАС РФ.

³ См. Аргунова Ю. Н. Права пациентов в правилах внутреннего распорядка спецбольниц // Независимый психиатрический журнал, 2022. № 1. С. 55 – 64.

⁴ Предлагаемый текст поправки составлен в духе новой редакции ч. 4 ст. 89 Уголовно-исполнительного кодекса РФ (в ред. Федерального закона от 11 июня 2021 г. № 217-ФЗ). Аналогию считаем допустимой, поскольку психиатрические стационары лечебных и экспертных организаций, так же как и места лишения свободы, относятся к местам принудительного содержания.

ниями Закона о психиатрической помощи в отношении права пациента (административного ответчика) лично участвовать в судебном заседании по рассмотрению дела о его недобровольной госпитализации.

Согласно ч. 2 ст. 34 Закона о психиатрической помощи лицу должно быть предоставлено право лично участвовать в судебном рассмотрении дела. Если по сведениям, полученным от представителя медорганизации, психическое состояние лица не позволяет ему лично участвовать в рассмотрении данного вопроса в помещении суда, то заявление о госпитализации рассматривается судьей в медорганизации.

В КАС РФ заложен принципиально иной механизм. Согласно ч. 2 ст. 277 КАС РФ лицо имеет право лично участвовать в судебном заседании и излагать свою позицию по делу, если психическое состояние лица позволяет ему адекватно воспринимать все происходящее в судебном заседании и его присутствие не создает опасности для его жизни либо здоровья или для жизни либо здоровья окружающих.

Главные отличия в регулировании данного вопроса состоят в следующем:

✓ согласно Закону дело рассматривается в стационаре вне зависимости от того, может ли пациент лично в нём участвовать, а по правилам КАС РФ — только когда пациент может лично в нём участвовать;

✓ согласно Закону пациент не может быть со ссылкой на его психическое состояние лишён права лично участвовать в рассмотрении дела. По КАС РФ пациента могут такого права лишить. Причём для этого достаточно заключения комиссии той же медорганизации, которой предстоит обосновать в суде правомерность недобровольной госпитализации данного пациента.

Таким образом, Закон о психиатрической помощи (как и ранее действовавшая глава 35 ГПК РФ), в отличие от КАС РФ, не позволяет рассматривать дело о недобровольной госпитализации заочно, если только сам пациент лично или через своего представителя не заявит о рассмотрении дела в его отсутствие. Личное участие лица в деле согласно Закону не зависит от состояния его здоровья и обеспечено возможностью проведения выездного заседания суда непосредственно в лечебном учреждении. В случае, когда пациент по своему состоянию не может прибыть в здание суда, Закон фактически обязывает судью рассматривать дело в помещении стационара.

Предусмотренная Законом процедура исходит из необходимости для суда увидеть и выяснить мнение самого госпитализируемого лица.⁵ Выезд суда в стационар призван обеспечить: а) реализацию ответчиком своих процессуальных прав (дать пояснения по делу, заявить ходатайства и др.) и б) возможность судье (и прокурору) дать оценку его пояснениям, тяжести состояния, в т.ч. возможности/невозможности личного участия в процессе и на месте достаточно полно проверить обоснованность госпитализации.

Однако КАС РФ, вопреки многолетней практике выездных судебных заседаний, узаконил заочное рассмотрение дел данной категории. По КАС РФ необходимость выезда в стационар возникает только в тех случаях, когда лицо по своему психическому состоянию не может быть доставлено в помещение суда, но при этом: а) его состояние позволяет ему не просто давать пояснения по вопросу госпитализации, а «адекватно воспринимать всё происходящее в судебном заседании» и б) его присутствие не создаёт опасности для его жизни либо здоровья или для жизни либо здоровья окружающих.

Ранее сведения, которые предоставлялись больницей в суд, должны были касаться возможности участия лица в судебном заседании не в принципе, а лишь в заседании, проводимом в здании суда. Теперь КАС РФ обязывает больницу определять возможность участия лица в заседании, проводимом и в помещении суда и в больнице. Миссия медиков предопределять возможность человека предстать перед судом влечет *нарушение его конституционных прав*.

Вердикт больницы о невозможности пациента (ответчика), удерживаемого в стационаре против его воли, участвовать в рассмотрении дела *не отвечает требованиям объективности*. Больница — истец по делу. Она не заинтересована в состязательном судебном процессе. По делам о признании лица недееспособным вопрос о возможности его участия в судебном заседании (притом только в заседании, проходящем в помещении суда) ставится на разрешение экспертов. Их независимость гарантируется Федеральным законом «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации»⁶. Мы убеждены, что возможность участия (адекватного восприятия всего (!) происходящего в суде) лица в процессе должна устанавливаться не врачами, а судом по принципу «здесь и сейчас». Судья, прокурор вправе задавать лицу вопросы для определения его психического состояния и нуждаемости в стационарном лечении без его согласия. Судья сам определяет, можно ли считать по-

⁵ См. Постановление Европейского Суда по правам человека от 2 мая 2013 г. по делу «Загидулина против России».

⁶ Далее — Закон об экспертной деятельности.

яснения ответчика доказательством, удовлетворять или нет его ходатайства.

Кроме того «адекватного восприятия всего происходящего в судебном заседании» трудно ожидать даже от условно здоровых участников процесса. Если бы лицо всё воспринимало адекватно, то не было бы надобности в его стационаризации. КАС РФ перекрыл доступ к правосудию фактически всем пациентам с психическими расстройствами, привёл к разнобою в правопримительной практике, поскольку в отличие от КАС РФ (ч. 2 ст. 277 КАС РФ) Закон о психиатрической помощи (ч. 2 ст. 34) никаких-либо аналогичных критериев по-прежнему не предусматривает.

Более того, бессистемные законодательные преобразования усугубили проблему. Возникла другая коллизия норм⁷. Согласно ч. 4 ст. 34 Закона о психиатрической помощи суд возлагает на больницу обеспечение участия пациента в судебном заседании не только в помещении суда, но и в помещении больницы, а по правилам ч. 3 ст. 276 КАС РФ — только в помещении суда. В результате суды, ориентируясь в большей мере на нормы КАС РФ, не обязывают больницу обеспечивать участие пациента в заседании на ее территории, даже в тех немногочисленных случаях, когда сама больница признаёт возможность участия пациента в выездном судебном заседании.

Не определен должным образом и порядок действий судьи. Согласно ч. 7 ст. 277 КАС дело рассматривается в больнице, если суд установит, что состояние лица позволяет ему участвовать в судебном заседании. Однако, как (только ли посредством анализа заключения врачебной комиссии, т.е. заочно) и когда (перед судьей лицо предстает уже во время судебного заседания) суд должен устанавливать это обстоятельство? Не ясно, как и когда суд устанавливает (проверяет), наоборот, невозможность участия лица в суде.

Вызывает недоумение тот факт, что в процессуальном законодательстве (в КАС РФ по делам о недобровольной госпитализации и в ГПК РФ по делам о недееспособности) стали параллельно применяться *два принципиально разных подхода* по вопросам о возможности участия лица с психическим расстройством в судебном заседании и о критериях её определения.

Неопределенность в отношении таких критериев имела место в регулировании процедуры признания лица недееспособным. Заинтересованное лицо вызывалось в суд, если это было возможно по состоянию его здоровья. Заключение СПЭ о невозможности лица по характеру заболе-

вания присутствовать в судебном заседании было достаточным основанием для того, чтобы не вызывать его в суд. В результате лицо лишилось своих процессуальных прав, что не позволяло с достаточной полнотой установить обстоятельства дела. Конституционный Суд РФ⁸ по этому поводу указал, что такая мера должна применяться лишь в том случае, если она обусловливается характером психического заболевания, его видом и степенью, т.е. отвечает *критериям необходимости и соразмерности* преследуемой цели. Рассмотрение дела в отсутствие самого лица (вопреки его желанию) допустимо лишь при наличии особых обстоятельств, например в случаях, когда существуют достаточные основания предполагать, что лицо представляет *реальную опасность* для окружающих либо состояние здоровья не позволяет ему предстать перед судом. Однако и в этих случаях *предпочтительно личное ознакомление суда с его состоянием*, для того чтобы выяснить реальную способность лица присутствовать в судебном заседании и предупредить случаи необоснованного лишения его статуса дееспособного лица. Теперь согласно новой редакции ч. 1 ст. 284 ГПК РФ лицо, в отношении которого рассматривается дело о признании его недееспособным, должен быть вызван в судебное заседание, если его присутствие в судебном заседании не создаёт опасности для его жизни или здоровья либо для жизни или здоровья окружающих, для предоставления ему судом возможности изложить свою позицию лично либо через выбранных им представителей. В случае если личное участие лица в проводимом в помещении суда судебном заседании создаёт опасность для его жизни или здоровья либо для жизни или здоровья окружающих, дело рассматривается *по месту нахождения лица*, в т.ч. в психиатрическом стационаре, с *участием самого лица*. Таким образом, норма ГПК РФ, приведённая в соответствие с Основным Законом, гарантирует гражданину право лично участвовать в судебном заседании вне зависимости от его психического состояния и более того, она прямо устанавливает обязательность такого участия.

Правовая позиция Конституционного Суда, принципы и критерии, заложенные в ч. 1 ст. 284 ГПК РФ, должны быть использованы в положениях главы 30 КАС РФ. Критерий ч. 4 ст. 277 КАС РФ (способность лица «адекватно воспринимать всё происходящее в судебном заседании») избыточен. Критерий «наличия опасности присутствия в судебном заседании для жизни либо здоровья лица или для жизни либо здоровья окружающих» не должен полностью исключать

⁷ Коллизия образовалась в результате дополнения ст. 34 Закона о психиатрической помощи, внесенного Федеральным законом от 8 марта 2015 г. № 23-ФЗ.

⁸ См. Постановление Конституционного Суда РФ от 27 февраля 2009 г. № 4-П.

участие лица в судебном заседании, проводимом в помещении стационара, а как раз обуславливать слушание дела не в помещении суда, а непосредственно в стационаре. Необходимо также отметить, что недопущение пациентов к участию в деле по причине их опасности *лишает фактически всех пациентов*, госпитализированных по п. «а» ст. 29 Закона о психиатрической помощи, права лично отстаивать свои интересы в суде, поскольку такие пациенты автоматически подпадают под категорию «опасных» в силу основания для недобровольной госпитализации, предусмотренного п. «а» («непосредственная опасность для себя или окружающих»). С учётом критериев, заложенных в КАС РФ, весьма проблематично участие в судебном заседании и пациентов, госпитализированных по п. «б» и «в» ст. 29 Закона. Полностью соответствовать критерию «адекватного восприятия всего происходящего в судебном заседании» у пациентов, нуждающихся в экстренной госпитализации и которым уже проводится активное лечение, в т.ч. нейролептиками, вряд ли получится.

Не соответствуют интересам пациентов сроки подачи заключения больницы об их возможности лично участвовать в судебном заседании. Заключение должно основываться на результатах освидетельствования пациента в день или накануне слушания дела, а не в первые часы его нахождения в больнице.

3. Часть 5 ст. 277 КАС РФ после слова «рассматривается с» дополнить словом «обязательным». Предложение «Неявка в судебное заседание надлежащим образом извещенного прокурора не является препятствием для рассмотрения дела» исключить.

Как следует из ч. 5 ст. 277 КАС РФ, дело о недобровольной госпитализации лица рассматривается с участием прокурора, медорганизации и представителя лица, в отношении которого решается данный вопрос. Прокурор, вступивший в судебный процесс, даёт заключение по делу. *Неявка в судебное заседание надлежащим образом извещённого прокурора не является препятствием для рассмотрения дела.*

Эта норма не согласуется с положениями ч. 3 ст. 34 Закона о психиатрической помощи, согласно которым *участие прокурора в рассмотрении дела обязательно*, равно как и обязательно участие медорганизации и представителя пациента. По смыслу ст. 34 и 35 Закона о психиатрической помощи прокурор выполняет обязанности по реализации принципа законности и по охране прав и свобод человека и гражданина⁹. До начала разбирательства прокурор обязан детально

изучить материалы, послужившие основанием для обращения больницы в суд, проанализировать законодательство, применимое при рассмотрении дела, определить юридически значимые обстоятельства, подлежащие установлению, оценить имеющиеся в деле доказательства на предмет их достаточности, относимости и допустимости.¹⁰

На практике прокуроры, зачастую, не являются в судебное заседание, игнорируя требование ч. 3 ст. 34 Закона о психиатрической помощи. Судьи, убедившись в наличии информации о надлежащем извещении прокуроров о судебном заседании, заслушивают дело в их отсутствие. Как показывает анализ судебных решений по делам о недобровольной госпитализации, значительная их часть не удовлетворяет требованиям законности.¹¹ Они вступают в законную силу, хотя должны были быть своевременно опровергнуты прокурорами. Оснований для опровергивания достаточно.

4. Устранить неопределенность, имеющуюся в Законе о психиатрической помощи (ст. 30), в отношении допустимости применения мер физического стеснения к лицам, которым психиатрическая помощь в стационарных условиях оказывается по их просьбе или при наличии их согласия.

Согласно ч. 1 ст. 30 Закона психиатрическая помощь в стационаре оказывается с наименьшими ограничениями, обеспечивающими безопасность госпитализированного лица и других лиц, при соблюдении медработниками его прав и законных интересов. Меры физического стеснения и изоляции при недобровольной госпитализации и пребывании в стационаре применяются только в тех случаях, формах и на тот период времени, когда, по мнению врача-психиатра, иными методами невозможно предотвратить действия госпитализированного лица, представляющие непосредственную опасность для него или других лиц, и осуществляются при постоянном контроле медработников. О формах и времени применения мер физического стеснения или изоляции делается запись в меддокументации (ч. 2 ст. 30).

Из приведенных норм следует, что: 1) меры физического стеснения относятся к мерам безопасности; 2) их цель — предотвращение действий пациента, представляющих непосредствен-

¹⁰ См. приказ Генеральной прокуратуры РФ от 26 апреля 2012 г. № 181 «Об обеспечении участия прокуроров в гражданском процессе».

¹¹ См. Аргунова Ю. Н. «Госпитализировать, лечение проводить до выздоровления» (О законности судебных решений по делам о недобровольной госпитализации) // Независимый психиатрический журнал, 2021. № 2. С. 65 – 69.

⁹ См. Определение Конституционного Суда РФ от 8 февраля 2001 г. № 44-О.

ную опасность как для него самого, так и для других лиц; 3) предварительного согласия пациента на это не требуется; 4) применение таких мер допускается: а) в процессе недобровольной госпитализации (доставления лица в стационар) и б) во время обследования, проведения лечебных мероприятий, содержания пациента в стационаре, как в недобровольном порядке, так и при наличии информированного добровольного согласия на госпитализацию и лечение.

Тем не менее, бытует мнение, что меры физического стеснения без согласия пациента могут применяться исключительно к госпитализированным в недобровольном порядке по основаниям ст. 29 Закона. Не прекращаются дискуссии по вопросу о допустимости (правомерности) применения насилиственных мер к добровольно госпитализированным пациентам, о необходимости и способах получения от этих пациентов согласия на их применение, о легитимности оформления такого согласия, о юридических последствиях отказа пациента от подписания согласия.

Принимая во внимание, что применение мер физического стеснения является крайним средством и, нередко, сопровождается различными злоупотреблениями,¹² ст. 30 Закона о психиатрической помощи нуждается в новой редакции.

5. Часть 1 ст. 37 Закона о психиатрической помощи после слов «его права» дополнить словами «, предусмотренные настоящим Законом».

Абзац третий ст. 39 Закона о психиатрической помощи изложить в новой редакции: «предоставлять для ознакомления текст настоящего Закона в действующей редакции, правила внутреннего распорядка указанной медицинской организации; предоставлять возможность ознакомления с адресами и телефонами государственных и общественных органов, учреждений, организаций и должностных лиц, к которым можно обратиться в случае нарушения прав пациентов, а также государственных юридических бюро и адвокатов, оказывающих гражданам бесплатную юридическую помощь в рамках государственной системы бесплатной юридической помощи в Российской Федерации;».

Предложенные поправки направлены на обеспечение реализации права пациента на разъяснение ему его прав и ознакомление с правилами внутреннего распорядка психиатрического стационара.

¹² См. постановления Европейского Суда по правам человека от 19 февраля 2015 г. по делу «M. S. против Хорватии», а также от 15 июня 2021 г. по делу «А. Г. против России».

Согласно ч. 1 ст. 37 Закона о психиатрической помощи пациенту должны быть *разъяснены его права* и установленные в медорганизации правила, о чем делается запись в меддокументации. Однако на практике медорганизации своей обязанности по разъяснению пациентам их прав не выполняют. В отдельных случаях пациента могут проинформировать о правах, перечисленных лишь в ст. 37 Закона, хотя и в этом случае правильность предоставляемой информации вызывает сомнения.¹³ В то же время права пациента содержат и другие статьи Закона (5, 7, 9 – 12, 47). Пациенты не информированы о праве выбрать представителя для защиты своих прав и законных интересов при оказании психиатрической помощи и оформить на него доверенность непосредственно в стационаре, о праве на получение бесплатной юридической помощи, которые гарантированы ч. 1 и 3 ст. 7 Закона.

Как следует из абзацев первого и третьего ст. 39 Закона, медорганизация обязана создать условия для осуществления прав пациентов, предусмотренных настоящим Законом, в т.ч.: предоставлять возможность ознакомления с текстом настоящего Закона, правилами внутреннего распорядка медорганизации, адресами и телефонами государственных и общественных органов, учреждений, организаций и должностных лиц, к которым можно обратиться в случае нарушения прав пациентов, а также госюрбюро и адвокатов, оказывающих бесплатную юридическую помощь в рамках государственной системы бесплатной юридической помощи в РФ.

Однако Закон о психиатрической помощи в больницах представлен фрагментарно, в виде отдельных статей, как правило, без раздела о порядке обжалования действий больницы и без учета внесенных в Закон изменений, т.е. в недействующей редакции.

Условием для соблюдения прав пациентов служит не «предоставление возможности озна-

¹³ Так, Преображенский районный суд г. Москвы (решение от 15 февраля 2013 г. по делу № 2-2106/13) удовлетворил заявление ПКБ № 4 им. П. Б. Ганнушкина о недобровольной госпитализации С. Представитель больницы, ходатайствуя о рассмотрении дела в отсутствие С., убеждал суд, что пациенту «были разъяснены права, предусмотренные ст. 37 Закона о психиатрической помощи (право на защиту, право на заявление ходатайств, дачу объяснений, обжалование решений)». Однако перечисленные права являются не «пациентскими», а процессуальными, предусмотренными КАС РФ. Разъяснение этих прав — обязанность суда (ч. 2 ст. 14 КАС РФ), а не больницы. Кроме того, разъяснения пациенту его процессуальные права (если можно верить тому, что они действительно разъяснялись), медорганизация и не собиралась обеспечивать их предоставление, ходатайствуя о заочном рассмотрении дела.

комления» с текстом Закона и правилами внутреннего распорядка (т.е. не пассивные действия — размещение текстов в отведённых местах), а активные действия — непосредственная выдача их для ознакомления, причем в полном объеме и в действующей редакции. Это способствует выполнению медорганизациями обязанности по разъяснению пациентам их прав.

Предоставлять пациенту для ознакомления (а не предоставлять возможность для ознакомления, как это сейчас записано в Законе) следует и правила внутреннего распорядка медорганизации. Этот документ, как правило, в отделениях не вывешивается, а заменяется (подменяется) распорядком дня. Пациентов знакомят с текстами неизвестного происхождения с не основанными на Законе установлениями и санкциями за их нарушение.¹⁴

6. В ч. 2 ст. 37 Закона о психиатрической помощи закрепить право пациентов, находящихся в психиатрических стационарах и не нуждающихся в строгом пастельном режиме, на ежедневные прогулки.

Лишение пациентов прогулок — одно из наиболее распространенных нарушений, выявляемых в ходе проверок в психиатрических больницах. Самый разный подход в регулировании данного вопроса демонстрируют правила внутреннего распорядка медорганизаций. Этому способствует то обстоятельство, что право совершать ежедневные прогулки не включено в предусмотренный Законом о психиатрической помощи перечень прав пациентов, находящихся на лечении или обследовании в стационаре (ч. 2

ст. 37), нет его и среди тех прав пациента, которые могут быть ограничены по рекомендации лечащего врача (ч. 3 ст. 37). Не обеспечено право на прогулки и ч. 2 ст. 32 Закона об экспертной деятельности.

Проверив данные нормы на предмет их соответствия требованиям ст. 19 (ч. 1) и 21 (ч. 2) Конституции РФ, Конституционный Суд¹⁵ указал, что перечень прав пациентов, находящихся в психиатрических стационарах, установленный ст. 37 Закона о психиатрической помощи, не является исчерпывающим. Пациенты обладают всеми правами и свободами граждан, закреплёнными Конституцией РФ и федеральными законами. Ограничение прав и свобод граждан, связанное с психическим расстройством, допустимо лишь в случаях, предусмотренных законами РФ (ст. 5 Закона). Часть 3 ст. 37 содержит исчерпывающий перечень прав, которые могут быть ограничены по рекомендации лечащего врача зав. отделением или главврачом в интересах здоровья или безопасности пациентов, а также в интересах здоровья или безопасности других лиц. Право на прогулку, реализуемое в соответствии с правилами внутреннего распорядка больницы, в перечне прав, подлежащих ограничению, отсутствует. Следовательно, и положения Закона об экспертной деятельности, как не исключающие наличие у подэкспертных лиц, не содержащихся под стражей, права на ежедневную прогулку и не предполагающие возможность ограничения указанного права, не могут рассматриваться как нарушающие конституционные права граждан. Таким образом, право на прогулки — неотъемлемое право любого пациента психиатрического стационара, в т.ч. находящегося на лечении по решению суда или помещённого в стационар для производства СПЭ. Это право не может быть подвергнуто ограничению, поскольку такое ограничение не предусмотрено законом; и само право, и порядок его реализации должны быть отражены в правилах внутреннего распорядка учреждения.

Упоминание о праве на прогулки имеется лишь в ведомственных нормативных актах — Положении о психиатрической больнице, согласно п. 46 которого *ежедневная прогулка обязательна для всех больных, за исключением боль-*

¹⁴ Так, в женском отделении ГБУЗ «КПБ № 2» (г. Спасск-Дальний) пациенты и их родственники подписывают документ под названием «Правила распорядка отделения» с кратким перечнем того, что в отделении «запрещается» и что «обязательно к соблюдению». В конце содержится предостережение: «В случае несоблюдения Правил распорядка отделения пациенту решением медкомиссии может быть продлен срок пребывания в отделении». То есть больница неким текстом, который не является даже локальным актом, вводит дополнительные, не основанные на Законе основания для продления госпитализации, ограничения свободы, лечения без согласия. Из текста следует, что такая санкция (наказание) может последовать, например, за отказ пациента от «дежурства по отделению и кухне». Как указано на сайте больницы, её «деятельность осуществляется в соответствии с действующими законодательно-нормативными документами и локальными нормативными актами». На первом месте значатся утратившие силу более 10 лет назад Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан 1993 г. Учреждение, несмотря на это, успешно прошло лицензирование и аккредитацию, имеет вторую квалификационную категорию, в 2008 г. награждено Почетной грамотой Заксобрания Приморского края.

¹⁵ См. Определение Конституционного Суда РФ от 29 сентября 2011 г. № 1068-О-О.

¹⁶ Больному на постельном режиме запрещается вставать с кровати. Разрешается поворачиваться на бок, сгибать и разгибать конечности, поднимать голову, сидеть в кровати, частично осуществлять самоход. Персонал обеспечивает кормление, личную гигиену (подача тазика с водой, расчески, зубной щетки и т.п.), помощь в отправлении физиологических потребностей (подача утки, судна).

ных, находящихся на постельном режиме¹⁶, Временном Положении о психиатрической больнице со строгим наблюдением (п. 24) и Временном Положении об отделении с усиленным наблюдением психиатрической больницы (п. 17). Эти положения утверждены приказом Минздрава СССР от 21 марта 1988 г. № 225 и являются действующими.

Причинами (поводами) временного ограничения или лишения пациентов ежедневных прогулок (и прогулок вообще) служат отнюдь не пастельный режим, а иные факторы. Это необеспеченность пациентов верхней одеждой и обувью, нехватка персонала для сопровождения пациентов за пределы отделения, «плохое» поведение пациента, нарушение им правил внутреннего распорядка, водворение в надзорную палату, неспособность пациента, опасение, что больные простудятся, «разбегутся». Поводом служит и нахождение пациента в больнице в недобровольном порядке. Проверяющим сообщается, что пациент не гуляет по причине «своего состояния» или что больные уже погуляли, а остальные сами не хотят выходить на прогулки. Места для прогулок во многих больницах не выделены или малы, не оборудованы, находятся в запущенном (в зимнее время нечищеном) состоянии, либо используются как «курилки» для персонала. Достаточным основанием для лишения прогулок считается отсутствие соответствующего предписания в правилах внутреннего распорядка больницы.¹⁷

Право пациентов на ежедневные прогулки должно быть гарантировано, прежде всего, законом. Именно закон (Кодекс) предусматривает право на ежедневные прогулки для иных категорий лиц, находящихся в местах принудительного содержания. Это подозреваемые и обвиняемые, содержащиеся под стражей¹⁸, все категории осуждённых: отывающие наказание в виде ареста (ч. 4 ст. 69 УИК РФ), лишения свободы, в т.ч. в штрафных изоляторах, помещениях камерного типа, общих и одиночных камерах (ст. 93 УИК РФ). При том, что осуждённому, водворённому в штрафной изолятор, запрещаются свидания,

телефонные разговоры, приобретение продуктов питания, получение посылок, передач, он не утрачивает право пользоваться ежедневной часовой прогулкой. Правило о ежедневных прогулках значится среди условий отбывания лишения свободы в исправительных колониях общего, строгого и особого режима (ст. 121, 123, 125 УИК РФ). Такие лица, а также те, кто отбывает по жизненное лишение свободы (ст. 127 УИК РФ), имеют право гулять по полчаса.

Право на ежедневные прогулки не следует включать в перечень прав пациентов, которые могут быть ограничены по рекомендации лечащего врача зав. отделением или главврачом в интересах здоровья или безопасности пациентов, а также в интересах здоровья или безопасности других лиц (ч. 3 ст. 37 Закона). Некорректно ставить в один ряд право на прогулку с правом пользоваться телефоном, получать посылки, принимать посетителей. Это же подтверждают и приведённые выше нормы УИК РФ. Право пациентов, не нуждающихся в строгом пастельном режиме, на ежедневные прогулки целесообразно предусмотреть в ч. 2 ст. 37 как право всех пациентов психиатрических стационаров или регламентировать отдельно. С учётом особенностей течения психического расстройства и применяемых методов лечения, прогулки должны быть обеспечены больным, находящимся на общем, палатном, полуостельном режиме. Если пациент находится на постельном режиме и ему разрешено находиться в сидячем положении, его право на прогулку может быть обеспечено с помощью кресла-каталки. Абсолютно исключать прогулки может только строгий постельный режим.

В коррекции нуждаются не только нормы права, но и правоприменительная практика, чему может способствовать **внесение дополнений в постановление Пленума Верховного Суда РФ от 25 декабря 2018 г. № 47 «О некоторых вопросах, возникающих у судов при рассмотрении административных дел, свя-**

¹⁷ Так, из решения Советского районного суда г. Казани от 14 марта 2012 г. (дело № 2-339/2012) по иску Гайнутдиновой А. Ф. к РКПВ им. акад. В. М. Бехтерева о компенсации морального вреда следовало, что пациенты 15-го отделения больницы на прогулки не выводились в связи с тем, что прогулки не предусматривались внутренним распорядком дня отделения. Истица на постельном режиме не находилась. После внесения прокурором представления прогулки были включены в распорядок дня, на территории больницы было организовано место для прогулок. Суд признал, что истница, находившаяся на принудительном лечении, не должна была содержаться в менее комфортных условиях, чем лицо, в отношении которого осуществляется уголовное преследование.

¹⁸ Так, Кировский облсуд (апелляционное определение от 28 января 2014 г. по делу № 33-4807/2013, 33-212/2014) оставил без изменения решение районного суда, которым удовлетворён иск П. к Минфину, МО МВД России «Омутнинский» о компенсации морального вреда в 5 тыс. руб. В своем иске П. указал, что в ИВС, где он находился, не было прогулочного дворика, отсутствие ежедневной прогулки вызывало у него физические и моральные страдания из-за нехватки свежего воздуха и унижало его человеческое достоинство. Суд установил, что отсутствие дворика в ИВС не отвечало требованиям правил внутреннего распорядка учреждения, и лица, содержащиеся в ИВС, не пользовались ежедневной прогулкой продолжительностью не менее одного часа, в связи с чем истцу были причинены нравственные страдания.

занных с нарушением условий содержания лиц, находящихся в местах принудительного содержания» в части распространения разъяснений Пленума на психиатрические лечебные и экспертные организации, в которых содержатся лица без их согласия.

Постановление № 47 подготовлено без учета Федерального закона от 19 июля 2018 г. № 203-ФЗ «О внесении изменений в статью 18.1 Федерального закона «О содержании под стражей подозреваемых и обвиняемых в совершении преступлений» и Федеральный закон «Об общественном контроле за обеспечением прав человека в местах принудительного содержания и о воздействии лицам, находящимся в местах принудительного содержания», включившего психиатрические лечебные и экспертные организации в перечень мест принудительного содержания.

Согласно постановлению № 47 под условиями содержания лишенных свободы лиц следует понимать условия, в которых с учетом установленной законом совокупности требований и ограничений реализуются закрепленные Конституцией РФ, общепризнанными принципами и нормами международного права, международными договорами РФ, федеральными законами и иными нормативными правовыми актами РФ права и обязанности указанных лиц. К ним относятся: право на личную безопасность и охрану здоровья; право на получение квалифицированной юридической помощи; право на обращение в госорганы и органы местного самоуправления, в ОНК; право на доступ к правосудию; право на получение информации, непосредственно затрагивающей права и свободы; право на обеспечение санитарных условий и питанием, прогулки.

О наличии нарушений условий содержания могут свидетельствовать: переполненность помещений, отсутствие либо предоставление возможности пребывания на открытом воздухе, затрудненный доступ к местам общего пользования, соответствующим режиму мест принудительного содержания, в т.ч. к санитарным помещениям, отсутствие достаточной приватности таких мест, не обусловленное целями безопасности, невозможность поддержания удовлетворительной степени личной гигиены, нарушение требований к микроклимату помещений, качеству воздуха, еды, питьевой воды, отсутствие сведений о проведении необходимых медосмотров или освидетельствований.

Судам предложено при разрешении дел принимать во внимание обстоятельства, соразмерно восполняющие допущенные нарушения и улучшающие положение лишенных свобод лиц. Например, незначительное отклонение от установленной законом площади помещения в расчете на 1 чел. может быть восполнено созданием условий для полезной деятельности вне помещений, в частности для образования, спорта и досуга, труда, профессиональной деятельности.

При оценке соответствия медицинского обслуживания установленным требованиям, суд может принимать во внимание обеспеченность лекарственными препаратами с надлежащими сроками годности, своевременность, правильность диагностики, тождественность оказания медицинской помощи состоянию здоровья, лечебную и профилактическую направленность, последовательность, регулярность и непрерывность лечения, конфиденциальность, информированность пациента, документированность, профессиональную компетентность медработников.

При оценке обеспечения права на доступ к квалифицированной юридической помощи судам предписано учитывать, в какой срок с момента ограничения свободы была предоставлена возможность реализации данного права, в т.ч. посредством связи с адвокатом по телефону, длительность и конфиденциальность беседы с адвокатом в зависимости от режима мест принудительного содержания.

К условиям содержания Пленум относит и условия *помещения* в места принудительного содержания, а также условия *перемещения* в транспортных средствах. Последнее в полной мере должно относиться и к процессу недобровольной госпитализации в психиатрический стационар. Важно, чтобы это обстоятельство было зафиксировано в тексте постановления.

Мы привели лишь некоторые конкретные разъяснения, данные в постановлении Пленума № 47, которые могли бы иметь значение и при рассмотрении дел, связанных с нарушением условий содержания в психиатрических лечебных и экспертных организациях. Однако требуются и новые специальные разъяснения, касающиеся непосредственно указанных медорганизациях. Они не только помогут при рассмотрении дел в суде, но и позволят повысить выявляемость нарушений, снизить их латентность, окажут превентивное действие.

ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА

Гипобулика экспертов — писать по шаблону

В общественную приемную НПА России обратилась Тамара Д. с жалобой на действия местных психиатров, которые не выдают ей разрешение на управление автотранспортом и работу по специальности, которые ранее она получала. Причина — в заключении судебно-психиатрической экспертизы, которая была проведена в рамках возбуждённого против нее уголовного дела. Тамару обвиняли в убийстве собственной бабушки, якобы она задушила ее, накинув на шею веревку. Тамара утверждала, что бабушка повесилась (ранее уже была попытка суицида), а она лишь вынула ее из петли и вызвала скорую и полицию. Поскольку Тамара ранее лечилась у психиатров, следователь направил ее на судебно-психиатрическую экспертизу в Центр им. В. П. Сербского, и эксперты, внимательно изучив предшествующий анамнез и обнаружив признаки шизофренического процесса в настоящее время, рекомендовали признать ее невменяемой и направить в стационар специализированного типа с интенсивным наблюдением (!).

Вот что они пишут: «На основании изложенного комиссия приходит к заключению, что Т. Д. страдает хроническим психическим расстройством в форме параноидной шизофрении (F 20.006 по М КБ-10). Об этом свидетельствуют данные анамнеза и медицинской документации об отягощенной наследственности, о возникновении у подэкспертной в подростковом возрасте дисморфобических идей, аутохтонных аффективных колебаний с преобладанием пониженного фона настроения, неврозоподобной симптоматики (тревога, страхи, ритуалы), что привело к формированию клинической картины синдрома нервной анорексии и явилось причиной неоднократных госпитализаций в психиатрические стационары и активного наблюдения у психиатра. В дальнейшем клиническая картина заболевания усложнилась за счет возникновения бредовых идей отношения, элементов синдрома психического автоматизма с ощущением воздействия посторонней силы на фоне нарастания негативной симптоматики и снижения энергетического потенциала, что в совокупности привело к нарушению социальной адаптации. Указанное психическое расстройство подтверждается и данными настоящего обследования, выявившего у подэкспертной наряду с отмеченной психопатологической симптоматикой стремление

к диссимиляции своих болезненных переживаний, характерные для шизофренического процесса нарушения мышления (непоследовательность, нецеленаправленность, парапличность, витиеватость со склонностью к соскальзыванию и резонерству), эмоционально-волевой сферы (неадекватность, однообразие, маловыразительность, выхолощенность, парадоксальность), ипохондрические и сутяжнические идеи при грубом нарушении критических и прогностических способностей. Поэтому, **как страдающая хроническим психическим расстройством, в период совершения инкриминируемого ей деяния, Т. Д. не могла осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими**. Указанное психическое расстройство не относится к категории временных. В настоящее время по своему психическому состоянию Т. Д. не может понимать характер и значение уголовного судопроизводства (сущность процессуальных действий и получение посредством их доказательств) и своего процессуального положения, неспособна к самостоятельному совершению действий, направленных на реализацию своих процессуальных прав и обязанностей, не может правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела, и давать показания. Учитывая стремление к диссимиляции своих болезненных переживаний, осторожность психотических расстройств (бредовые идеи отношения, элементы синдрома психического автоматизма с ощущением воздействия посторонней силы, ипохондрические и сутяжнические идеи), наличие изменений эмоционально-волевой сферы (однообразие, маловыразительность, неадекватность, выхолощенность, парадоксальность) и грубые нарушения критических и прогностических способностей, **как представляющая особую опасность для себя и других лиц, Т. Д. нуждается в направлении на принудительное лечение в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, специализированного типа с интенсивным наблюдением**».

Правда, эксперт-психолог в своем заключении написала, что «у Т. Д. не выявляется таких индивидуально-психологических особенностей, которые лишили бы ее способности правильно

воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них показания», но какое это имеет значение, если эксперты-психиатры посчитали, что она **«не может правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела, и давать показания»**. Показания уже и не брали, и Т. Д. ждала больница с самым строгим режимом, где она могла провести много лет, если бы не дотошный адвокат, который настоял на проведении дополнительных экспертиз, в том числе по определению точного времени смерти и т.д., в результате чего с Т. Д. были сняты все обвинения, и — редкий случай — **уголовное дело закрыли в связи с отсутствием события преступления**.

Вспоминается случай многолетней давности, имевший место в Краснодарском крае. В одном из сел исчезла молодая девушка. Поиски ничего не дали, и ее брата обвинили в убийстве. Якобы, убил и сжег тело. Нашли даже свидетеля, который «видел», как все это было. Молодого человека, который ранее никогда у психиатров не наблюдался, направили на судебно-психиатрическую экспертизу. Местные психиатры не решились вынести свой вердикт и рекомендовали провести экспертизу в Центре им. Сербского. Там особых сомнений не возникло, юноше поставили диагноз «шизофрения», и рекомендовали стационарное принудительное лечение, на которое он и был направлен. Сколько времени мог бы он провести в психиатрической больнице, неизвестно, но через два года его сестра неожиданно объявилась, живая и здоровая. Оказывается, она сбежала со своим другом в одну из кавказских республик, побоявшись объявить об этом родителям. Брата выписали, никто не был наказан, и он не получил никакой компенсации за два вычеркнутых из жизни года. Тогда специалисты НПА России выступили с инициативой запретить проведение экспертизы на этапе следствия: пусть сначала докажут в суде, что преступление имело место, а потом уже назначают судебно-психиатрическую экспертизу. Тогдашний уполномоченный по правам человека В. П. Лукин поддержал инициативу НПА, однако дальнейшего развития она не получила.

И вот новый случай.

Что же нашли эксперты у Т. Д., чтобы прийти к таким выводам?

Наследственность отягощена: отец страдал алкоголизмом, тетка и двоюродная сестра отца наблюдались и лечились у психиатра, двоюродная сестра бабки по материнской линии покончила жизнь самоубийством, дядя по линии матери наблюдался и лечился у психиатра.

В раннем детстве девочка росла и развивалась по возрасту, в 10 лет была про консультирована эндокринологом, который поставил диагноз: «Ожирение I ст.» До двенадцати лет она спокойно относились к своей полноте. Однако потом

стала резко ограничивать себя в приеме пищи, перешла сначала на двухразовое, а затем на одноразовое питание, начала «голодать». Была впервые доставлена в психиатрическую больницу, где проходила стационарное лечение с диагнозом: «Нервная анорексия». Консультант больницы решил, что «синдром нервной анорексии укладывался в рамки психогенного заболевания». Однако периоды ремиссий сменялись обострениями, симптоматика усложнялась и вскоре появился диагноз «Шизофрения, детский тип. Неуточненный тип течения. Обсессивно-фобический и депрессивно-параноидный синдром». Девочка еще не раз попадала в больницу, был выставлен диагноз «Шизофрения, подростковая форма. Приступообразно-прогредиентный тип течения. Обсессивно-фобический синдром. Синдром паранойальной дисморрофобии. Анорексический синдром». В школе заниматься не могла и пришлось перейти на домашнее обучение. С программойправлялась, успешно закончила школу и собираясь поступать в юридический ВУЗ.

В 18 лет в связи с отсутствием обострений заболевания была переведена с диспансерного наблюдения в группу оказания консультативно-лечебной помощи с диагнозом: «Шизофрения, простая форма. Приступообразно-прогредиентный тип течения. Формирующийся эмоционально-волевой дефект». В том же году обратилась на прием к психиатру по месту жительства в рамках прохождения медицинского обследования для трудоустройства на работу лаборантом в Центр детского творчества. «Во время осмотра контакту была доступна, ориентирована всесторонне верно. На вопросы отвечала по существу, жалоб на состояние здоровья не предъявляла. Мышление было в обычном темпе. Сон и аппетит, со слов, были не нарушены. Фон настроения оценивался как сниженный. Галлюцинаторно-бредовой симптоматики не выявлялось. Поставлен диагноз: «Шизофрения, ремиссия». Подписан лист медицинского обследования». После окончания школы Т. Д. заочно обучалась в филиале Московского психолого-социального института на факультете «юриспруденции», который успешно окончила в 2011 г. по специальности юриста в гражданском праве. После получения высшего образования работала в Центре детского творчества, администратором в бассейне. Непродолжительное время работала помощником юриста в ООО «Газтеплоэнергоремонт». В 24 года Т. Д. в течение полутора месяцев проходила амбулаторное обследование у психиатра на право управления транспортным средством. «Контакту была доступна, ориентирована всесторонне верно. На вопросы отвечала по существу. Сообщала, что в прошлом обращалась за помощью к детскому психиатру из-за «проблем с приемом пищи», так как «пришло худеть».

Гипобулика экспертов — писать по шаблону

При этом подчеркивала, что после того, как “все наладилось, врач сняла ее с учета”. Внешне выглядела опрятно, была астенического телосложения. На момент осмотра нарушений мышления, психотических расстройств не выявлялось. По результатам экспериментально-психологического обследования у Т. Д. не обнаружено признаков нарушения мышления по шизофреническому типу. По данным исследования психологом был отмечен смешанный тип характера Т. Д. (эпилептоидно-истероидно-неустойчивый) и высокий риск формирования расстройства личности по эпилептоидному типу. Т. Д. была представлена на заседание врачебной комиссии с целью решения вопроса о годности к управлению автотранспортом, и комиссия пришла к выводу, что у Т. Д. в клинической картине заболевания с 2005г. (с 18 лет) отмечалась стойкая ремиссия, поэтому у нее нет противопоказаний для управления транспортным средством». В дальнейшем Т. Д. за помощью к психиатру не обращалась, под наблюдением нарколога не находилась, работала в ООО «Научно-инженерный центр» в должности помощника руководителя. По месту работы характеризовалась как трудолюбивый и ответственный сотрудник, хорошоправлялась со своими обязанностями в обычной и стрессовой ситуации. Трудовую дисциплину не нарушила, с коллегами была дружелюбна, неконфликтна, претензий и замечаний руководства к своей работе не имела, была исполнительна, пунктуальна, честна. К уголовной ответственности не привлекалась. Несколько раз привлекалась к административной ответственности за проживание на территории РФ без паспорта, нарушение правил дорожного движения и управление транспортным средством в нетрезвом состоянии. По месту жительства характеризовалась удовлетворительно, жалоб от соседей и родственников на нее не поступало. Соседи описывали Т. Д. как отзывчивого, доброжелательного, ответственного, неконфликтного и последовательного в своих действиях человека, принимавшего активное участие в общественной жизни дома. Свидетели по делу характеризовали Т. Д. как дружелюбного, вежливого и неконфликтного человека, мать описывала дочь как нормального, спокойного и неимпульсивного человека, которого «из равновесия выводила только неправда», и она могла из-за этого поругаться с кем-нибудь, но быстро успокаивалась.

В процессе исследования никаких агрессивных тенденций у Т. Д. не было выявлено ни экспертами-психиатрами, ни психологом.

Но Т. Д. «обвиняется в том, что, находясь у себя в квартире, сдавила веревкой органы шеи своей бабки. Смерть потерпевшей наступила в результате механической асфиксии от сдавливания шеи тупым предметом (заключение судебно-медицинской экспертизы трупа)». И хотя

Т. Д. это категорически отрицает, но объясняет свое поведение не слишком убедительно, да и единственный свидетель, который поначалу подтверждал версию самоубийства, впоследствии изменил свои показания. К тому же эксперты не следователи, и не должны выяснять, что на самом деле случилось, «убила» значит убила, и стало быть представляет «особую опасность для себя и других лиц» и нуждается в принудительном лечении в стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением.

Сейчас уголовное дело закрыто, обвинение снято, но экспертиза осталась, и Т. Д. приходится оспаривать ее выводы, поскольку местные психиатры запрещают ей работать по специальности, управлять автотранспортом и т.д.

Итак, перед нами пускай не частый и не стандартный пример того, как легко списываются на людей с психическими расстройством криминальные действия в силу их одного только ситуационного совпадения. Ничему не научил знаменитое учреждение знаменитый упомянутый случай «убийцы без трупа». Оказывается, достаточно, перенести в подростковом возрасте нервную анорексию, переросшую в психотический эпизод, чтобы — вопреки благополучной жизни с окончанием ВУЗа и успешной профессиональной деятельности после 18-летнего возраста, в течение еще 18 лет можно было проигнорировать это и говорить о «нарастающей негативной симптоматике и снижении энергетического потенциала и «грубом нарушении критических и прогностических способностей». Вместо признания ошибочности этого заключения, опровергнутого самой жизнью и удостоверенного психиатрами диспансера, эксперты механически подвергают старое заключение к новому, идя у него на поводу. Их собственное исследование спекулирует понятием «диссимулация», нагромождая тяжелые психические расстройства, а на самом деле свои трактовки вместо фактов, игнорируя характерологическую реакцию на психотравмирующую ситуацию случившегося и самой экспертизы, и того, что шаблонная формулировка о «снижении энергетического потенциала» в юношеском возрасте должна была бы спустя удвоенный возраст подтвердиться, прежде всего, реальной жизнью, а не явственно некорректным, характерным для начинающих неопытных экспертов, нагромождением готовых квалификаций без маломальского обоснования.

Давно назрело радикальное решение — необходимость непосредственного клинического опыта в течение нескольких лет работы в отделениях для психотических больных, предваряющее экспертную работу в судебной психиатрии.

*Л. Н. Виноградова,
Ю. С. Савенко*

Из досье эксперта

ДОКУМЕНТЫ ВРЕМЕНИ

Советская власть как цель, оправдывающая любые средства

Чтобы не ходить кругами, как это продолжает происходить, необходимо оборачиваться на прошедшее столетие. В 2010 году в Санкт-Петербурге небольшим тиражом вышли замечательные по откровенности и мастерству **историко-биографические заметки «Мой век» Юлия Рыбакова**, художника, родившегося в лагере для политзаключенных, 6 лет проведшего в заключении за участие в подпольном демократическом движении, организатора «универсальной самоуправляемой территории творчества в России (в Санкт-Петербурге) «Ковчег — XXI век», выдержав семилетнюю осаду властей, бандитов, холода и разрухи», и «первой в истории России пусть маленькой только городской, но государственной структуры по защите прав человека», а затем и депутата Государственной Думы 3 созывов (1993 – 2003). Юлий Андреевич восстанавливает события в нашей стране на основании собственного опыта, исторических документов, мемуаров и прессы, начиная с Первой мировой войны. Рекомендуя эту книгу, мы приводим небольшой отрывок, помогающий понять каким образом большевики захватили власть в Петрограде, тогда как «сегодня вырастает поколение, которое почти ничего не знает о происходящем 20, а уж тем более 40 или сотню лет назад».

В 1917 году «солдаты — это уже не тот кадровый состав, который выбит в боях за прошедшие 3 года. В солдатских казармах царила тогда потеря ориентации. Как только Временное правительство объявило свободу совести, а следовательно, и отмену обязательного хождения в церковь для низших чинов — три четверти солдат ни ступали туда больше ногой... Временное правительство, которое не о充实иво всех и сразу, тут же перестало быть «своим»... Лозунги «большевиков» о немедленном прекращении войны получили естественную поддержку... 25 октября большевики Петрограда арестовали часть Временного правительства, разогнали Временный Совет Российской республики... Внезапно и страшно открывал себя жителям Петрограда подлинный лик большевистского переворота... Вечером 28 октября 1917 года началось восстание кур-

сантов военных училищ против большевиков. Первые шаги были успешны, но разнобой, нерешительность и трусость руководства свели их на нет... Войска, которые вел с фронта генерал Краснов, были остановлены на подступах к Петрограду, но сделали это не отряды рабочих... Беглый точный огонь велся профессионально, — полевые батареи обслуживали немецкие артиллеристы, военнопленные. Незадолго до этих событий они получили секретный приказ генерала Людендорфа. Большевики позволили доставить его в лагерь под Колтуши, где содержали пленных кайзеровских солдат. В приказе было сказано, что, помогая большевикам, они спасут Германию... С помощью этих переодетых в матросские бушлаты «интернационалистов» попытка русских войск освободить захваченную большевиками столицу была отбита...» Большинство юнкеров сложили оружие, но после 29 октября начались дни кровавой расправы... «Потом стало известно — арестованных связывали между собой, погрузили на баржи для перевозки песка и вывезли в залив. А потом днище открыли... Среди казненных оказался кто-то из членов или сотрудников Временного правительства. Его жена тайком наняла водолаза, чтобы тайком найти тело мужа. Нырнув пару раз, он в ужасе выскочил из ледяной воды и отказался спускаться снова. На дне залива, с привязанными к ногам колосниками, стоя покачивались сотни человеческих тел...».

«...Позже, на Волге, в Сибири, на Черном море «большевики» не раз пользовались этим способом расправы со своими противниками, а уже в 90-е годы, после того как рухнул советский режим, я услышал в Питерском обществе «Мемориал» о том, что в архивах областного комитета КПСС было найдено письмо старушки, члена ВКП(б) с 1918 г. Она просила о назначении себе персональной пенсии, поскольку является вдовой того самого матроса с линкора «Республика», который и придумал, как уничтожать врагов революции, не тратя на них патронов... В общей сложности за первые полтора года большевистского путча в Петро-

граде было арестовано 17 тысяч оставшихся в Петрограде офицеров, почти 5 тысяч из них были расстреляны и замучены, еще 407 попали в заложники ЧК...».

Спустя 62 года.

«За установление марионеточного советского режима в Афганистане воюют уже более 100 тысяч советских солдат. Причем солдаты, призванные из Таджикистана и других азиатских республик, все чаще отказываются выполнять приказы командования, их приходится заменять призывниками из России. Министерство обороны уже добилось призыва в армию студентов, которые раньше имели отсрочку от армии. За прошедший с начала «братского» вторжения год в Афганистане погибло 1570 со-

ветских солдат и офицеров... Число погибших солдат возрастет за 9 лет необъявленной войны в 10 раз... Число погибших за один год афганцев приближается к 70-ти тысячам, большую часть из них составляют крестьяне... Попавших в плен оккупантов, если те не переходят в ислам, моджахеды жестоко казнят... В ответ солдаты беспощадно расправляются с попавшим под руку населением. Недавно в «Христианском вестнике» я прочел хвастливые откровения бывшего «воина-интернационалиста», который возмущался «либерализмом» военных в Чечне. Он вспоминал, что в Афганистане за один выстрел из кишлака они уничтожали там всех, «даже курицам и тем головы откручивали...».

«Еврей Зюсс»

«Еврей Зюсс» — это известный роман Лиона Фейхтвангера и его экранизации, а это наше сообщение — пример успешного манипулирования им д-ра Геббельса.

В начале 60-х годов я был впечатлен этим фильмом, который демонстрировался в «Иллюзии», в ретроспективе фильмов ведущего актера Веймарской Германии — Конрада Фейдта. Попытка несколько лет назад повторного просмотра натолкнулась только на остатки зрительских отзывов. Вместо этого антифашистского фильма по роману Фейхтвангера предлагалась фашистская версия сюжета.

Дело в том, что Конрад Фейдт, всячески сознательно нацистским режимом к сотрудниче-

ству, предпочёл эмигрировать в Великобританию, где снялся в этом фильме, имевшем большой успех. Тогда-то Геббельс поручил снять контрверсию. Парадоксально, что на фоне доступности только профашистской версии, тут же предлагался фильм об истории создания этой версии с грандиозной, документально заснятой сценой антисемитского наусыквания зала, набитого молодыми гестаповцами, до злобного исступления при просмотре этого фильма, совсем как сцена «уроков ненависти» в экранизации «1984» Джорджа Оруэлла. Сейчас доступен и первоначальный антифашистский вариант. Все это вместе приобрело мощную просветительскую силу.

ОТКЛИКИ, ОБСУЖДЕНИЯ

Попытка диффамации чужими руками

Петр Викторович Морозов, сделавшись генеральным секретарем WPA на безальтернативной основе, приобрел особенности российских пропагандистов, мифологизируя как прошлое, так и настоящее в духе возобладавшего Мединского с его приоритетами верноподданнического информирования и воспитания масс, не считаясь с элементарными научными требованиями, публикуя некорректные тексты явно без всякого ренцизирования.

Статья, на которую Петр Викторович опирался на юбилейной конференции в Санкт-Петербурге в мае этого года, — «Обделенные смертью (очерк по проблеме медицинского умерщвления и смертвспоможения)» принадлежит Никите Александровичу Зорину («Психиатрия и психофармакотерапия», т. 24, № 1, 2022, 41 – 45) и является ответом на мою рецензию «Реакция на дебаты об эвтаназии в РОП» в Независимом психиатрическом журнале (2021, 4, 63 – 64). Это, как всегда, талантливый яркий хлесткий художественный текст в узнаваемой стилистике французских леваков-антипсихиатров конца 1960-х годов и современной так наз. «Гражданской комиссии по правам человека», одной из трех, наряду с Дианетикой и Сайентологией, организаций Фонда Рона Хаббарда, обвинявших психиатров в фашизме. Например, в томах под названием «Психиатры — люди за спиной Гитлера» и «Психиатрия — предательство, не знающее границ».

Н. А. утверждает, что мой отклик — это «попытка сведения каких-то личных счетов с властью, которая совершенно затмила вам глаза» и что «более вероятен заказной характер этой статьи, подозрительно совпадающей с другими измышлениями в адрес России. Мой ответ — показывает, как фабрикуются «обвинительные материалы», предназначенные читателям, так как время показывает, что с Вами спорить о чем-либо совершенно бесполезно...». «Так как я единственный человек, который в последнее время публиковал что-то более или менее объемное по-русски, одну из публикаций я Вам присыпал, но Вы не заметили ее в своем собственном Вотсане. Я даже ответа не удостоился... На критике меня никаких бенифитов не получить. Я даже не член РОП,... и ни член НПА, ВЛМ и ЛГБД и т.д., так что и не пытаюсь, как любят делать неолибералы, приkleить меня к ним или к «Кровавому Совку»... Ваши знания даже в происхождении термина «совок» однобоки. Я лично оскорблен неожиданностью Вашего опуса... Вы не дальновидно

рискуете поссориться со своим международным начальством, с WPA в лице Дануты Вассерман. Я понимаю, что в ковидную эпоху обоняние у многих пропадает, но неужели Вы не почувствовали, каким «совком» ныне пахнуло из неолиберальной (канализационной) трубы?».

Нужен ли комментарий? По существу вопроса я ясно и кратко высказался в своей рецензии. Что касается ниагары возмущений, обвинений, нападок веером по всем румбам, то их экспрессивные изыски доставляют специфическое удовольствие, сама хлесткость нравится, действует суггестивно и даже одно это поучительно в нашей профессии. Но, несмотря на огромность текста с постоянными отлетами в сторону и неиссякаемые перлы диффамации, сваливающие в кучу вырванное из контекста и искаженно понятое, о существе проблемы фактически ничего, это «бег на месте». До сих пор меня обвиняли в чем угодно, но не в двойственности. Базальная двойственность — свойство любой проблемы, взятой абстрактно, решаемой под один общий знаменатель да/нет, без дифференциации, а главное, вне конкретного контекста, вне модели фигура/фон, это симптоматический подход с претензией на диагноз, что превращает все в бесплодные слово-прения. Стерилизация принята и регламентирована в нашем законодательстве. Эвтаназия тем более, и требует сугубо конкретного подхода, а не тотального запрета. В скоровспомощных, реанимационных и других медицинских отделениях это повседневная мучительная проблематика, которую нельзя решать абстрактно, в кабинете, ограничиваясь компьютером. Статья Н. А. Зорина привлекательна с эстетической и психологической точки зрения, но лишена содержательного научно-критического подхода и даже отравлена тенденциозно подобранным чтением — высказанный симпатией, что «мы также знаем, что либеральная демократия, похоже, превращается в фашизм».

Трудно представить, что такую статью принял бы какой-то другой научный журнал, но Петру Морозову важно было перевести внимание с более близких, буквально полыхающих проблем немедицинского «умерщвления и смертвспоможения» даже ценой непорядочной дезинформации, будто я сторонник насилиственной стерилизации и эвтаназии.

Ю. С. Савенко

Письмо из ПНИ Смоленской области

Член редколлегии нашего журнала Исаак Михайлович Беккер (Набережные Челны) прислал нам следующий текст: «Высылаю удивительное письмо. Предлагаю использовать его в журнале (опубликовать) в силу необычности самой ситуации, рассуждения про меня и мои опусы, наверное, можно изъять. В дополнение к письму сообщаю сведения об авторе (**я получил от нее разрешение на разглашение «медицинской тайны» — ее ФИО, диагноз и прочее**)¹. Пообещал, что редакция сообщит ей, как подписаться на НПЖ.

Итак, женщина 72 лет написала каллиграфическим почерком замечательное письмо, с добрыми оценками НПЖ и просьбами помочь ей его получить. Я, было, подумал, что это врач-психиатр, попавший на работу в ПНИ. Позвонил ей по номеру из письма, и у меня волосы встали дыбом от удивления. В 2017 она попала в качестве пациентки с д-зом «Органическое расстройство личности, вследствие смешанных заболеваний». Она помещена в отдельную комнату, проживает там почти 5 лет, довольна своей жизнью, много читает литературы (художественной и психиатрической), знает последние новости. У нее несколько растянутая речь (брадифеническая), но логика и мышление вполне сохранные. Она отдает в интернат 75 % своей пенсии, а остальное имеет на личные расходы: «Не все интернаты такие страшные, как описано в «Новой газете», — сообщила она мне с гордостью за свой ПНИ».

«Здравствуйте уважаемый Исаак Михайлович! Не знаю, дойдет ли мое письмо «на деревню дедушке». По третьяму кругу dochityava Вашу книгу «Школа молодого психиатра», 2013 г. изд, которую выписала из интернет-магазина в прошлом году по рекомендации НПЖ. Книга, конечно, интересна, и «как новый детективный роман», как вы говорили в предисловии, но и полезна для меня просто по «профилю», т.к. я нахожусь в ПНИ. С каждым прочтением нахожусь для себя что-то новое.

Именно по причине попадания моего в это учреждение я разыскала по каталогу на почте НПЖ, о котором раньше не имела представления, дабы ознакомиться с системой и порядками в ней. Из этого же журнала познакомилась с Вами по вашим статьям.

Но вот беда: в подпиське на 22-ой год мне на почте отказали, сказав, что просто НПЖ нет. Я сразу подумала, что, видимо, ему-таки присвоили почетное звание иноагента, как было уже с Центром, или еще что-нибудь подобное, но на главпочтамте затем мне объяснили, что журнал сохранен только для организаций. Телефон не откликается. А мне очень хотелось знать, как бы все-таки заполучить журнал в дальнейшем, ведь, находясь здесь, обходиться без него не только сложно, но и невозможно. Это как воздух. Во всех смыслах, не только для души.

Для души я выписываю журналы «Новый мир», «Новое литературное обозрение», а также «Новую газету». Еще понавыписывала книги из интернет-магазина (в т.ч. «Психиатрич. интервью в клинической практике» америк. авторов 21 г. изд., «Тест Роршаха» Дэмиона Сираза, 20 г. изд. И т.д.)

Так как Вы, наверное, имеете связь с редакцией, не могли бы вы там замолвить за меня словечко, как это мне все проделать. Прошу Вас извинить меня за причиненное беспокойство и без того сверхзанятому человеку, но я просто уже не знала, куда с этой проблемой ткнуться, и вдруг меня осенило и зародилась слабая надежда».

Каримова Раиса Абдулхаковна.

P. S. Я родом из большого татарского села, школу окончила тоже татарскую, но не в Татарстане — под Оренбургом. На Смоленщине — из Чечни. В ПНИ — с октября семнадцатого года. Мне 72 года».

¹ Все выделения принадлежат редакции.

ПСИХОТЕРАПИЯ

Двадцать шестая научно-практическая конференция «Консторумские чтения»

«Смысл болезни — взгляд психотерапевта»

24 – 25 декабря 2021 года
Конференция в онлайн-формате

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

Доклады:

1. Ю. С. Савенко, психиатр, президент НПА России. Вступительное слово.

2. А. А. Шмилович, психиатр, психотерапевт. «Адаптирующие симптомы: что, как и зачем лечить».

3. С. Д. Левина, психиатр, психотерапевт. «Психотерапия — стиль жизни, сумма технологий и рабочий инструмент врача-психиатра».

4. Н. Л. Зуйкова, психиатр, психотерапевт. «Смысл семейных конфликтов с точки зрения клинико-интегративного семейного психотерапевта».

5. И. Н. Иванова, психотерапевт, дерматовенеролог, Г. Н. Иванова, психотерапевт. «Смысл болезни — жизнь с болезнью».

6. Г. Н. Иванова, психотерапевт, И. Н. Иванова, психотерапевт, дерматовенеролог. «Активирующая психотерапия по С. И. Консторуму в лечении психосоматических и соматических пациентов».

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

Доклады:

1. М. Е. Бурно, психиатр, психотерапевт. Заочное сообщение. «О клинико-классической или клинико-психологической научности Терапии творческим самовыражением (ТТСБ)»

2. Т. Е. Гоголевич, психиатр, психотерапевт. «Осознание символики болезни как начало исцеления. ТТСБ пациента с ананкастным (обессессивно-компульсивным) расстройством личности».

3. Л. В. Махновская, психиатр, психотерапевт. «Смысл болезни с точки зрения клинического психотерапевта».

4. И. П. Маркова, психиатр, психотерапевт. «Роль тревоги в формировании позитивной внутренней картины болезни при психосоматических заболеваниях».

5. Ю. В. Позднякова, педагог-психотерапевт. «Ранние рассказы А. П. Чехова в психотерапевтической работе с подростками. Занятие по рассказу «День за городом (сценка)» в группе ТТСБ».

6. К. М. Миженрова, психиатр, психотерапевт. «Об элементах Терапии творческим самовыражением в особых психиатрических условиях».

Тезисы докладчиков второго отделения*

О КЛИНИКО-КЛАССИЧЕСКОЙ ИЛИ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ НАУЧНОСТИ ТЕРАПИИ ТВОРЧЕСКИМ САМОВЫРАЖЕНИЕМ (ТТСБ)

М. Е. Бурно¹

(Заочное сообщение)

В последние годы не раз уточнял, в чём состоит научность нашего метода («Психотерапия», 2019, № 3, с. 41 – 45; «Независимый психиатр. журн.», 2020, I, с. 55 – 56; «Психологич. газета», 2021, 20. 04). Однако всё продолжаю встречать работы, в которых под именем метода рассказывается живая интересная помощь психотерапевта, которую вполне могли бы оказывать пациентам гиды художественных музеев, писатели, художники и другие люди, неравнодушные к духовной культуре. Объясняю это и тем, что такого рода стихийная психотерапия неплохо помогает страдающему человеку. Хотя, думаю, что помогает более симптоматически (на время), нежели патогенетически живёт и благотворно развивается в пациенте

В чём же состоит психотерапевтическая научность нашего метода, помогающего дефинизи-но-

* Тезисы докладчиков первого отделения см. в НПЖ, 2000, 1.

¹ Д.м.н., профессор.

му пациенту (пациенту с переживанием своей неполноценности) становиться вдохновенно-творческим собою *сообразно своей природе* — для посильной общественной пользы? Состоит, во-первых, в посильном изучении пациентом под руководством психотерапевта — этой своей природы. То есть природного характера, проявлений болезни (депрессии, страхов, навязчивостей и т. д.) на почве своего характера. Эти, в основном, душевые, нервные проявления болезни (клиника) окрашены, проникнуты характерологической почвой, на которой выросли. И особенности творчества пациентов исходят из их природных особенностей. Человек изучает, как именно это происходит — у него самого, у товарищей по группе творческого самовыражения, у известных художников, писателей, композиторов, учёных прошлых времён.

Во-вторых, научность метода состоит в усвоении пациентами диалектики повторимого-неповторимого. Об этом позднее.

Возможно ли изучать со всеми дефензивными пациентами, в том числе, душевно недостаточно развитыми, образованными, — научную классическую характерологию? Возможно, но не сразу, а сперва в её стихийных, народных началах. Хотя бы, например, в виде «характеров» растений, животных, минералов, в народных сказках. Деревья. Вот «психастеническая», застенчивая, грустная Берёза на экране или за окном, а дальше — «тревожно-сангиническая» Осина. Мускулистый «авторитарный» Дуб; «демонстративный», красочно-разноцветный Клён; благородный «аутист» Ясень. «Характеры» животных на экране.

Это всё побуждает незаметно заговорить в психотерапевтической гостиной о человеческих характерах, тоже окружающих наших пациентов в жизни. О характерах людей, к примеру, обижающих пациентов, и характерах любимых ими людей. Характеры-переживания растений, животных, даже неживой природы (например, «тихо, без хлопот» работающего Солнца, «ворчащей» струйки воды) так одухотворённо-выразительно, тепло описаны в прозе Чехова («Степь»), что один критик назвал за это писателя *пантеистом*.

Но для нашего дела эти чеховские образы — подлинное богатство. «Как будто от того, что траве не видно в потёмках своей старости, в ней поднимается весёлая молодая трескотня, какой не бывает днём... <...> ... слышишь, как птица <...> хохочет или заливается истерическим плачем — это сова» («Степь»).

Из всего этого (вскоре или со временем) начинается в группе спор о том, чем тревожный сангвиник (синтонный) отличается от психастени-

ка, от демонстративного человека (с «истерическим плачем»). Появляется тяготение к чтению о характерах. И на такую помощь гид в художественном музее обычно уже не способен. Не поможет он и постичь то, что к целительному вдохновению как переживанию своей *的独特性-nеповторимости* приходим в методе через *повторимое*. То есть — через изучение своих *повторимых* характеров, расстройств. Да, я психастеник со своей психастенической творческой полезностью людям, но психастеник *неповторимый, уникальный*, в кругу других тоже психастеников. Аутист, но *неповторимый, уникальный*, в кругу других аутистов.

Таким образом, научность нашего лечебного метода состоит в посильном постижении *характеров* для своей целебно-творческой, *неповторимой*, жизненной дороги. Это естественно для *клинической классической психотерапии*. Но и *психологическая психотерапия*, при всём мироощущенческом различии с психотерапевтическим клиницизмом, не может напрочь отказаться от характерологии, если хочет жизненно помочь людям. В современном учебнике для вузов «Клиническая психология» под ред. Б. Д. Карвасарского (4-е изд-е, 2010) кратко, но внятно, содержательно описаны основные характеры. В смягчённой, непатологической, выраженности (акцентуации). В 3-м издании «Психология индивидуальных различий (Хрестоматия по психологии)» под ред. Ю. Б. Гиппенрейтер и В. Я. Романова — в достаточных подробностях есть Э. Кречмер, Ганнушкин, Личко.

Там, где у пациентов меньше анализирующей психастеничности, аутистичности, полифоничности, где больше эндогенно-процессуальной деперсонализационности или полифонической сказочной постимпрессионистской художественности, — изучение пациентами характеров в группе происходит чаще как бы скрыто. То есть, с отсутствием высказываний этих пациентов о характерах, и даже с пренебрежением к «такой науке», но с явным интересом к происходящему.

Характерологическая работа группы среди кому-то «близких», кому-то «неблизких» картин, фотографий, отрывков художественных произведений (калейдоскоп творчества), несомненно, серьёзно способствует оживлению творческой индивидуальности у этих пациентов. Появляется целительное желание видеть и фотографировать природу не по-тургеневски, а *по-своему*, писать стихи не по-есенински, а *по-своему*. Начинаются вопросы: «какой по характеру Тургенев?», «какой я сам?», «почему мне неозвучен Шишкян?» Это тоже ответ на вопрос о *научности* метода, который применяет психотерапевт. Эта на-

учность, прежде всего, — в *науке о характерах* в нашей клинической терапии творчеством, клинической терапии духовной культурой.

При этом совсем не обязательно пациентам, не сложным душой, запоминать научные названия характеров, как и названия симптомов, синдромов. Важно всё это чувствовать-понимать — хотя бы в нескольких словах. Но целительная повседневная склонность к содержательному вдохновению всё же приходит с более или менее подробным постижением своего характера среди других характеров.

**ОСОЗНАНИЕ СИМВОЛИКИ БОЛЕЗНИ
КАК НАЧАЛО ИСЦЕЛЕНИЯ.
ТТС М. Е. БУРНО ПАЦИЕНТА С АНАНКАСТНЫМ
РАССТРОЙСТВОМ ЛИЧНОСТИ**
Т. Е. Гоголевич²

Разработка терапии ананкастного, или обсессивно-компульсивного расстройства личности (F60.5 по МКБ-10) по-прежнему остается актуальной. Из клинического опыта, определившего тактику терапии в нашем случае, особенно отметим работы М. Е. Бурно (1989 – 2016), Н. Мак-Вильямса (1994), В. Франкла (1939 – 1960).

Н., юрист, в первое обращение 42 г., наблюдался в ПНД с д-м «Ананкастное расстрой-

ство личности» был направлен к психотерапевту в связи с тревогой, страхом сойти с ума, навязчивыми мыслями и действиями (с пониманием их нелогичности), приводящими к снижению работоспособности, подавленностью, невозможностью расслабиться, нарушением сна, многочисленными соматическими жалобами. Неоднократно лечился стационарно и имел опыт групповой терапии, где не удержался. К моменту обращения к психотерапевту принимает антидепрессанты и атипичные нейролептики.

В первые 2 года лечения проводились индивидуальная рациональная психотерапия с элементами парадоксальной интенции В. Франкла и гипнотерапия. Отмечалось нестойкое улучшение. Интерес к ТТСБ, от которой сначала отказался, проявил на третьем году совместной работы. ТТСБ продолжается 1,5 года. В ходе краткосрочной ТТСБ (Т. Гоголевич, 1995 – 2015) с беседами о характерах, расстройствах настроения, знакомством с творческими методиками из предложенных классических методик терапии творчеством М. Бурно (1989 – 2012) Н. выбрал проникновенно-творческое погружение в прошлое, поиск одухотворенности в повседневном, фотографию и творческие путешествия. Совершал запланированные и спонтанные прогулки по окружающим город лесам с 06. 2020 г., с 10. 2020 г. сопровождая их снимками. Ощущал, что путешествия дают силы и возвращают «к себе самому». Просматривая отснятые, переживал



Илл. 1 – 4.
Осень 2020 г.



Илл. 5 – 6. Зима 2020/2021.

Илл. 7 – 9. Лето 2021.



Илл. 10.
Лето 2021 г.
Илл. 11 – 13.
Осень 2021.

«что-то похожее на сон», обнаруживая неожиданные для себя подробности.

На снимках период с осени 2020 г. по осень 2021 г. (илл. 1 – 13). Осень 2020 г.: лес, дорога, выход к реке, туман, обрывы (илл. 1 – 4.). Отметил: повторяющиеся дороги и перегораживающий их бурелом схожи с его собственным жизненным путем. Поваленные ветром деревья трактует как переживания, с которыми не смог расстаться. Упавшая на обрыве сосна вызывает чувство нежности, возможно, напоминает рано ушедшего отца, общения с которым был лишен. Дерево, растущее под наклоном к горизонту, ассоциирует с собой.

На снимках зимы 2020/2021 (илл. 5 – 6) и начала лета 2021 (илл. 7 – 9) повторяются сюжеты дорог и упавших деревьев, в том числе перегораживающих дорогу; вместе с тем уменьшаются навязчивые мысли и желания и значительно — навязчивые действия. «Творческие путешествия стали выходом из навязчивостей, фотографии заменили несказанное, а часто и не дошедшее до сознания».

«Как много этой весной муравейников» (илл. 10). Трактует обилие муравейников как «положительную примету» — знак оздоровления больного леса. В трех первых сериях снимков пасмурные дни (в солнечные чувствовал себя хуже), снимки четвертой сделаны в мягкие солнечные дни; меняется ракурс. «Взгляд ввысь в небо — это взгляд в бесконечность, в будущее, которое, кажется, у тебя есть, поскольку жизнь еще не прожита и в ней предстоит многое сделать» (илл. 11 – 13).

Еще в первые месяцы творческих путешествий уменьшились судороги в ногах, смягчился ряд других соматических симптомов, улучшился сон. К началу фототерапии мы отменили нейролептики и снизили дозы антидепрессантов, и далее уменьшили их в процессе терапии. В период февраль–октябрь 2021 г. впервые за все время наблюдения в ПНД (около 8 лет) практически отказывается от медикаментов. Еще более смягчаются навязчивые мысли и действия, уменьшается уровень тревоги, уходят мысли о смерти,

«кроме экзистенциальных». Одно из самых ценных приобретений ТТСБ, по мнению Н.: «я поверили, что имею право чувствовать». Переживаемое во время прогулок с камерой состояние вдохновения открыло дорогу осознанию некоторых причин болезни. Одной из них называет страх перед любым настоящим чувством, второй — ощущение разочарования, преследовавшее его с возраста ранней юности; первое происходит из второго. Другим открытием стало понимание некоторых собственных логических построений как защиты от ранящего.

В настоящее время терапия продолжается.

**СМЫСЛ БОЛЕЗНИ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ
КЛИНИЧЕСКОГО ПСИХОТЕРАПЕВТА**
Л. В. Махновская³

Клинический случай, так выразительно описанный Т. Е. Гоголевич в предыдущем докладе, вдохновил меня, показать на её клиническом примере, как понимаю смысл болезни.

Клиническая классическая психотерапия — это направление в психотерапии, которое отвечает тем же естественно-научным принципам, что и клиническая медицина Гиппократа и клиническая психиатрия. Она работает в соответствии с клиническими естественно-научными закономерностями. Один из принципов Гиппократа гласит: «Лечит болезни врач, но излечивает природа». Как соотносится это с клинической психотерапией?

Клинический психотерапевт выстраивает свою лечебную тактику в соответствии с природными защитно-приспособительными психологическими механизмами, заложенными в клинической картине болезни, «помогает стихийной природе защищаться совереннее...» (Бурно М. Е.,

³ К. м. н., доцент кафедры психотерапии и сексологии Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования» МЗ РФ, руководитель модальности Клиническая классическая психотерапия Профессиональной психотерапевтической лиги, Москва.

2009, 2012, 2020). «Именно клиника должна руководить психотерапевтом, объясняя, где и что можно и следует делать» (Консторум С. И., 2010). Следовательно, и условный смысл болезни связан с тем, что в самой клинической картине заложены адаптационные природные механизмы, которые надо уметь увидеть, применяя свой клинический опыт.

Клиническая картина включает, во-первых, сами симптомы болезни, во-вторых, нозологическую окраску этих симптомов, т. е. нозологию, в-третьих, личностную почву, на которой возникает симптоматика. Личностная почва — это и характер человека, т. е. структура души, и неповторимая личностная индивидуальность. Все эти компоненты неразрывно друг с другом связаны сложными причинно-следственными закономерностями. Это соотносится с принципом Гиппократа «Врач, лечи не болезнь, а больного».

В душевной, духовной сфере также заключены способы природной защиты, например, креативные, на которые опирается психотерапевт, и которые также придают «смысл» болезни. Это то, что составляет личностный ресурс пациента, его наполненность «идеалами» (в понимании А. И. Яроцкого, 1908).

Татьяна Евгеньевна представила нам случай пациента с обсессивно-компульсивным расстройством личности (ананкастической психопатией), в котором ярко звучат классические критерии навязчивостей, описанные К. Вестфалем (1877): 1) они возникают помимо желания; 2) к ним есть критическое отношение с переживанием нелепости и чужеродности собственному мироощущению; 3) чем больше пациент стремится избавиться от навязчивостей, тем более они усиливаются. Мы видим у пациента тревогу и душевную напряженность, которые конкретизируются разнообразными навязчивыми мыслями и действиями. Навязчивости выступают здесь в виде: 1) *ананказмов (ритуалов)* — пациент переступает трещины на асфальте, чтобы «все было хорошо», машина красного цвета, проезжающая мимо, означает, что не случится плохого с ним и его близкими, в особом порядке раскладывает документы на столе, рассчитывает соотношение освещенных и неосвещенных окон, чтобы смягчить ощущение неопределенной беды; 2) *контрастных навязчивостей* — навязчивые «плохие слова» в голове и страх произнести их вслух, мысли о том, что сделает что-то неправильное, недопустимое; 3) *навязчивых страхов* заражения и «неопределенного плохого события». Ананкастические личностные черты, — «педантичность, соблюдение внешнего порядка до мелочной точности, формализм, чрезмерная скрупулезность», выявляются у пациента с дет-

ского возраста. Коллеги по работе считают его бюрократом и занудой, однако ценят как добровестного работника. При обращении к психотерапевту пациент настолько личностно декомпенсирован, что вынужден принимать лекарства.

Защитно-приспособительная сущность навязчивых расстройств, их *условный смысл*, заключаются в том, что они наполняют своим содержанием и конкретизируют изначально имеющиеся тревогу и напряженность различного происхождения (невротического, психопатического, депрессивного, эндогенно-процессуального и др.). Проводя психотерапию, мы разъясняем пациенту этот природный «смысл» навязчивости, — аморфная бессодержательная тревога и неясная напряженность переживались более тягостно (Бурно, 2006, стр. 651 – 656).

В процессе длительной психотерапии по методу Терапия творческим самовыражением (М. Е. Бурно) пациент постепенно находит свой целебный творческий стиль взаимодействия с природой через фотографию. Он как бы наделяет созвучные ему определенные природные объекты (лесные дороги, поваленные деревья, муравейники и др.) своими личными переживаниями, раскрывает через них «символику болезни». Это — реалистические, но с магическим оттенком (не выполню навязчивый ритуал и случится что-то плохое), *символы навязчивостей*. Например, «поваленное бурей дерево означает случившееся несчастье, о котором не разрешал себе помнить, но с которым примирился теперь», «я — это растущее под наклоном к горизонту дерево».

Таким образом, проведение сложной, «большой» (по С. И. Консторуму) психотерапии по методу ТТСБ способствует становлению личностной компенсации у пациента. Постепенно теряется необходимость в конкретизации через совершение навязчивых ритуалов, присущих пациенту с детства тревоги и душевной напряженности, да и их уровень снижается. Разрушается сам «корень» навязчивости и теряется «смысл» симптома.

Приведенный Татьяной Евгеньевной клинический пример высвечивает «смысл» болезни, в том, что благодаря сложному лечению по методу ТТСБ, личность пациента духовно преображается. В бывшем «бюрократе и зануде» начинает светиться духовная уникальность (в его фотографиях, описаниях природы). Происходит (по Э. Кречмеру) «гармонизация человеческого образа в самом пациенте и в его взаимоотношениях с жизненным пространством — сообразно конституциональным основам больного: строению

тела, темпераменту, особенностям его влечений» (цитата по Бурно М. Е., 2009, стр. 62.)

**РОЛЬ ТРЕВОГИ В ФОРМИРОВАНИИ
ПОЗИТИВНОЙ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ
ПРИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ**

И. П. Маркова⁴

Тревога — состояние, достаточно часто присущее в нашей жизни. Однако, в настоящее время проблема тревоги встала как никогда остро. Сложившиеся в последние два года пандемии условия жизни способствовали повышению уровня тревоги у людей и последующему обострению психосоматических заболеваний.

Тревога сопровождается широким спектром физиологических реакций. В случае длительного состояния тревоги происходят выраженные нарушения в функционировании органов и систем организма, формируются разнообразные психосоматические расстройства.

Тревожные расстройства наиболее распространены у пациентов с гипертонической болезнью, ишемической болезнью сердца, язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки, бронхолегочными заболеваниями, нарушениями обмена веществ, аллергией и др.

Как тревога способствует обострению соматических симптомов, так и соматическое состояние может оказывать патогенное влияние на psyche, усиливая тревожные проявления. Тревога, при формировании правильного отношения к ней у больного, может стать тем звеном, через которое возможно влиять на целостное отношение к заболеванию, на осознание больным своего заболевания и тем самым достигать позитивных саногенных изменений во внутренней картине болезни.

Внутренняя картина болезни — совокупность представлений человека о своём заболевании, результат творческой активности, которую проделывает пациент на пути осознания своей болезни. Поскольку внутренняя картина болезни представляет оценку болезни и субъективного здоровья, она может оказывать влияние на представление о своём состоянии в ходе течения болезни.

Многие исследователи считают, что тревожность является неотъемлемым конституциональным свойством, свойством личности для некоторых акцентуаций характера. Отмечается, что именно акцентуации в ситуации соматического страдания влияют на внутреннюю картину болезни.

⁴ Врач-психиатр, психотерапевт Самарского областного геронтологического центра.

Терапия творческим самовыражением М. Е. Бурно (ТТСБ) предназначена помогать пациентам с дефензивностью в характере, а значит от самой природы склонных к повышенной тревожности (Бурно М. Е. Терапия творческим самовыражением (отечественный клинический психотерапевтический метод), 2012).

В процессе изучения характеров — своего и других — улучшается понимание себя, накапливаются знания о функционировании собственной психики, осознается вклад природной конституции в возникновение как тревожного состояния, так и телесных симптомов. Человек учится самоуправлению своими характерологическими сильными и слабыми свойствами, что приводит к изменению внутренней картины болезни, осознанию своей активной роли в деле улучшения здоровья и, как следствие этого, к уменьшению тревожности с улучшением соматического состояния.

В процессе многолетней работы с пациентами, страдающими психосоматическими расстройствами, методом ТТСБ были отмечены некоторые изменения в отношении к тревоге, к влиянию ее на восприятие заболевания.

Спустя определенное время прохождения Терапии творческим самовыражением, изучения характеров, сложных чувств пациенты оценивают присутствие тревоги как позитивный момент в их жизни. Так, пациент Д. спустя 2 года терапии убежден, что: «Тревога — лучший мотиватор. Тревога в небольшом количестве — взбадряющая эмоция, которая заставляет нас двигаться».

Основной причиной возникновения тревоги пациентами видится эмоциональная слабость, которая наступает в результате различного рода стрессовых ситуаций. Так, пациент Б. ощущает тревогу в ситуациях стресса: «Когда сразу много событий происходит, они наславляются одно на другое, забирают на себя силы. Чем больше выбываешь из графика, тем больше тревога».

Причины повышенной тревожности во взрослом возрасте многие пациенты видят в невротических переживаниях, которые несут в свою жизнь из детства. Вследствие постоянного ощущения угрозы собственной самооценке, сопровождающегося повышенной чувствительностью, у таких людей развивается повышенная тревожность. Вот слова пациента А.: «Помню постоянное беспокойство по поводу того, что подумают другие? Как ты будешь выглядеть?»

Пройдя определенный путь в ТТСБ, пациенты научились видеть позитивные стороны в переживаниях тревожных состояний. Приведу лишь основные выводы пациентов: тревога помогла посмотреть на жизнь по-новому, произве-

сти переоценку ценностей; тревога помогла начать смотреть на жизнь шире, стать более адаптивным; тревога помогла развить творческое отношение к жизни, к работе; тревога учит включать самоконтроль, логику; тревога учит задавать себе вопросы о причинах ее появления; тревога учит ставить цели и идти к ним.

Пациенты отмечают, что близкое знакомство с тревогой помогло научиться чему-то очень важному в жизни, пройти своеобразную школу. Так, пациент Д. размышляет: «Переживания паники заставили подумать о безопасности в жизни. Знакомство с тревогой спасло мне жизнь. Я узнал, что вместо алкогольных вечеринок можно саморазвитием заниматься, танцами. Тревога научила меня адаптироваться к тем условиям, которые предъявляет жизнь. Теперь я понимаю, если проявил неадаптивную реакцию, истощается психический аппарат, запускается тревога». А пациентка Г. заключает: «Паника говорит о незрелости психики. К панике человека приводит незнание себя, незнание жизни. Тревога помогает перейти на новый этап жизни. Это происходит очень плавно, пока получаешь и усваиваешь эти знания. Я считала, что тревога — это полностью негативное переживание, но я поменяла свое мнение. Тревога способствует переоценке своих жизненных ценностей».

Существенное изменение восприятия тревоги у пациентов с психосоматическими расстройствами происходило в процессе прохождения Терапии творческим самовыражением в результате познания своего и других характеров, разнообразия проявлений жизни с ее законами, сложных чувств. Следствием этого познания становилось закономерное изменение течения психосоматического заболевания, изменение всей жизни в результате нахождения собственного пути и собственных смыслов.

ЗАНЯТИЕ ПО РАССКАЗУ

А. П. ЧЕХОВА «ДЕНЬ ЗА ГОРОДОМ»

В ПСИХОТЕРАПЕТИЧЕСКОЙ РАБОТЕ С ПОДРОСТКАМИ

В ДЕТСКОМ ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ,

В ГРУППЕ ТТСБ

Ю. В. Позднякова⁵

Это занятие по рассказу молодого Чехова возможно с младшими и старшими подростками. Хорошо для группы полифонических (шизофренических, шизотипических) дефензивных пациентов. Возможно во взрослой группе ТТСБ. Тёплое реалистическое занятие и, в тех случаях, ко-

⁵ Художник, педагог-психотерапевт, Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии В. П. Сербского.

гда «тлеет» психотика, помогает выбираться в реальный мир из психотического, чувствовать себя собою в реальном мире.

Герои рассказа — двое маленьких детей, сироты, брат и сестра Данилка и Фёкла, и дяденька Терентий, деревенский сапожник. Майская гроза. Заплаканная, испуганная нищенка Фёкла ищет везде Терентия, просит его помочь братцу Данилке: руку защемило в дупле. Терентий помогает, и целый день ходит с детьми, рассказывая им, как живёт природа, успокаивая их страхи, уча их наблюдать и понимать, отвечая на все вопросы Данилки, «и нет в природе той тайны, которая могла бы поставить его в тупик». «Данилка глядит на Терентия и с жадностью вникает в каждое его слово. Весной, когда еще не надоели тепло и однообразная зелень полей, когда все ново и дышит свежестью, кому не интересно слушать про золотистых майских жуков, про журавлей, про колоссящийся хлеб и журчащие ручьи? Оба, сапожник и сирота, идут по полю, говорят без умолку и не утомляются. Они без конца бы ходили по белу свету. Идут они и в разговорах про красоту земли не замечают, что за ними следом семенит маленькая, тщедушная нищенка. Она тяжело ступает и задыхается. Слезы повисли на ее глазах. Она рада бы оставить этих неутомимых странников, но куда и к кому может она уйти? У нее нет ни дома, ни родных. Хочешь не хочешь, а иди и слушай разговоры»... Только к вечеру возвращаются в деревню, дети спят в заброшенном сарае. «Мальчик не спит. Он смотрит в темноту, и ему кажется, что он видит все, что видел днём: тучи, яркое солнце, птиц, рыбешек, долговязого Терентия. Изобилие впечатлений, утомление и голод берут свое. Он горит, как в огне, и ворочается с боку на бок. Ему хочется высказать кому-нибудь все то, что теперь мерецится ему в потемках и волнует душу, но высказать некому. Фекла еще мала и не понять ей. «Ужо завтра Терентию расскажу...» — думает мальчик... А ночью приходит к нему Терентий, крестит их и кладет им под головы хлеба. И такую любовь не видит никто. Видит ее разве одна только луна, которая плывет по небу и ласково, сквозь дырявую стреху, заглядывает в заброшенный сарай». Рассказ читается группе или пересказывается с большими цитатами.

Возможные вопросы к группе: Какими видятся герои рассказа по характеру? Как Вы относитесь к дяде Терентию? Хотелось бы Вам туда, на эти дороги, в эту компанию или нет? Если да, то почему? Какое здесь видится (характерологически) отношение к природе? Близко оно Вам или нет?

— Вот ведь идут полуголодные, босые, дети может быть не знают ещё, где будут ночевать,

в сумке только размокший хлеб, — говорю я ребятам. Что в этом хорошего? Ребята разные, и состояние у них разное, но те, кто откликаются, откликаются с волнением. Дефензивные ребята, внутренне безысходно одинокие в своём полифоническом (шизофреническом) душевном страдании, хотели бы, чтобы их так же любили, принимали, жалели, выручали из трудностей. Поэтому они чаще всего говорят, что хотелось бы туда, в эту компанию, в эту жизнь. В это тепло. И к живой природе.

Вот как можно обобщить: Дяденька Терентий — простонародный, с ведущим астеническим радикалом в мозаике вместе с другими реалистическими радикалами. Грубоватый, пьянеменький, но это не делает его плохим человеком. Он так жалеет детей, тепло заботится о них. Идёт выручать Данилку. Не забывает положить детям под подушку хлеба. Ему не лень всё объяснять терпеливо мальчику, отвечать на все вопросы. Он греет их. А Данилка — мальчик «с бледным болезненным лицом», однако, ему всё интересно вокруг, он спрашивает дядю Терентия обо всём, что видит, и всё переживает в душе до жара, горит вечером от дневных впечатлений. Творчески переживает увиденное. Душа рвётся поделиться с кем-нибудь. Они с Терентием шли бы и шли, говорили бы и говорили, неважно куда. Возможно здесь психастенический радикал. Фёклे же эти разговоры непонятны и не нужны, она лишь, как маленькая женщина, беспокоится за брата, бегает в слезах по деревне, ищет помощи, ищет Терентия. И потом идёт за ними, отставая, задыхаясь, не жалуясь. Что-то синтонное...

Все трое нужны друг другу. Им хорошо вместе. И Терентий по-своему одинок, и дети бесприютны, это чувствуется в рассказе, им некуда идти. Рассказ помогает ребятам вернуться к переживанию тёплых человеческих отношений, оживляет любовь. Смягчается чувство одиночества, как я предполагаю. Видится светлый выход: быть с кем-то вместе в тёплой заботе друг о друге, в поддержке в трудностях, с кем-то, кто может быть так же бесприютен. И как может быть хорошо, несмотря на то, что бесприютно. Это не мораль, а чувство, рождающееся из рассказа, само собой, не искусственно. Это что-то, как всегда у Чехова, между строк, не произносимое прямо.

О творческом общении с природой в рассказе. Чехов психастенически очеловечивает природу: муравьи встревоженно снуют и хлопочут, гром не по злобе гремит. Это реалистическое восприятие. У Терентия эта реалистичность выражается простыми словами: «Трава высохнет, земля высохнет, и мы с тобой высохнем. Солнце одно для всех». Пациенты в сравнении с этим высовет-

ляют своё характерологическое отношение к природе. Рассказ оживляет любовь в сердце. К природе, к людям. Если онозвучен, рассказ согревает. В нём чеховское щемящее — любовь-жалость.

**ОБ ЭЛЕМЕНТАХ ТЕРАПИИ
ТВОРЧЕСКИМ САМОВЫРАЖЕНИЕМ
В ОСОБЫХ ПСИХИАТРИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ**

К. С. Мижерова⁶

Под особыми условиями понимаются психо-неврологические интернаты (ПНИ) и специальные больницы с достаточно мягким содержанием.

Мое сообщение-обращение сложилось под влиянием публикаций в Независимом психиатрическом журнале и интервью Юрия Сергеевича Савенко и Любови Николаевны Виноградовой в октябре и декабре 2021 года в «Новой газете». Нечеловеческие условия пребывания пациентов в некоторых местах, отмеченные группой экспертов, отсутствие всякой психотерапевтической помощи группе пациентов, о которой идет речь, побуждают меня выступить с этим сообщением. Обращаюсь в основном к психологам, которые могут начать такую психотерапевтическую работу.

Важно осознавать, что душевнобольные НЕ понимают наказания! Они мучаются и душевной болью, и рассыпанностью-разложенной, тревожной и апатической депрессивностью... При этом многие пациенты получают квалифицированную психофармакологическую помощь, но она часто лишь притупляет, «размывает» страдание. Не даёт им содержательного душевного просветления — с интересом к жизни и смыслом своего существования.

Повторяю, об этом можно прочитать более подробно в экспертных заключениях в «Независимом психиатрическом журнале». С такими пациентами должны работать психологи, которые будут заниматься с этими пациентами психотерапевтически. Должны быть элементы психотерапии, которой пока в этих местах нет. Среди пациентов ПНИ и спецбольниц (с достаточно мягким содержанием) есть неагрессивные, дефензивные люди, которым показана психотерапия, хотя бы ее элементы. А государственно признанный отечественный метод Терапии творческим самовыражением М. Е. Бурно уже более сорока лет демонстрирует высокие результаты и в работе с душевнобольными людьми. Метод

⁶ Психиатр, психотерапевт, Медико-психологический центр индивидуальности, Москва; forchief@yandex.ru.

рекомендуется специальным государственным документом. Есть специальные методические рекомендации.

В помощь для начала занятий можно опираться на очерк Марка Евгеньевича Бурно «Первый шаг в терапию творческим самовыражением» в Психологической газете, в котором описываются групповые лечебные занятия для серьёзно хронически страдающих депрессивных (в широком понимании) дефензивных пациентов. Это занятие в группе может быть единственным, «но побуждающим человека к самостоятельным попыткам оживлять своё «Я», в духе этого прожитого занятия, — для того, чтобы душевно посветлеть в депрессии». То есть предлагаются не только индивидуальные занятия.

«В группе 8 – 12 человек. Занятие продолжается 1,5 – 2 часа. Пациенты диагностически могут быть разными, но без острой психотики, по выраженности расстройств группам лучше быть более или менее однородными. Диагнозы: шубообразная шизофрения, биполярное аффективное расстройство, атипичная депрессия, шизотипическое расстройство, дистимия, расстройства зрелой личности. Основное страдание — тревожная или апатическая депрессивность».

«На этом единственном или всё же, быть может, первом занятии, за которым последуют другие, ещё не стоит пациентам проникаться более или менее подробными знаниями о характерах. Довольно почувствовать посвящающую душу зависимость своего состояния отозвуки с родственным характером художника на его картине. И, значит, больше почувствовать от этого себя — собою, ещё более посветлеть с желанием смотреть и другие картины художника, что-то о нём узнать».

Существуют надёжные приёмы этой работы. Например, сравнить на экране (сдвигая времена, страны) хорошо известные картины разных художников.

В психотерапевтической гостиной собираются пациенты «шизофренического спектра» и другие тяжелые душевнобольные. Те, кто остроту своего расстройства уже пережил. «Рана» у некоторых, несмотря на достаточный срок, еще не затянулась, поэтому надо быть особенно осторожным, не заставлять заниматься «лечебной физкультурой» сразу «после операционного стола». Никаких острых слов, фотокадров, тем. А только мягкое возвращение к себе самому из душевной запутанности или пустоты в душе, после острого состояния.

Например, аккуратно начинать показывать картины Николая Фомичева, и замечать наряду с теми, кто с интересом проникает в занятие, тех пациентов, кто мучается, кому страшно. Это, как

правило, тревожно-параноидные пациенты, которым бывает не по себе от языческих сюжетов Фомичева. Их следует вывести из группы для других занятий. Надо таких больных разделить. Если картины Фомичева оживили прежнюю психотику, нужно отделить таких людей в отдельную группу и заниматься с больными по доценту Владимиру Елизаровичу Смирнову. В. Е. Смирнов показывает, как окончательно отделиться от психотического мира в земную реальность. (Подробно читать об этом в статье В. Е. Смирнова «Эмоционально-стрессовая психотерапия в клинике психозов» стр. 582 – 584, в «Руководстве по психотерапии» под редакцией Рожнова, Ташкент, 1985 год; а также в книге М. Е. Бурно «Клиническая психотерапия» 2006 года на странице 443.)

Остальные вовлекаются и просят рассказать в подробностях о каждой картине, спрашивают, «где же они висят?». И «Заговор от тоски», и «Заговор на след», и «Кукушка», и незаконченный «Град Китеж», на фоне которого стоит на фотографии художник, и другие картины, очень оживляют пациентов. Отдельным занятием идет — праздничная картина «Рождество». «Подавать» это занятие в зависимости от пришедших в группу, если больше людей с религиозным чувством — идет рассказ о сплетении Христианства и язычества; если людям интересен естественно-научный подход — рассказывать описание Тимирязевым чуда фотосинтеза, о чувстве этого открытия у наших предков. «Наливает» силами это занятие самых слабых. Например, «Заговор от тоски» можно рассказать так. В старину, когда отчаяние, и нет больше надежды ни на что, надо бежать и просить помощи. Не надеяться на себя (как мне кажется, это элемент Терапии пустого усилия [А. М. Бурно]). Просить помощи у природы, у врача, у души реки, которая на картине уносит из-под сердца тоску. Пациенты могут долго рассматривать картину. Ее художественная ценность (ценность для искусствоведов) уже здесь не важна. Тут передана правда переживания отчаяния. Она трогает. Тревога девушки, слушающей кукушку. Тут откликаются тревожные люди. Узнают свои переживания. И так в каждом сюжете Фомичева, которые бывают и с шуткой.

Отдельно стоит занятие «Двенадцатиглавый Змей». Рассказывать это занятия можно очень по-разному. И сильно-остро, пробивая «корку души» — для зависимых от алкоголя, и сопререживая аккуратно — для депрессивных, тревожных людей. Многовариантное занятие.

Чередой идут «душепотрясающие» занятия для пациентов с алкогольными наслаждениями (микстов). Реальные сюжеты, сюжеты беды, про-

Двадцать шестая научно-практическая конференция «Консторумские чтения»

ступки, совершенные в алкогольном опьянении. Занятие «О поэте Николае Рубцове»; занятие по документальному дневнику молодой любящей женщины, с трагической судьбой и другие. Для таких пациентов подбирать то, что пробивает равнодушие, то, что депрессивных пациентов может выбить из колеи надолго, а здесь поднимает, оживляет и отрезвляет. Накопилось много материала для такого рода пациентов.

По сути дела, я перечислила лишь некоторые занятия, которые можно давать пациентам, и по каждому занятию можно дать подробное описание, рассказать, почему и чем именно эти картины, темы, эти занятия помогают.

Почему же надежда в основном на психологов? И почему призываю их работать именно элементами метода ТТСБ? Потому что в местах особого психиатрического содержания психотерапией занимаются психологи, а метод ТТСБ способен существенно помочь и людям, находящимся в особых психиатрических условиях.

Заключительное слово Л. В. Махновской

В заключение 2-й части конференции ведущая Л. В. Махновская отметила, что, несмотря на онлайн формат, конференция прошла воодушевленно, доклады сопровождались заинтересованными вопросами участников и живой дискуссией.

В заочном докладе профессора М. Е. Бурно была проведена грань между стихийной помощью страдающим людям посредством духовной культуры и научно обоснованной психотерапевтической помощью методом Терапии творческим самовыражением. Показано, как возможно с помощью поначалу простых творческих методик общения с растениями, животными, минералами вовлечь дефензивных пациентов в целебный процесс самопознания и творческого самовыражения в русле «диалектики повторимого-неповторимого». То есть целебное творческое вдохновение достигается (в ТТСБ) через изучение в процессе разнообразного творчества «повторимых» характеров, с постепенным осознанием, осмысливанием «的独特性-неповторимости» своего личностного жизненного пути.

В докладе Т. Е. Гоголевич был представлен выразительный, проиллюстрированный фотографиями пациента, клинический случай успешного применения метода Терапии творческим самовыражением М. Е. Бурно у пациента с ананкастической психопатией. Найденный в ходе

терапии целебный творческий стиль взаимодействия с природой через фотографию, осознание пациентом «символики болезни» привели к личностной компенсации и значительному смягчению навязчивостей.

Л. В. Махновская в своем докладе продолжила размыщение над клиническим случаем, приведенным Т. Е. Гоголевич, высвечивая условный смысл ананкастического расстройства с позиции клинической классической психотерапии.

В докладе И. П. Марковой прозвучали практические значимые методики работы, в том числе и с использованием элементов Терапии творческим самовыражением М. Е. Бурно, с тревожными психосоматическими расстройствами. Докладчиком было показано, как в процессе психотерапии переживание тревоги может быть переосмыслено как переживание мотивирующее к целебному творчеству.

Ю. В. Позднякова представила доклад, который одновременно является материалом к занятию группы Терапии творческим самовыражением М. Е. Бурно для работы с подростками, страдающими тяжелыми психическими расстройствами. В докладе было выразительно показано, какое целебное действие оказывает Любовь, простое человеческое тепло на переживающих глубинное одиночество от собственной «инаковости» душевно больных подростков.

Доклад К. М. Миженовой был посвящен чрезвычайно актуальному вопросу о необходимости оказания психотерапевтической помощи неагрессивным, дефензивным пациентам ПНИ и спецбольниц. Приведены примеры возможных занятий с подобными пациентами по методу Терапии творческим самовыражением М. Е. Бурно.

Совершенно неожиданной, необычной, оригинальной деталью конференции стала еще одна презентация — появление вживую на экране — домашних животных (кот, собаки), «малых друзей», членов семей некоторых докладчиков. Несомненно, что это соучастие психотерапевтически обогащает атмосферу Чтений, в связи с чем прозвучало предложение превратить эту почти спонтанную акцию в один из атрибутов Чтений.

Организаторами Чтений было с одобрением встречено предложение, высказанное одним из докладчиков, посвятить следующую конференцию проблеме «Личность психотерапевта, и ее роль в лечебно-диагностическом процессе».

ИСТОРИЯ

«Прозорливец» и «целитель» Иван Яковлевич (историко-бытовой очерк)

Арам Галачьян

Публикуемую работу написал ученик П. Б. Ганнушкина, Т. А. Гейера и М. О. Гуревича проф. Арам Григорьевич Галачьян (1897 – 1981), уроженец Нагорного Карабаха. После окончания 100 лет назад, в 1921 г., медицинского факультета Московского университета (ГММИ), и параллельно получив историко-филологическое образование, А. Г. стал ординатором, а затем приват-доцентом кафедры психиатрии, возглавляя генетический кабинет клиники. Его монография 1937 года «Наследственные закономерности при шизофрении» была крупным научным вкладом, противостоящим принудительной стерилизации психически больных в нацистской Германии, но вскоре стала неугодной позиции властей в отношении генетики, хотя он был многолетним ученым секретарем Московского общества невропатологов и психиатров и комиссии при Ученом Совете Наркомздрава (1936). В 1937 – 39 гг. А. Г. был заведующим кафедрой психиатрии Воронежского мединститута, работал в Институте экспертизы трудоспособности. С 1941 г. — консультант Московской клинической больницы им. Боткина. Этот опыт вылился в монографии «О взаимосвязи общей медицины и психиатрии» и «О некоторых основах целостного понимания больного. Клинический очерк». В 1945 г. приглашен В. А. Гиляровским в создаваемый Институт психиатрии АМН СССР зав. отделами экзо- и эндогенных психозов (1945 – 46), тимогений (1947), неврозов и реактивных состояний. Погромные сессии 1948 и 1951 гг.

устралили его учителей Т. И. Гейера и М. О. Гуревича, от которых он не отрекся. С 1958 г. — в Институте судебной психиатрии им. В. П. Сербского. Только в 1967 г. стала возможной публикация его монографии «Генетический анализ наследственных данных в клинике». В 1994 г., уже посмертно, были изданы его исторические очерки, в частности, о Преображенской психиатрической больнице, и патографии Гоголя, Гончарова, Гаршина, Саввы Морозова. В 1996 г. в юбилейном сборнике Центра социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского «Очерки истории» опубликованы воспоминания об Араме Григорьевиче Г. П. Пантелеевой и Ф. В. Кондратьева.

Многие работы Арама Григорьевича остались в рукописях, включая монографию о психопатиях и ряд статей, включая предложенный здесь текст. Поражает отношение современных коллег к рукописям даже такого профессионального уровня. Задние соображения о якобы «оскорблении чувств верующих» в предлагаемом тексте — след глубоко ошибочного представления, что психические расстройства снижают или даже очерняют содержание идей и деятельности. Слишком от многих великих произведений науки и искусства пришло бы отказаться.

Редакции журнала выражает благодарность д-ру Владимиру Анатольевичу Раюшкину за предоставленный текст.

Вопросы истории медицины, тем более психиатрии, тесно связаны с историей нравов и быта народа. Если медицина вообще в той или иной мере отражает быт эпохи, то в психиатрии это отражение быта представлено особенно убедительно. Характер и содержание болезненных проявлений душевнобольных, оформление



и направленность их бредовых построений и галлюцинаторных переживаний, особенности поведения больных нередко являются как бы отражением в кривом зеркале современной большому жизни, стремлений и интересов эпохи.

В истории Москвы и московской психиатрии середина XIX столетия — период особенно бога-

тый контрастами — прекрасно представлен и в общественной жизни города, и в быте единственного тогда психиатрического учреждения — Преображенской больницы для душевнобольных. Общественная жизнь Москвы той эпохи совмещала в себе, с одной стороны, во всем своем блеске Московский Университет, такие имена как Грановский, Станкевич, Герцен, кружок Белинского, а с другой — еще далеко не исчезнувшую «Грибоедовскую Москву» и зарождавшуюся в то время отечественную буржуазию — московское купечество с его удивительно затхлым, убогим бытом, столь блестящее запечатленным в драматических произведениях А. Н. Островского.

Существование такого рода в значительной степени друг друга исключающих явлений мы видим и в быте Преображенской больницы для душевнобольных, где махровым цветом разрассталась и культивировалась нездоровая «деятельность» одного из многолетних обитателей больницы, «юродивого» Корейши, создавая вокруг этого душевнобольного атмосферу какого-то мистического преклонения и ажиотажа. Невольными пособниками успеха «организованной деятельности» Ивана Яковлевича Корейши оказались тогдашние психиатры.

Популярность Ивана Яковлевича как «целителя» и «прозорлива» лучше всего была продемонстрирована после его смерти. Похороны Корейши были необычайно помпезны. Один из прогрессивно настроенных современников сравнивал их с другими необычайными московскими похоронами — Гоголя и знаменитого генерала Ермолова (Калошин. Последние почести Ивану Яковлевичу. «Северная Пчела», № 207 от 19 сентября 1861 г.). Оказывается, что еще за несколько месяцев до смерти Корейши поклонники «старца» с ужасом ожидали этого «тяжостного для них дня». Когда стало совершенно ясно для всех, что состояние Корейши безнадежно и со дня на день можно ожидать его кончины, многочисленные поклонники и поклонницы уже больше ни на минуту не оставляли его. В больничной палате, где находился Корейша, создалась совсем уж нестерпимая обстановка. Когда, наконец, 6 сентября Корейша умирает, в субботнем номере от 9 сентября «Полицейских ведомостей» появляется извещение о том, что он скончался, что «отпевание тела имеет быть в воскресенье в приходской, что при Екатеринском богадельном доме церкви» (Ведомости Московской городской полиции, № 195 от 9 сентября 1861 г.).

Первые два дня после смерти Корейши тело покойника продолжало оставаться в той же больничной палате, в которой он провел больше 30 лет. И все эти дни «масса народа не отходила от него, прикладывалась к нему и помазывала его для уничтожения появившегося зловония». Катастрофически быстрое разложение трупа за-

ставило перенести тело в помещение часовни при «доме умалищенных». Былпущен слух, что столь неожиданная порча тела «старца» последовала потому, что он сам этого захотел, не желая вновь испытать какое-либо нечистое прикоснение. Известно, что в намеченный для похорон день погребение не состоялось за возникшим спором, где его хоронить. «Дело чуть не дошло до драки», страсти при этом настолько разгорелись, что каждая из сторон, в особенности наиболее близкие к Ивану Яковлевичу почитатели, стали опасаться, как бы ночью не выкрали тело покойника из часовни. Множество поклонников спешило к нему из-за Язы, из Таганки, из Замоскворечья, несмотря на скверную погоду и дождь. В небольшой часовенке и вокруг нее была большая суeta. Передавались из уст в уста подробности неудачной попытки снять с мертвого портрет: как только художник принимался за работу, «тотчас стали вспухать части лица покойного, и все решили, что Ивану Яковлевичу вероятно это не угодно». Обсуждалось, кто и сколько похоронил для организации похорон (Прыжов. Сказание о кончине и погребении московских юродивых Семена Митрича и Ивана Яковлевича. 1862 г.).

В день похорон с самого утра церковь оказалась переполненной народом, полны были и хоры. Посередине церкви был установлен гроб. Беспрестанно прикладывались к рукам Ивана Яковлевича, подносили детей». Все время шел обильный сбор денег, «три кружки быстро наполнились деньгами, и затем деньги посыпались в гроб». По окончании очередной панихиды среди наиболее преданных Корейше поклонниц-кликуш начались истерические приступы возбуждения, криков, стенаний. Девять десятых из присутствовавших были женщины.

Дикие сцены начали разыгрываться у трупа Корейши тотчас после его смерти. «Когда пришли солдаты его обмывать, женщины вытолкали их вон, сами его обмыли и ту воду тут же выпили». Одежду, в которой умер Иван Яковлевич, тут же разорвали на кусочки и разобрали по рукам. Большим успехом пользовался песок, которым больничные служители посыпали пол из-за постоянной неопрятности больного. Его почитатели утверждали, что этот песок обладает особой целебной силой. После смерти Корейши спрос на него резко поднялся, многие приезжали издалека и покупали «песочек» у больничных служителей, резко поднявших цену на него. Чудодейственным талисманом от всяких бед почиталось и все другое, что имело хоть малейшее отношение к живому или мертвому Ивану Яковлевичу. Поклонницы старались завладеть хотя бы кусочком ваты, которой закладывали нос и уши трупа, «многие приходили к гробу с пузырьками и собирали в них ту влагу, которая текла из гроба» (Скавронский. Очерки Москвы. 1861 г., вып.1.).

«цветы, которыми был убран гроб, были расхвачены в миг, а некоторые отгрызали даже щепки от гроба». За пять дней было отслужено свыше двухсот панихид, на одном только кладбище их было до семидесяти.

Соответственно этому почти патологическому ажиотажу вокруг гроба Корейши не менее примечательными были и его похороны. Похоронная процессия раскинулась далеко на большое расстояние, от «богаделенной церкви» у реки Язуы, через Преображенскую заставу к Черкизовскому кладбищу. Весь этот двух-трех километровый путь гроб Ивана Яковlevича несли на руках, в основном, женщины, в числе которых были и представители тогдашних высших слоев населения. «Бабы провожали гроб воем и причитаниями».

Имеющиеся в литературе данные о личности Корейши, о его происхождении, прошлом носят тенденциозный характер: авторы стараются убедить читателя, насколько труден был избранный им путь «ухода в подвижничество под видом помешательства». По-мужски елейный биограф Ивана Яковлевича, некий Киреев, сам ярый его почитатель, рассказывает об одной из особо переданных поклонниц «старца», «почтенных лет старушке Авдотье Савишине», которая «пришла в Москву, отыскала безумный дом, а в нем Ивана Яковлевича, в Москве осталась навсегда и двадцать лет ежедневно его посещала» (Киреев. Юродивый Иван Яковлевич Корейша, Москва, 1894 г.). По-видимому, ей и обязаны дошедши до нас сведениями о прошлом Корейши.

Выясняется, что Иван Яковлевич был сыном священника. Он успешно окончил Смоленскую семинарию, а затем учился в духовной академии. Известно, что с самых ранних лет он «любил уединение и книги» и «ревность к расширению знаний удаляла его от сношений с товарищами и привлекала к чтению преимущественно священного писания». К какому именно году относится начало душевного заболевания, остается неясным. Во всяком случае, в тот период времени, когда он неожиданно для всех бросил занятия в духовной академии и был определен учителем в одной состоятельной семье, он уже был болен психически. Учительская деятельность Корейши продолжалась недолго и после неожиданного для всех окружающих прекращения занятий с детьми он вовсе оставил родной город и пустился в странствование по всей стране, в скитания по монастырям. «Был он в Соловецком монастыре, в Киеве, а затем зашел в Шилову пустынь. Но как неожиданно, на несколько лет, он исчез из Смоленска, так же неожиданно он снова появляется в этом городе и снова устраивается в качестве домашнего учителя в одной из состоятельных семей. Однако немного времени спустя Иван Яковлевич снова, и на этот раз навсегда, прекращает учитительство, оставляет приютившую его

семью и удаляется... Но удалился, как можно было бы ожидать, «не в монастырь, а на огород, в пустую баню» и стал проявлять в действиях юродство. Известно, что Корейша не замедлил вывесить на наружной стене бани «письменное объявление» о том, чтобы всякий желающий «посетить его и пользоваться его беседою, входил к нему не иначе как ползя на коленях».

Трудно сказать, сколько продолжалось бы «отшельничество» Корейши в бане на огороде, если бы не подоспел памятный 1812 год и родные места его не оказались бы в сфере разрушительных военных событий. Корейша стал бесцельно бродить по окрестностям города. Патологически невозмутимое упорство Корейши в его юродствовании создавало вокруг его имени ореол мистической таинственности и особого пророческого значения всех его высказываний и поведения, способствовало возрастающей тяге к нему обывателей Смоленска и его окрестностей. И. Г. Прыжов дал в свое время очень меткую и образную характеристику «изречениям» Корейши: «пророчества его и записочки всегда загадочны до отсутствия всякого смысла; в них можно видеть все и ничего не видеть, а потому объясненные с известной целью они всегда сбываются» (Прыжов. Иван Яковлевич — лжепророк, «Наше время», № 34, 1860 г.).

Как и следовало ожидать, при той слепой готовности отсталых, суеверных или мистически настроенных вопросателей «пророка» беспрекословно следовать его нередко рискованным «советам», в конце концов разыгрался большой скандал, повлекший за собою насильственное и на всю жизнь помещение Корейши в «Московский дом умалишенных».

По версии биографа Корейши одна мать перед свадьбой дочери обратилась к Ивану Яковлевичу и получила совет не отдавать дочь за жениха, «у которого жена и трое детей». Услышав такую поразительную весть, мать сочла за бесчестие принимать в свой дом вельможного обманщика. Щекотливость оскорблённого самолюбия вельможи запылала местью. Он начал расспрашивать о занятиях и происхождении своего противника и в короткое время придумал отправить Ивана Яковлевича в Москву, в дом умалишенных. Рассказывают, что отправка Ивана Яковлевича «сопровождалась насилием и издевательством». Может быть так были истолкованы его почитателями принятые при отправке меры предосторожности, во избежание каких-либо осложнений при увозе Корейши из Смоленска ввиду большой его популярности в среде городских обывателей. «Ему связали руки и ноги, положили в телегу и прикрыли рогожей, чтобы видевшие подумали, что везут из города навоз». Так или иначе, 18 октября 1817 г. Иван Яковлевич вступил в ограду Московского «дома умали-

шленных» и до конца своей жизни больше не выходил из него.

С самого же начала он был помещен «по приказу строжайшего повеления» в подвал под женским отделением, где и оставался пребывать в течение не менее 10 лет. Здесь и началась слава Корейши как прорицателя и подвижника в Москве. Еще задолго до него в этом же «доме умалищенных» прославился другой юродивый, Александр Павлович. Популярность последнего, однако, не шла дальше небольшого круга «избранных почитателей» и не распространялась так далеко, как это позднее выпало на долю Ивана Яковlevича.

Начало постепенно нараставшего поломничества к Корейше было положено посещением одного купца-суконщика, который «пожертвовал 50 рублей» за осмотр места его «заключения». Желающих видеть Корейшу в «яме» с каждым днем становилось все больше. Больничные служители, видя умножающихся посетителей, стали возвышать цену и позволяли спуститься в подвал и посидеть на сырой земле возле прикованного страдальца.

11 лет спустя после прибытия Корейши в Преображенскую больницу, в 1828 году, в должность старшего врача больницы вступил доктор Василий Федорович Саблер, один из наиболее гуманных и передовых русских психиатров первой половины прошлого столетия. После первого же обхода больницы он распорядился перевести Корейшу на второй этаж в мужское отделение и поместить в «крайний номер» в конце одного из коридоров. И с тех пор до самой смерти Корейша не покидал этой палаты, за исключением отдельных моментов, когда его удавалось выводить на прогулку в больничный сад.

С момента перевода Ивана Яковлевича в «просторную и светлую комнату» началось легализованное больничной администрацией свободное посещение его. Всякий желающий, во всякое время дня и без всякого стеснения мог приходить к нему. Вначале больница никакой платы за посещение Корейши с приходящими не получала, а пользовалась только теми добровольными и многочисленными приношениями, которые доставляли его почитатели. Но вследствии, когда число посетителей чрезмерно возросло и перед администрацией больницы встало необходимость как-нибудь ограничить их, решено было взимать за вход к Корейше определенную плату. Каждый приходящий должен был опустить в прикрепленную к стене кружку 20 копеек. Не возбранялось, конечно, класть в кружку и больше, «по усердию». Возросли и единовременные немалые денежные взносы в пользу призреваемых в больнице душевнобольных.

Если в период пребывания Корейши в подвале, прикованного к стене массивной цепью, застывшее однообразие его поведения почитатели

пытались объяснить вынужденным его положением, то нелепые его выходки и ритуальные действия во время нахождения в просторной и светлой комнате явно обнаруживали болезненное их происхождение. Помещенный в отдельную палату, Корейша к приготовленной для него чистой постели не прикоснулся, и до конца жизни так ни разу и не пользовался кроватью. С первого же дня он расположился в правом углу комнаты, определил себе пристанище на полу в размере двух квадратных аршин и не смел протянуть ноги за определенную черту. В продолжение 40 лет он никогда не садился, постоянно все делал стоя на ногах, даже когда писал или ел, а если крайне утомлялся, то ложился на пол. И только под конец жизни, в глубокой старости (Корейша умер в возрасте 84 лет) он стал больше лежать, а последние несколько лет перед смертью «совсем не вставал с места». Лежа на полу, он держал голову приподнятой, не прислоняя ее к подушкам.

В палате он никогда не находился в бездеятельности, а занят он был с утра до вечера и из года в год либо стереотипным писанием каких-то записок на клочках бумаги, либо, стоя в одной и той же позе, целыми днями занимался толчением в порошок кирпича, камня, бутылочного стекла — всего твердого, что попадалось ему под руку. Порошок этот смешивал с песком, а затем приказывал приставленному к нему больничному служителю или кому-либо из почитателей «выносить вон» и приносить новую порцию сырья для толчения. Иногда Корейша приглашал принять участие в толчении и кого-нибудь из наиболее ревностных почитателей, которые с исключительным подобострастием принимались подражать ему. Все свои стереотипные манипуляции Иван Яковлевич не прерывал ни на один день до глубокой старости, «не позволяя себе ни малейшей льготы».

Колоссальные нелепости обнаруживал Корейша и во многих других отношениях. Он никаких ложек не признавал, а ел все прямо руками, смешивая все виды пищи. В общем и целом впечатление от Ивана Яковлевича получалось отталкивающее.

Внешность Ивана Яковлевича была весьма своеобразна. Одет он был во все темное, шея и грудь с висевшим на ней крестом постоянно были расстегнуты. «Добровольно презревший мир» Иван Яковлевич ничуть не стеснялся присутствующих, большей частью женщин, совершая свои естественные отправления. По свидетельству одного из журналов (Больница сумашедших. «Развлечение», № 12/37, 1861 г.), «черты лица его были крупные. Широкая лысина украшала его большую голову. Болезненный желтоватый цвет отекшего лица придавал ему страдальческое выражение».

Корейша позволял себе весьма нескромные вольности с посетительницами, говорил им отталкивающие сальности, но большинство их stoически переносили его нелепые выходки и «шалости» и озабочены были лишь одним — понять скрытый за ними смысл.

Подлинник «истории болезни» Ивана Яковлевича Корейши за 43-х летний период его пребывания в Московской психиатрической больнице (1817 – 1861 гг.) экспонировался в 1909 г. на юбилейной выставке больницы Н. Н. Баженовым, тогдашним главным врачом учреждения. Впоследствии Т. И. Юдиным, одним из выдающихся психиатров, сообщено было автору этих строк, что история болезни Корейши передана в один из московских музеев. Попытки разыскать этот интересный исторический документ оказались тщетными. Сохранился лишь фотоснимок первой страницы с паспортными данными и диагнозом болезни — dementia (слабоумие). Приведенные выше, большей частью отрывочные, материалы о психическом состоянии и поведении Корейши, впечатления современников, посещавших его в больнице, воспоминания почитателей представляют значительный клинический интерес.

Выясняется, что Иван Яковлевич с самой юности отличался замкнутым характером. После успешного окончания Смоленской семинарии и поступления в духовную академию, лет в 20 – 22, в его психическом состоянии наступает резкий перелом явно болезненного характера: появляются странности в поведении, по непонятным для окружающих причинам он внезапно прекращает занятия в духовной академии и становится домашним учителем. Но не проходит много времени как он так же неожиданно прекращает занятия с детьми и в течение нескольких лет где-то скитается. А затем снова неожиданно появляется в городе и снова принимается за домашнее утельство.

Как и что было дальше, остается неизвестным, но через несколько лет поведение Корейши начинает приобретать явно нелепый характер. На этот раз он так же немотивированно как и в первый раз не только оставляет занятия с детьми, но бросает семью, поселяется в пустой бане на огороде, прекращает всякое общение с окружающими, объявив, чтобы к нему входили только ползком под дверью. Вынужденный с началом войны 1812 года оставить свое жилище, он начинает бесцельно бродить по окрестностям города, попадает в руки французов, те его избивают, но он все неприятности переносит stoически. Пострадавшее и обнищавшее от военных событий, пожаров и общей разрухи население Смоленска и его окрестностей, и до этого достаточное склонное к суеверию и вере во всякого рода наговоры, колдовство, юродивых, прорицателей, начинает видеть в странном загадочном образе

жизни Корейши особый вид подвижничества. И постепенно начинают к нему тянуться за советами по всяkim житейским случаям. Слава Корейши все больше растет. Произносимые им и тогда обрывки изречений из «священных книг», богословских трактатов или просто бесмысленные фразы или наборы слов поражали воображение вопрошателей и они начинали усматривать в них особый, иносказательный и, чаще всего, желательный смысл. По мере возрастания популярности Ивана Яковлевича как прорицателя он делается для жителей Смоленска арбитром во многих трудных жизненных ситуациях.

Значительно большими фактическими данными мы располагаем за длительный период больничной жизни Корейши, когда его нелепости в поведении, разорванность мышления, его недоступность естественному контакту с окружающими, стереотипность в «работе» и т.д. — когда все эти симптомы выстраиваются в стройную линию определенной формы психоза.

Корейша раз и навсегда избрал себе место на полу в правом углу палаты, укладывался на ночь в пределах строго ограниченной площади пола, пролеживал всю ночь в одной определенной позе, не прикладывая головы к подушке и держа ее на весу. Днем же он выстаивал все время на ногах — и ел, и пил. Целыми днями он занят был бессмысленным толчением в порошок камня, кирпича, битого стекла и т.п. и перемешиванием полученного с песком — и так без конца, изо дня в день, на протяжении десятков лет. Все, что ни подадут к обеду или принесут посетители, он смешивал в сплошное невообразимое месиво и начинал им угощать окружающих. Монотонность и стереотипии в поведении иногда разрешались какими-либо экстравагантными, нелепыми, порою весьма циничными выходками.

Все сказанное, полагаем, достаточно для диагностической оценки формы психического заболевания Корейши. По всем вероятиям имел здесь место шизофренический процесс, сравнительно рано начавшийся. Точно проследить всю кривую течения психоза не представляется возможным. Известно только, что к моменту отправки его в московский «дом умалищенных», в 1817 году, имелась уже налицо отчетливая картина заболевания. В период пребывания Корейши в Преображенской больнице, по крайней мере, к концу его жизни, кататонические расстройства стали постепенно занимать все более и более заметное место в картине его болезни.

Явление Ивана Яковлевича представляет значительный психиатрический интерес по тому сочному бытовому калориту, деталям, которыми он был окружен в течение многих лет его длительного пребывания в стенах Преображенской психиатрической больницы.

Что представлял собой основной контингент почитателей Корейши? Это были отсталые суеверные обыватели городских окраин, «всякого звания и состояния». Плач по Корейше после его смерти раздавался в «Лефортове, в Хамовниках, в Ямской и Даниловке, в старой Конюшне и в Замоскворечье — особенно там, в благословенном Замоскворечье; в Рогожской и Пресне, и всюду, во всех уголках семихолмного града» (Ефим Щука. Битва русских со здравым смыслом или Москва, изнывающая над могилой Ивана Яковлевича, «Искра», № 41, от 27 сентября 1861 года). Обыватели всех этих московских окраин составляли только фон, вожаками же являлись либо несомненно душевнобольные, такие как и сам Иван Яковлевич, но только в силу более благоприятного течения психоза кое-как удерживавшиеся в жизни, либо всякого рода и ранга сомнительные дельцы, самым наглым образом эксплуатировавшие народную темноту и отсталость.

Столь «энергичная деятельность» Ивана Яковлевича в стенах Преображенской больницы, точнее в одной из ее маленьких палат продолжалась на протяжении более трех десятков лет. Около него целыми днями суетились толпами посетители за предсказаниями, в

чаянии получить исцеление от воображаемых или истинных недугов и т.п. Мамаша выдавали своих дочерей замуж не иначе, как предварительно посоветовавшись с Иваном Яковлевичем.

Особенно поразительны были по своей нелепости «советы» Корейши по вопросам исцеления. Его ответы и здесь представляли собою в громадном большинстве случаев невообразимое сочетание в одно нелепое целое обрывков отдельных фраз, изречений, латинских поговорок, притч и т.п. Особенно ретивые из почитателей Ивана Яковлевича требовали от вопрошателей особой настроенности к восприятию ответов и пониманию их. Здравомыслящие люди, посещавшие его «из одной лишь любознательности, уходили в полном убеждении, что видели сумасшедшего» (Киреев).

При этих условиях становится само собою понятным, что около «пророка» должен был находиться целый штат «толкователей», «переводчиков» на обычный понятный язык его разорванной символики. Один из нелепых неологизмов Корейши — слово КОЛОЛАЦЫ — приобрел в свое время широкую популярность и далеко вышел за пределы психиатрической больницы и его почитателей, а затем «совершенно заброшенное» (Волынский. Кололацы /забытое слово/, «Северный Вестник», 1894 год, № 12). Это звонкое, но бессмысленное слово стало ходким в журналистике 60-х годов. Использовалось оно и в инсинациях «Северной Пчелы» по адресу Чернышевского, и в острых нападках на Каткова в прогрессивной печати того времени.

Колоссальная положительная установка и слепая вера в «чудеса» Ивана Яковлевича давали настолько мощные импульсы к эмоциональной встряске, что алчущие помохи от «пророка», возможно, получали облегчение и даже исцеление, особенно в случаях истерического происхождения разной локализации болей. Такое исцеление от одной только манипуляции со стороны Корейши — манипуляции, по сути говоря, пустяковой (избиение посетителей, совет насыпать табаку на руку, выпить вина через тряпку или промыть глаза водкой с камфорой и уксусом и др.), — перерастало в целый ряд последующих чудес, Корейша оказывался «проридцем» и исцелителем не только одного лица, но и всех членов его семьи. Загадочные и туманные в своей разорванности слова и словечки Корейши, приобретавшие благодаря этому как бы символический смысл, притягивали к нему не одних только отсталых, суеверных малограмотных обывателей городских окраин, но и представителей «образованных кругов». Так, уверовали в Корейшу, в его пророчества и юродствующе-мистически настроенный князь Алексей Долгоруков, придававший желательный ему смысл «всегда иносказательным» словам пророка и вылавливавшим у него «жемчужины мысли» даже тогда, когда Корейша «иногда целыми днями пустяки городил»; и опустившийся от алкоголизма купец Киреев; и деградированный душевнобольной Павел Абрамович; и старые московские ханжи обоего пола и «всякого состояния и звания».

Однако не всегда невинно и без вреда для окружающих протекала пророческая «деятельность» Корейши. Случалось, и вероятно, не так уж редко, что вмешательство его в чужие дела, в частности, в семейные взаимоотношения заканчивалось более трагически. Но такие случаи тонули в общем хоре юродствующих восхвалений душевнобольного пророка или всячески затушевывались и не выходили за пределы узкого круга заинтересованных пострадавших лиц.

К сожалению, в нашем распоряжении нет достаточных данных для выяснения того, какое отражение имело явление Ивана Яковлевича на других сторонах общественной жизни тогдашней Москвы. Мы в состоянии только попытаться проследить отражение его в произведениях художественной литературы.

В творчестве Толстого и Островского даны различные типы убежденных поклонниц Корейши. Почитательницей Ивана Яковлевича, по Толстому («Детство, отчество и юность»), оказывается Любовь Сергеевна, «пожилая девушка, жившая по каким-то семейным отношениям в доме Нехлюдовых». Эта-то немолодая, некрасивая, ничем не примечательная девушка и оказывается настолько страстной в своем преклонении перед Корейшей, что этим именно и привлекла к себе молодого Нехлюдова.

Островский оставил нам прекрасную зарисовку другого варианта почитательниц Ивана Яковlevича. Имеется в виду одна из главных персонажей его пьесы «На всякого мудреца довольно простоты», Софья Игнатьевна Турусина, по ремарке автора — «богатая вдова». Она вся полностью начинена предрассудками и суевериями. Прожившая довольно бурную молодость, на старости лет стала она последовательной ханжой и покровительницей всевозможных странниц.

Достоевский в небольшой главе в «Бесах» описывает поездку веселящейся компании к юродивому Семену Яковлевичу, под именем которого скрывается Корейша.

Сюжет одной из прелестных новелл Лескова — «Секрет одной московской фамилии» — целиком построен на одном трагикомическом событии в купеческой семье, для благополучного разрешения которого весьма пригодилась пророческая слава Ивана Яковлевича.

Упоминание о Корейше как достойной московской знаменитости находим и у А. П. Чехова в его «Осколках московской жизни».

Особенно большой интерес представляет для нас отношение к Корейше Гоголя. Как известно из записок популярного в свое время в Москве врача Тарасенкова, главного доктора Странноприимного дома имени Шереметьевых (ныне Институт имени Склифосовского), Гоголь незадолго до своего последнего заболевания, приведшего его в могилу, совершал поездку на извозчике в Преображенскую больницу, по-видимому, для свидания с Корейшей.

Гоголь, доехав до ворот Преображенской больницы, «слез с саней, долго ходил взад и вперед у ворот, потом отошел от них, долгое время оставался в поле, на ветру и, наконец, не входя во двор, велел ехать домой».

По роману Сергеева-Ценского «Гоголь уходит в ночь», поездка Гоголя в Сокольники, к Корейше, имела место вечером, когда ворота Преображенской больницы были уже на запоре. Гоголь долгоостоял на коленях в снегу и молился, затем снова сел в сани и поехал обратно.

Н. Н. Баженов же склонен был этот эпизод из жизни гениального писателя объяснить в плане узко психиатрической мотивировки. Он полагал, что Гоголь почувствовал грозящую его душевной жизни катастрофу, бросился, «как это характерно для больных его типа, за помощью, но в столь же характерной для его страдания нерешительности остановился перед воротами больницы».

Такое понимание цели поездки Гоголя в Сокольники представляется нам малоубедительным. Душевная болезнь Гоголя начиналась и развернулась значительно раньше, как это в достаточной степени видно из специальных патографических исследований о нем того же Баженова, Чижка и других. Известно также, что ни тогда, ни раньше не было у Гоголя и таких ост-

рых вспышек психоза, когда вызывалась бы необходимость обращения к психиатрам или в психиатрические учреждения. Следовательно, никакого общения Гоголя с психиатрами — ни вне, ни в стенах соответствующих лечебных учреждений — не было.

Естественнее всего было бы, думается нам, дать иное, более понятное объяснение побуждению Гоголя к поездке в Преображенскую больницу — для свидания и, быть может, беседы с Корейшей. Такое объяснение поездки Гоголя в далекие Сокольники понятно и в плане его болезненных мистико-религиозных переживаний, особенно в самый последний период его жизни, и в силу значительного интереса к «загадочной» личности Корейши в образованных слоях населения города. Общая мода поездок к профилактическому врачу, охватившая и университетские круги, могла способствовать легкому возникновению в большой психике писателя соответствующих ассоциаций. Но так или иначе далекая поездка Гоголя, с простояванием на ветру, на открытом Сокольническом поле — возможно и оказала какое-то роковое влияние на исход последнего его заболевания. Окончательно исключить возможность причинной связи между явлением Ивана Яковлевича и преждевременной смертью Гоголя не представляется возможным.

Страстная полемика между прогрессивно настроенной частью общества и реакционерами и ретроградами открыто началась в печати осенью 1860 года. Первый сигнал к этому был дан газетой В. Ф. Корша — «Московские Ведомости». Первый публичный призыв к общественному протесту против «деятельности» Корейши был в одном из августовских номеров упомянутой газеты.

Вслед за этой заметкой, меньше чем через месяц, последовала наделавшая большой шум статья Прыжова в журнале «Наше Время», где отображено было все прошлое и настоящее Ивана Яковлевича.

На эту статью тотчас же откликнулись «Отечественные Записки», — где некий князь Голицын выразил свое возмущение этим «диким, вопиющим анахронизмом для современного общества».

Любопытно, что во всех этих трех выступлениях в прогрессивной печати против Ивана Яковлевича нигде не подчеркивалось, что перед ними в лице «пресловутого Ивана Яковлевича» имеется не сознательно действующий мошенник, а просто напросто беспомощный душевнобольной человек, эксплуатируемый к тому же всеми теми, кто цеплялся за народную отсталость и темноту, или просто ловкими дельцами и действительно мошенниками.

Единственный веский козырь в руках сторонников Корейши в их яростной борьбе со «всякими Прыжовыми», — это та конкретная и немалая

материальная поддержка Преображенской больнице и ее многочисленным обитателям, которая оказывалась ей самим фактором пребывания в ней Ивана Яковлевича: платой за вход к нему, приношениями многочисленных посетителей и денежными взносами от наиболее состоятельных из них. Этот факт, который никак нельзя было скинуть со счетов, великолепно был учтен реакционными кругами и использован в борьбе с прогрессивно настроенной частью общества. Они указывали на то, что Корейша приносил пользу, оказывал единственную материальную поддержку «меньшой братии», сотоварищам по несчастью, больным Преображенской больницы, а не занимался одними только разговорами, «улучшая своими приношениями быт тех, которые живут вместе с юродивым».

Биограф Корейши — Киреев, предлагал лицам, враждебно настроенным к «деятельности» Ивана Яковлевича, пристально всмотреться в его жизнь в больнице, и тогда они легко убедились бы в том, что это не душевнобольной, а «добровольный страдальц», и представили бы себе, сколько «нужно было самоотвержения /этому/ здравомыслящему человеку, чтобы 43 года находиться в обществе умалишенных, доставляя им улучшенное содержание и не получая от них, как сумасшедших, никакой за это благодарности».

Но все достигнутые улучшения, конечно, прямого отношения к «деятельности» Корейши не имели; целиком и полностью это было дело рук, энергии и любви к душевнобольным главного врача больницы В. Ф. Саблера. Благодаря реформам доктора Саблера улучшились условия пребывания в больнице и самого Корейши.

В статьях прогрессивных органов печати это вольное или невольное повторство администрации Преображенской больницы нездоровой шумихе вокруг имени Корейши или вовсе замалчивалось или же отмечались только колкие замечания в адрес врачей, что они из личности этого «шарлатана» сделали источник благополучия лечебного учреждения. Но при этом никаких попыток разобраться по существу во всем этом не делалось.

Отолоски тогдаших нападок на психиатров слышались еще в конце прошлого столетия. Чувствуются они и в той части монографии Н. Н. Баженова, где он повествует о пребывании в Преображенской больнице Ивана Яковлевича (Н. Н. Баженов. История Московского Долггауза, ныне Преображенской больницы, Москва, 1909 год). Н. Н. Баженов как бы оправдывается перед своими современниками за допущенную его далеким предшественником, доктором Саблером, «слабость» в отношении Корейши.

«В оправдание администрации больницы того времени — писал Баженов — нужно сказать, что, во-первых, и ее смущал наплыv посторонних любопытствующих лиц в больницу, и что

доктор Саблер еще в 30-х годах старался ограничить это и даже завел для посещения учреждения особые входные билеты; во-вторых — не может скрыть Баженов и иные мотивы введения платных входных билетов в больницу, — пребывание Ивана Яковлевича было источником некоторого благосостояния больницы». Н. Н. Баженов приводит при этом подлинные слова Саблера, сказанные в свое время доктору Дюмулену во время посещения последним Корейши: «Мы очень бедны; если бы не Иван Яковлевич — не знаю, как бы мы сводили концы с концами». «Некоторое благосостояние» выражалось ни больше, ни меньше как в сумме около 200 рублей ежемесячно, не считая единовременных взносов и всевозможных приношений продуктами питания.

Таким образом, нельзя не согласиться, что Корейша на определенном отрезке времени являлся в какой-то мере источником благосостояния больных Преображенской больницы.

В таком случае возникает, естественно, вопрос, какова роль и ответственность московских психиатров середины прошлого столетия в деле возвеличения и создания нездоровой популярности явления Ивана Яковлевича, этого «социального анахронизма» (Н. Н. Баженов, История Московского Долггауза, ныне Московской городской Преображенской больницы для душевнобольных, 1909 г.).

В. Ф. Саблеру, а в дальнейшем и его товарищам — врачам больницы, вероятно, действительно было далеко не по себе и от чрезмерно возросшей популярности Корейши, и от постоянного заполнения больничных помещений разношерстной публикой, и от справедливых нападок прогрессивной печати. В этом горьком опыте тогдашних психиатров следует искать объяснения того факта, что попытки почитателей Корейши за его смертью «возвести на его трон» в той же Преображенской больнице другого душевнобольного не увенчались успехом. Они получили резкий отпор от той же больничной администрации.

И по монографии Н. Н. Баженова, и из газетной заметки Н. С. Лескова видно, что такие попытки повторялись, но, конечно, без всякого участия врачей, и, по-видимому, и в Москве, и в Петербурге. Но каждый раз терпели полное фиаско.

Поиски источников «духовной беседы и услаждения» в «домах для умалишенных» наблюдались еще в далеком прошлом, и имели под собой глубокие социальные корни.

Усадьбы психиатрических больниц и в эпоху земской медицины, и в дальнейшем продолжали привлекать к себе любопытствующих обывателей преимущественно городских окраин.

Формально упорядоченное поведение некоторых душевнобольных, с вычурной манерностью и разорванной говорливостью, пересыпанной осаточными бредовыми и галлюцинаторными переживаниями, — все это давало обывателям лю-

бого ранга богатую пищу для игры фантазии или мистической настроенности.

Спрашивается, мог ли доктор Саблер предвидеть, что из этого бытого узаконенного обычая, вырастет в будущем и столь знаменательное для Москвы того времени явление Ивана Яковlevича? И, больше того, смог ли бы доктор Саблер своей властью пресечь паломничество к Корейше, когда популярность его чрезмерно возросла и стали очевидны опасные размеры этого социального народа.

Напомним, что в ту эпоху во главе высшей городской администрации был всесильный генерал-губернатор Закревский, известный самодур и покровитель всякого суеверия и ханжества; что основной контингент почитателей Ивана Яковлевича и всяких юродивых, странников и странниц поставляло коренное замоскворецкое купечество и близко к нему примыкающие слои городского населения. С таким любезным сердцу городских обывателей явлением, как «пророк», «прозорливец», «батюшка», Иван Яковлевич, при несомненном покровительстве со стороны высшей в городе — и духовной, и правительственно-полицейской — администрации, доктор Саблер ничего бы сделать не смог. Но он очень умно и целесообразно использовал этот «принудительный ассортимент» на пользу таких же как Корейша, но, пожалуй, еще более обездоленных психически больных, заботе о благополучии которых он отдал всю свою сознательную жизнь.

При весьма скучном бюджете Преображенской больницы, не будь «доходов от Корейши», едва ли доктору Саблеру удалось бы перевести «Московский дом умалищенных» в ранг психиатрической больницы и поднять ее до уровня лучших лечебных учреждений для душевнобольных на Западе. О чем с законной гордостью за прошлое руководимой им больницы писал в своей юбилейной монографии Н. Н. Баженов.

Попытка рассмотреть явление Ивана Яковлевича в плане вскрытия его социальных корней ограничивалась только высказываниями самых общих соображений. Так, например, Н. Н. Баженов склонен был целиком и полностью связать его с мистической настроенностью определенных кругов московского населения. Рецензент «Современника» этот вопрос пытался вывести из природных свойств русского народа с его «практикой для благотворительности и сострадания». Эти наивные претензии понимания истинных корней явления Ивана Яковлевича и подобных ему случаев религиозно-мистического культа душевнобольных ничего, конечно, не разъясняют. По своему психическому облику, речениям и поведению Корейша, по существу, ничем не отличался от других подобных ему юродивых, осевших в монастырях, которые по своему психическому состоянию подходили к роли пророка и повышали авторитет и популярность обители с богатыми пожертвованиями и подношениями. Быть может, его отличали большая калорит-

ность, пребывание в психиатрической больнице и, так сказать, «городской культ» его личности.

Душевнобольные в состоянии психического и двигательного возбуждения, с активными бредовыми высказываниями и галлюцинаторными переживаниями или явными нелепостями в поведении, грубой вычурностью в движениях и позах и т.п. производят исключительно сильное впечатление на воображение окружающих, но все же в этих случаях они понимают, что перед ними «помешанный». Иное впечатление на отсталые слои населения России производили больные с давним, медленно текущим, но далеко зашедшим болезненным процессом, с нередким у такого рода дефектных душевнобольных склонностью к перемене мест, бродяжничеству и скрытию своих имени и фамилии. Это непонятное, загадочное во всем психическом облике больных, в манерах, в образе жизни, в непонятных, порою бессмысленных, разорванных обрывках речи подчас воспринималось в сознании обывателей как показатель сильной воли и большой духовной силы. Случайное совпадение одного из непонятных выкриков таких больных с каким-либо ожидаемым событием являлось началом их популярности и почитания как пророка и прорицателя. Таким именно образом началась пророческая деятельность Корейши в пустой бане на огороде.

Как это видно на примере Ивана Яковлевича, вокруг такого рода психически больных по мере роста их популярности возрастала вокруг них «кора» паразитических элементов на ролях «бескорыстных» толкователей и переводчиков на обычный язык загадочных высказываний. Для доказательства того, что эти больные взяли на себя особенно трудный для подвижничества обет — юродство «под видом помешательства» — ссылались на их безропотность и полнейшее равнодушие к жизненным благам. В свое время привлекла к себе внимание ленинградского профессора М. П. Никитина одна из подобных душевнобольных, прозорливица Прасковья Ивановна, известная больше под именем Паши Саровской. Подобный же случай приводится в работе П. А. Преображенского от 1911 года, где речь идет о подвижнической жизни некоей Ксении Григорьевны, также явно психически больной.

Небезынтересно отметить, что если при жизни Корейши не удалось заполучить его в одну из монастырских обителей, ибо его вовремя интернировали в лечебное учреждение, то борьба за его мертвое тело началась после его смерти между влиятельными московскими монастырями — Алексеевским и Покровским — и духовенством скромного пригородного села Черкизово. Лишь родственные связи с покойным черкизовского дьякона победу доставили ему.

Юбилей, которого не было

С. Б. Манышев¹

В статье рассматривается обоснованность проведения торжеств по случаю юбилея кафедры психиатрии, медицинской психологии и наркологии Дагестанского государственного медицинского университета в 2019 г. Автор со ссылками на архивные документы демонстрирует, что дата создания кафедры установлена неверно, а биографическая информация о заведующем и первых сотрудниках, тиражируемая сотрудниками кафедры, основана на недостоверных источниках.

Ключевые слова: история Дагестанского государственного медицинского университета, Михаил Дорохотов, Владимир Глазов.

Истории высшего образования в регионах страны посвящено относительно небольшое число работ, которые пишутся ко всевозможным юбилеям вузов или отдельных кафедр. Однако, как правило, эти издания малоинформационны, а за красивой обложкой едва ли можно найти достоверную, основанную на архивных материалах, информацию. Дагестанский государственный медицинский университет не является исключением. Единственная заслуживающая внимания работа была написана к его 35-летию в 1967 г. заведующим курсом истории медицины подполковником медицинской службы В. В. Кыштымовым, который обобщил некоторые архивные данные и подготовил достаточно стройный очерк развития института со дня его основания, снабдив информацией о каждой из его кафедр, существовавших в ВУЗе к 1967 г. [1]. Однако к сегодняшнему дню это издание сильно устарело, так как идеологические рамки не дали автору рассказать о периоде репрессий, когда был арестован директор института Ф. Р. Бородулин, почти не описаны существенные недочеты в работе ВУЗа, выявленные в послевоенное время, а информация об истории отдельных кафедр оказалась слишком схематичной. Подготовленные впоследствии издания едва ли можно отнести к научному жанру, так как они представляют собой простую компиляцию из работ того же В. В. Кыштымова и ряда других авторов [2].

В ноябре 2019 г. в Махачкале состоялась межрегиональная конференция «Глазовские чтения» [3]. Проведение «именных» конференций — это всегда дань памяти и уважения учителям, корифеям, основоположникам научных школ. И в данном случае это именно так: без Владимира Александровича Глазова трудно представить развитие психиатрии в Дагестане в сере-

дине XX в., а его монография о шизофрении, вышедшая в 1965 г. в издательстве «Медицина» [4], для своего времени была хотя и не бесспорным, но чрезвычайно интересным сочинением.

Но вернемся к «исторической» составляющей конференции. Как заявлено, она посвящена 80-летию кафедры психиатрии, медицинской психологии и наркологии ДГМУ. Казалось бы, это событие не должно заинтересовать историка. Однако дьявол кроется в деталях.

Несмотря на то, что мне уже приходилось обращаться к истории создания кафедры психиатрии в Дагестанском медицинском институте, стоит еще раз вернуться к этому сюжету [5, 6]. Дагестанский медицинский институт был открыт в 1932 г., и в нем последовательно открывались те или иные теоретические и клинические кафедры. Если следовать логике организаторов конференции, то кафедра психиатрии в медицинском институте была создана в 1939 г., когда свою alma-mater готовился покинуть уже третий выпуск врачей. То есть два предыдущих выпуска не изучали психиатрию вовсе?

В изданиях, посвященных Дагестанскому медицинскому институту и выходивших к юбилейным датам, мы найдем совершенно другую дату основания кафедры — 1932 г. [7, с. 447; 8, с. 423]. То есть предполагается, что раз институт был открыт, то в нем сразу же и одномоментно были созданы все кафедры. Но стоит обратиться к документам, и только тогда перед нами предстанет ясная и четкая картина становления преподавания психиатрии в Дагестанском медицинском институте.

Некоторая логика организаторов юбилея становится понятной из статьи заведующего кафедрой психиатрии, медицинской психологии и наркологии Дагестанского государственного медицинского университета д.м.н. Н. Р. Моллаевой, опубликованной в сборнике трудов «Глазовских чтений» под названием «История кафедры психиатрии, медицинской психологии и наркологии

Манышев Сергей Борисович – канд. историч. наук, ст. научн. сотр. Ин-та востоковедения РАН; msergey1990@gmail.com.

ДГМУ. «От истоков до современности» (Пунктуация автора — С. М.). Докладом на эту же тему было открыто пленарное заседание указанной конференции [3]. Стоит также заметить, что многие положения Н. Р. Моллаевой дословно повторяют тезисы сотрудника возглавляемой ею кафедры М. А. Алиева, опубликованные в 2016 г. [9].

Н. Р. Моллаева пишет о том, что в 1932 г. в Махачкале был открыт медицинский институт, но «в городе не было лечебного учреждения, которое могло оказать квалифицированную медицинскую помощь, и могло быть базой для обучения студентов» [10, с. 213 – 214]. Во-первых, в 1932 г. не было необходимости в базах для клинических кафедр, так как обучение на них студентов начиналось лишь с 3-го курса. Во-вторых, к окончанию Гражданской войны в ведении Махачкалинского здравотдела находились две городские больницы, больница рыбтреста, тюремная и остраозаразная больницы, общий коекный фонд которых составлял более 200 [11, с. 75, 79]. Уже в 1925 г. в Дагестане работало 23 больницы на 690 коек. А затем их число росло, и к 1930 г. только в городах располагалось 7 больниц, способных принять 430 пациентов [12, с. 107, 111].

В 1928 г. было принято решение о строительстве в Махачкале центральной больницы [13]. К 1932 г. первый нервно-терапевтический корпус центральной больницы в Махачкале был сдан в эксплуатацию [14]. В 1931 г. в своей записке о состоянии здравоохранения в ДАССР, заместитель наркома здравоохранения республики, говоря о предстоящем развертывании медицинского института, констатировал: «Лечебная сеть в Махачкале в настоящее время имеет: 6 больниц на 430 коек, 1 поликлинику, 4 амбулатории, венерологический и туберкулезный диспансеры с 49 полными врачебными приемами. Кроме того, в Махачкале строится центральная больница на 450 коек, с начала 1932 г. вступает в эксплуатацию нервно-терапевтический корпус на 105 коек и к концу года должны вступить в эксплуатацию хирургический, заразный и детский корпуса» [11, с. 135]. Таким образом, ко времени открытия института в Махачкале имелась необходимая клиническая база для развертывания кафедр старших курсов.

Н. Р. Моллаева пишет о постановлении СНК ДАССР от 6 сентября 1937 г., согласно которому в составе Центральной больницы был создан психоприемник на 30 коек [10, с. 214]. Действительно, это так, в бараках на территории больницы были выделены помещения, в которых клиника размещалась с 1939 по 1945 гг., пока ей не были переданы помещения в новом хирургическом корпусе [5, с. 117; 15]. Однако Н. Р. Моллаева ошибается в датировке постановления — оно было принято 23 сентября 1937 г. во исполнение



Рис. 1. Михаил Сергеевич Дрохотов. 1937 г.

постановления СНК РСФСР от 20 июля того же года [16].

Далее Н. Р. Моллаева отмечает, что «в 1939 г. выделен специальный курс психиатрии, а в 1940 г. он был преобразован в кафедру психиатрии» [10, с. 214]. Это утверждение не соответствует действительности и противоречит архивным документам.

Начиная с 1936 г. лекции по психиатрии в Дагестанском медицинском институте читал профессор М. С. Дрохотов (рис. 1), который, согласно документам, стал организатором кафедры в том же году [17]. Действительно, сохранность комплекса документальных материалов Дагестанского медицинского института в Центральном государственном архиве Республики Дагестан не позволяет назвать точную дату создания кафедры, но ряд косвенных материалов свидетельствует о том, что это произошло не позднее осени 1936 г., когда стали читаться первые лекции по этой дисциплине [17].

М. С. Дрохотов — достаточно известный в первой половине XX в. ученый и организатор здравоохранения. Он работал в разных регионах страны: еще до революции в неврологической клинике Московского университета, затем на Сакском курорте и в Полтаве, в 1913 г. в Императорской военно-медицинской академии защитил

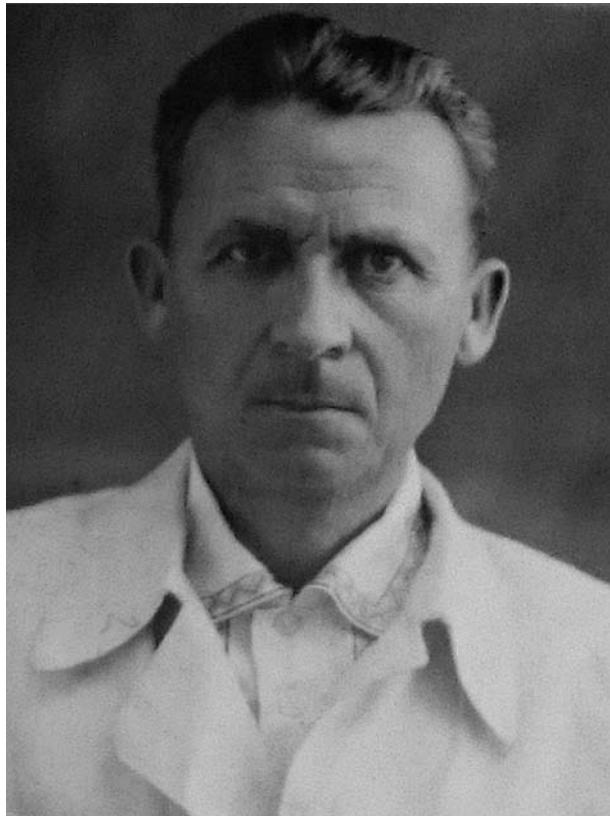


Рис. 2. Владимир Александрович Глазов. 1947 г.



Рис. 3. Антонина Степановна Зубова. 1937 г.

диссертацию, в годы Гражданской войны начал свой путь университетского преподавателя в Ростове-на-Дону, а в советское время последовательно возглавлял профильные кафедры в Воронеже, Днепропетровске и Махачкале [18; 19].

Впоследствии сам В. А. Глазов (рис. 2) вспоминал: «Первые два года читал лекции по психиатрии невропатолог профессор М. С. Дорохотов...» [20]. Стоит заметить, что это был далеко не случайный выбор руководства института, так как Михаил Сергеевич имел опыт преподавания этого предмета. Еще в 1920 г. М. С. Дорохотову, работавшему в должности приват-доцента на медицинском факультете Донского университета, было поручено чтение лекций по психопатологии для студентов 5-го курса [21]. В 1921–1924 гг. он заведовал кафедрой психиатрии медицинского факультета Воронежского университета, где им была налажена работа по организации клиники. Здесь он читал курс психиатрии для студентов-медиков, а также курс детской психопатологии на педагогическом факультете [22]. После переезда в Екатеринодар М. С. Дорохотов читал в течение 1924 – 1925 гг. лекции как по неврологии, так и по психиатрии на возглавляемой им кафедре нервных и душевных болезней Екатеринодарского медицинского института [23, с. 236].

И никакого отдельного «курса», преобразованного в кафедру, просто не существовало, что подтверждается целым рядом материалов. Обратимся к документам личного дела первого ассистента кафедры психиатрии Антонины Степановны Зубовой (рис. 3) (у Н. Р. Моллаевой неверно — Ивановны). В дело подшита копия приказа Наркомздрава РСФСР от 4 января 1937 г., в которой говорится: «Врач Зубова Антонина Степановна зачислена на должность ассистента по кафедре психиатрии с 16/Г с.г.» [24]. Здесь же содержится заявление А. С. Зубовой «директору кафедры психиатрии профессору Дорохотову», датированное 1938 г., с просьбой о командировке в Москву для сбора материала для докторской работы «К вопросу клиники страхов» [24].

Кроме того, в личном деле профессора В. А. Глазова сохранился приказ Всесоюзного Комитета по делам высшей школы от 14 октября 1938 г., согласно которому он был утвержден в должности исполняющего обязанности заведующего кафедрой психиатрии Дагестанского медицинского института [25].

Первые практические занятия на кафедре проводились начиная с 1937 г. Для этих целей из психиатрической больницы, которая располагалась в городе Буйнакске, в Махачкалу на несколько дней привозили пациентов, которых

размещали в клинике нервных болезней, а затем снова отправляли в Буйнакск [20]. В Буйнакск в конце каждого цикла приезжали и студенты, о чем сохранились воспоминания выпускника 1938 г. И.-Х. М. Халилова: «Помню, это было в 1937 году, две группы нашего 4-го курса вместе с А. С. Зубовой выехали в Буйнакск и пришли в психиатрическую больницу. Тут, разделившись на две небольшие группы, вошли в палаты. Это было наше первое знакомство с бытом и жизнью психиатрических больных. В палате находилось 10 больных с самыми различными нарушениями психической сферы. Одни лежали, укрывшись одеялами, другие говорили что-то, забравшись на столы и стулья, жестикулируя друг перед другом, доказывая свою правоту» [26, с. 221 – 222].

Таким образом, именно М. С. Доброхотова следует считать основателем и первым заведующим кафедрой психиатрии Дагестанского медицинского института. А в 2019 г. кафедра психиатрии, медицинской психологии и наркологии ДГМУ должна была праздновать не придуманное 80-летие, а вполне реальное и обоснованное 83-летие.

В 1937 г. заведующим кафедрой был назначен к.м.н. Владимир Александрович Глазов, чей переезд в Махачкалу затянулся до февраля 1939 г. [17]. Исполняющий обязанности директора института О. А. Байрашевский писал в Наркомздрав СССР по этому поводу в начале 1938 г.: «Профессор Глазов был в г. Махачкала после своего назначения. Так как чтение курса психиатрии уже было закончено проф. Доброхотовым по совместительству, то дирекция ДМИ договорилась с проф. Глазовым, что он приедет в ДМИ весной, апрель – май, для подготовки клиники к новому учебному году» [5, с. 119; 25].

Всего на одной странице текста Н. Р. Моллаева допускает целый ряд фактических ошибок, которые просто искажают историю кафедры психиатрии, этапы ее формирования. Касаясь биографии профессора В. А. Глазова, она уже в дате его рождения указывает неверный год — 1898 [10, с. 214]. Хотя сам Владимир Александрович в автобиографии писал: «Родился я в городе Карсе в 1897 году» [27]. Ошибку с датой рождения можно было бы объяснить переходом с юлианского на григорианский календарь, но В. А. Глазов родился не в конце декабря, а 15 июля.

Далее в значимых датах биографии В. А. Глазова царит такая же ошибочность и неточность. Например, как пишет Н. Р. Моллаева, Владимир Александрович в 1922 г. окончил медицинский факультет Северокавказского университета. Но дело в том, что он окончил полный курс в 1927 г. Вслед за М. А. Алиевым [9, с. 49], в опубликованных материалах, также неверно указано место обучения В. А. Глазова в аспирантуре — это был не «психоневрологический институт им.

В. М. Бехтерева» [10, с. 214], а Институт по изучению мозга и психической деятельности, созданный в 1918 г. и впоследствии вошедший в состав Института физиологии АН СССР.

Также Н. Р. Моллаева ошибочно утверждает, что В. А. Глазов «автор более 100 научных работ» [10, с. 214]. В соответствии с последним по времени составления списком научных трудов, датированным 3 июня 1970 г., В. А. Глазовым была подготовлена 81 работа, включая неопубликованные доклады на научных конференциях, статьи в «Большой медицинской энциклопедии», тезисы, дипломную работу, написанную по окончании аспирантуры, а также статьи в газете «Дагестанская правда» [25].

Не соответствует действительности утверждение Н. Р. Моллаевой о том, что А. С. Зубова была кандидатом медицинских наук в конце 1930-х гг. [10, с. 214]. Диссертацию на тему «Дифференциальная диагностика судорожных припадков в условиях военного времени», подготовленную по материалам Великой Отечественной войны, она защитила в Азербайджанском медицинском институте лишь в 1947 г. [24].

Проведенный в 2019 г. юбилей кафедры психиатрии, медицинской психологии и наркологии Дагестанского медицинского университета свидетельствует о низком качестве научной экспертизы, когда в угоду сиюминутному желанию праздника приносятся в жертву неоспоримые исторические факты. А низкое качество историко-медицинских исследований, к сожалению, приводит к тому, что буквально на двух страницах текста можно обнаружить несколько десятков фактических ошибок.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кыштымов В. В. История возникновения и развития Дагестанского государственного медицинского института (1932–1967 гг.). — Махачкала, 1995, 110 с.
2. Манышев С. Б. История здравоохранения периода Великой Отечественной войны в современной дагестанской историографии // Историческая экспертиза. — 2017. — № 1. — С. 260–271.
3. VII межрегиональная конференция 2019 — VII межрегиональная конференция к 80-летию кафедры психиатрии, медицинской психологии и наркологии ДГМУ. URL: <https://dgmu.ru/news/vii-mezhregionalnaya-konferentsiya-k-80-letiyu-kafedry-psichiatrii-meditsinskoj-psihologii-i-narkologii-dgmu> (дата обращения — 7.08.2020)
4. Глазов В. А. Шизофreniya. Клинико-экспериментальное исследование. — М., 1965, 228 с.
5. Манышев С. Б., Манышева К. Б. Из истории создания кафедры психиатрии Дагестанского медицинского института (1936 – 1941 гг.) // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. — 2019. — № 1. — С. 115 – 120.
6. Манышев С. Б., Манышева К. Б., Устаев Д. Ю., Хуталиева С. М. Владимир Глазов и первые годы

- существования кафедры психиатрии Дагестанского медицинского института // Сточниковские чтения: Материалы международной научной конференции. — М., 2018. — С. 132 – 134.
7. Дагестанской государственной медицинской академии — 75 лет / Авт.-сост. Р. С. Гаджиев, Ф. М. Османова. — Махачкала, 2007, 560 с.
8. Дагестанский государственный медицинский университет — 85 лет / Авт.-сост. Р. С. Гаджиев, Ф. М. Османова. — Махачкала, 2017, 488 с.
9. Алиев М. А. Глазов В. А. основоположник дагестанской научной и практической школы психиатров // Актуальные вопросы клинической психиатрии и наркологии. Сборник трудов Всероссийской конференции психиатров «Психиатрия — любовь моя!», посвященной памяти А. О. Бухановского и 25-летию лечебно-реабилитационного научного центра «ФЕНИКС». — Ростов-на-Дону, 2016. — С. 49 – 50.
10. Моллаева Н. Р. История кафедры психиатрии, медицинской психологии и наркологии ДГМУ. «От истоков до современности» // Глазовские чтения. Психосоматические и соматоформные расстройства в общей практике: алгоритмы междисциплинарного взаимодействия оказания медико-психологической помощи: Материалы межрегиональной научно-образовательной конференции, 8 – 9 ноября / Под ред. Н. Р. Моллаевой и др. — Махачкала, 2019. — С. 213 – 219.
11. История развития здравоохранения в Дагестане в XX в. Т. I (1900 — июнь 1941 гг.). Документы и материалы / Сост. М. К. Нагиева. — Махачкала, 2015, 285 с.
12. Аликишиев Р. Ш. Очерки по истории здравоохранения Дагестана. — М., 1958, 176 с.
13. Центральный государственный архив Республики Дагестан. Ф. Р-1278. Оп. 4. Д. 1. Л. 11.
14. Центральный государственный архив Республики Дагестан. Ф. П-1. Оп. 1. Д. 2485. Л. 27.
15. Центральный государственный архив Республики Дагестан. Ф. Р-512. Оп. 16. Д. 88. Л. 64.
16. Центральный государственный архив Республики Дагестан. Ф. Р-168. Оп. 16. Д. 83. Л. 103.
17. Центральный государственный архив Республики Дагестан. Ф. Р-512. Оп. 17. Д. 74. Л. 63.
18. Кыштымов В. В. М. С. Дорохотов (1878–1952) // Первые советские врачи и ученые-медики Дагестана. — Махачкала, 1971. — С. 60 – 64.
19. Абусуева Б. А., Манышев С. Б., Манышева К. Б. Михаил Сергеевич Дорохотов. К 140-летию со дня рождения // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2018. — Т. 118. — № 8. — С. 104 – 108.
20. Глазов В. Первые годы // За медицинские кадры: Орган парткома, ректората, месткома, райкома ВЛКСМ и профкома Дагмединститута. — 1967. — № 19 (158). — С. 2.
21. Государственный архив Ростовской области. Ф. Р-46. Оп. 1. Д. 15. Л. 13 об.
22. Государственный архив Российской Федерации. Ф. Р-8009. Оп. 12. Д. 1204. Л. 7 об.
23. 50 лет Днепропетровского медицинского института / Под ред. И. И. Крыжановской. — Киев, 1967, 379 с.
24. Архив Дагестанского государственного медицинского университета. Личное дело А. С. Зубовой.
25. Архив Дагестанского государственного медицинского университета. Личное дело В. А. Глазова.
26. Халилов И.-Х. М. Наша Альма-матер. — Махачкала, 2003, 290 с.
27. Центральный государственный архив Республики Дагестан. Ф. Р-352. Оп. 22. Д. 168. Л. 7.

**Тематический конгресс
Всемирной психиатрической ассоциации в Грузии**
**ЛЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ
В ЭПОХУ ПОСТ-ПАНДЕМИИ**

Тбилиси, 14 – 16 октября 2022 г., комбинированный формат

<https://wpatbilisicongress.com>

ВОСПОМИНАНИЯ

К 60-летию моей профессиональной деятельности¹ (часть 4)

Ю. С. Савенко

Переломный для меня, 25-летнего, 1963 г. начался с месячной стажировки в январе – феврале в электрофизиологической лаборатории Эсфирь Семеновны Толмасской в Московском институте психиатрии. А в мае я посетил своего учителя, инициатора темы диссертации Исаака Ароновича Мизрухина в Виннице, где он после Черновиц заведовал кафедрой и жил в монументальной, 1913 года постройки, психиатрической больнице, расположенной за городом и рельефно выступающей на горизонте островком столетнего леса. Сдав аспирантский экзамен по психиатрии, я очередной раз восхитился его лекцией с яркой демонстрацией гипноза и победоносно жаркой дискуссией с главным врачом, выдающимся организатором Марьянчиком. И, конечно, посетил высоко почитаемый мавзолей Н. И. Пирогова.

В июне с двумя рекомендательными письмами И. А. Мизрухина к Г. А. Ротштейну, заместителю по науке академического института психиатрии и Ю. К. Тарапову, ученному секретарю Московского института психиатрии я отправился в Москву подавать документы в аспирантуру. Григорий Абрамович откровенно сказал, что в этом году единственное место зарезервировано за сыном министра здравоохранения. Юрий Константинович, обстоятельно побеседовав со мной, в удивительно теплой непринужденной манере, обнадежил. Видимо, сыграла роль уже частично выполненная работа по актуальной теме и стажировка в этом институте по ЭЭГ. Так я стал аспирантом самого директора — Дмитрия Дмитриевича Федотова.

Знакомство с институтом началось для нас — большой группы ординаторов, в которую включили и меня, — с клинического разбора Д. Д., впечатлившего обращением с больным на равных, и его вступительной лекции с нестандартно глубоко прочувствованным пониманием смысла нашей профессии и ее исторических традиций, которая передала нам чуждый всякого формализма гуманный посып его эмпатичной личности. Затем последовали разборы и лекции Амбрумовой, Авруцкого, Голодец, Зелевой... и знакомство по несколько недель с многочисленными

отделами института, возглавлявшимися блистательными профессионалами — Жислиным и Рохлиным, Равкиным и Сухаревой, бывшими директорами института Мелиховым и Посвянским. Незабываемы лекции и разборы Самуила Григорьевича Жислина. Он выговаривал слова, что периховы картины, нескладно, ярко, образно, по-своему, ново, подробно обсуждая метко схваченные значимые детали.

В институте с самого начала я сошелся с Борисом Моисеевичем Сегалом, новым ученым секретарем института и был с ним повсюду. Всесторонне одаренный как научно (перевод «Клинической психиатрии» под редакцией Груле и др. — его заслуга, как и собственная монография «Алкоголизм» с разбором многочисленных психоаналитических и нейрофизиологических, диэнцефальных концепций его генеза), художественно (знаток Шагала, модернистов, абстрактной живописи, собравший репродукции всех его направлений, близкий к Эрнсту Неизвестному, нарисовавшему его портрет, и это в период, когда букинистам запретили брать альбомы даже с единственным рисунком Пикассо), философски (с ориентацией на Бергсона, экзистенциалистов и концепции Фрейда и Адольфа Майера), так и организаторски на самом новаторском уровне. Он был тогда единственным близким мне по духу человеком, оппозиционно настроенным к тогдашней действительности. Удивительно удачный тандем Д. Д. и Б. М. обеспечил расцвет института. Но его острое слово вызвало отчуждение от него таких разных людей как Гофман и Вольф. Последний — наиболее активный организатор в больнице им. П. Б. Ганнушкина, зав. отделением, на базе которого расположилась клиника лечебного голода Ю. С. Николаева, до этого зав. кафедрой в Ростове-на-Дону. Он проникся ко мне доверием и на редкость откровенно рассказывал о себе и еще свежих, 1962 года, новочеркасских событиях: балкон его дома выходил на злосчастную площадь расстрела демонстрации рабочих. С Д. Д. они были старые друзья. Как положено было аспиранту, мне поручили первые два года вести 10 больных в отделении Вольфа. Мы часто и жестко спорили. Здесь я обследовал способности Розы Кулешовой.

¹ НПЖ, 2021, 3; 2021, 4; 2022, 1.



Дмитрий Дмитриевич Федотов



В 1-м ряду вторая слева Ася Саввишна Ремезова. Во 2-м ряду второй справа Исаак Аронович Мизрухин.
Крайний справа Сергей Николаевич Савенко. Киев, конец 1920-х годов

Но энтузиазм от поступления в аспирантуру в такой прославленный институт был, особенно в первые три месяца, приглушен тоской по дому, родителям и жене, которая училась в университете в Черновцах. Чуть не каждый вечер я бежал на переговорный пункт на почте. Но еще и полной непрактичностью и московской социальной средой, которая сразу и на годы отравила существование железобетонным отказом всего лишь во временной прописке: «Вас не имели права принимать в аспирантуру, не обеспечив общежитием». Трудно перечислить, сколько и каких разных людей мне помогало, сколько сценариев было испробовано. От историка Лурье, крупных чиновников, юристов (как муж А. Г. Амбрумовой) и мн.др. до Ю. С. Николаева, Евы Жислинской, предложившей мне поселиться у нее, но я не считал это приличным. Наиболее действенной была совместная помощь В. Ф. Матвеева, сотрудника МЗ СССР, и одного из зам. директора института им. В. П. Сербского. Они сумели оформить меня в общежитие Первого ММИ, и справка об этом заменила временную прописку. На прием к тогдашнему ректору я попал вместе с делегацией из этого общежития, они жаловались на клопов и крыс. И это на Пироговке! Он грубо, не считаясь с женским составом, послал их по матушке. Прописка для меня, строго правопослушного, так и осталась неосуществимой мечтой. В квартире я не нуждался: отец снял для меня комнату в доме Академии меднаук у метро «Сокол», в соседнем подъезде жил Р. А. Наджаров.

Но и здесь я пережил нечто времен оккупации. Район «Сокол» оказался локусом паники в Москве из-за убийцы, представлявшегося — «Мосгаз». Паника была раскручена радио и прессой. Женщины боялись оставлять детей, и прогулы повлекли огромные убытки. Дверные цепочки стали самым большим дефицитом. На моих хозяев написали анонимку, что у них живут без прописки. Пришел запрос с почты. Как раз когда две ночи я провел в тяжелой лихорадке, хозяева — мне: «На Вас страшно смотреть, Вы больны» и тут же: «Удите ночевать к знакомым, а лучше уезжайте на неделю к себе, а жена пусть не приезжает. А на время нашего отпуска — в общежитие...». Лифтёры заглядывали мне в лицо: «Вы куда?». Меня приютило и согрело семейство Сойбельманов из Черновиц, глава которого был крупным специалистом по организации трудовых мастерских в психиатрических учреждениях. В их доме образовался «детский сад» в связи с паникой. Потребовалось более года нервотрепки и драгоценного времени, пока я не понял, что милиции легче смотреть сквозь пальцы на отсутствие у меня временной прописки, чем оформлять ее. Нелепость пережитого навсегда оставила отвращение к коридорам власти, формализму бюрократии. Дать взятку мне даже не приходило в голову. Тогда все решали неформальные связи.

Не упасть духом помогали театры, ставившие тогда многие пьесы Ибсена, проза Гамсона, вечера музыки Грига и Рахманинова в консерватории, художественные музеи, Брубелль и Серов, и книги, книги. Дневник, который я вел первые несколько лет, сплошь заполнен их перечнем, а также лекций, семинаров, конференций, клинических разборов спорных больных остро критическим взглядом. И разорялся в букинистических магазинах.

По теме диссертации я на первом году опубликовал несколько работ. В частности, об адреналиновой и аминазиновой пробах в ходе ЭЭЭ-записи и использовании этого приема для предикции назначения лекарственных препаратов, а именно, либриума, что выявляло непсихотических больных. Э. С. Толмасская была очень строгим и требовательным руководителем, считающим, что все должно быть сделано собственными руками. В лаборатории наиболее близкими мне людьми были В. В. Аршавский и М. А. Титаева.

Мне удалось посетить семинар по кибернетике и математике И. М. Гельфанд и М. Л. Цейтлина. Великий математик Израиль Моисеевич оказался совсем маленьким, невзрачным, просто одетым человеком. У Михаила Львовича поразила изумительная способность видеть в множестве разнообразнейших неожиданных жизненных (как и у Курта Левина) ситуаций общую структуру и показывать их, говоря, как Гельфанд: «Нет математических формул, которые нельзя было бы выразить простым языком». А также семинар по энтропии в биологических системах, конференцию к 100-летию «Рефлексов головного мозга» И. М. Сеченова с лекцией Уолша, а в Политехническом лектории очень смелые выступления Гинзбурга, Семенова, Мигдала, Зельдовича и многих других. А в МГУ по совету Б. В. Зейгарник курс лекций по общей психологии А. Н. Леонтьева и А. Р. Лурия. Классические внешность и манеры Александра Романовича, богатство мыслей и многообразие подходов, сводимых в не противоречивое единство, уступали впечатлению от лекций Алексея Николаевича: «жестикулирующая жердь с гримасами смеха — ядовитой иронии по поводу говоримого, видимо, вынужденно, но и самозабвенно, ярко, своеобразно о червоточине бихевиоризма» и т.п. Это ставило многое на крючок вопроса. Я узнавал со вкусом реконструированные идеи Гордона Олпорта, С. Л. Рубинштейна, Л. С. Выготского.

Что касается психиатрии, то в годы аспирантуры это было штудирование «Клинической психиатрии» под редакцией Груле, где, прежде всего, восхитили работы Конрада и Вайтбрехта. Я впервые услышал выступление Э. Я. Штернберга на защите М. Л. Рохлиной, лекцию Кербикова «Социология и психиатрия», познакомился с работами Р. Е. Люстерника (1929). А вот лекции А. В. Снежневского по общей психопатологии уже тогда разочаровали.

Но не менее значимыми для нашего предмета были и клоново-селекционная теория Фрэнка Бёрнетта и книга Оре «Графы», так же как впоследствии «узлы» и «фракталы». А тогда я изучил все фундаментальные труды по χ^2 , начиная с «Грамматики науки» Карла Пирсона.

Итогом моей работы стало, что я начал говорить об «инволюционно-меланхолическом синдроме», который характеризуется глобальной неустойчивостью на клиническом и на разных нейрофизиологических уровнях и носит функциональный обратимый характер. Только небольшой группе с манифестиацией болезни после 50 лет с монотонно тревожной напряженностью без выраженных двигательных проявлений и арективностью на ЭЭГ и фармаконагрузках целесообразно было начинать лечение сразу с шоковых методов, тогда как для большинства больных достаточным оказывалось применение либриума. Выяснилось, что патогенез болезни связан с расстройством внутри следящей системы и ее взаимоотношением со стабилизирующей системой на дienceфальном уровне. Концептуально моя диссертация опиралась на клинические идеи Вайтбрехта, а экспериментально на идеи Н. А. Бернштейна и «Планы и структуры поведения» Миллера, Галантера и Прибрама в их споре-перекличке с Куртом Левиным.

С 6-ого курса я проникся убеждением о необходимости двух предполагающих друг друга, но не смешиваемых подходов — антропистического и вне-антропистичного, строго научного. И тем, что часто важнее не искать новое, а углублять кажущееся хорошо известным, и что уровень понимания значимее его содержания.

Заканчивая оформление диссертации, я 35 часов кряду не вставал со стула, не успев привести себя в порядок к визиту ко мне домой И. А. Мизрухина. Вспоминаю его молчаливую укоризну. Апробация состоялась в феврале 1966 г. с выступлениями рецензентов Р. Г. Голодец и И. М. Фейгенберга, общение с которыми, как потом и с оппонентами Э. Я. Штернбергом и Ф. В. Бассиным, преисполнili сил и послужили дальнейшим неформальным отношениям. Защита прошла триумфально. На ней присутствовал и отец. Ординаторы преподнесли мне драгоценный подарок — полный комплект первоиздания журнала «Весы» — одной из вершин Серебряного века отечественной культуры, в которой слились оба направления символизма Валерия Брюсова и Андрея Белого, которым я не устаю увлекаться.

Я приехал в Москву, уже умея читать «Правду» между строк и переводить ее на адекватный действительности язык. Именно с 60-х годов начала все громче звучать прежде скрытая информация о существующем беспрощали, репрессиях, лагерях. Обращение баптистов, у которых отбирали детей, рассыпанный набор «По ком звонит колокол» Хемингуэя, преследование инакомысливших и нарастающая, вопреки всему, волна

сам- и там-издата, которую породил голод на это. Я пропустил через себя целую библиотеку такой литературы — Оруэлл, Конквест, Авторханов, Раскольников... Это было время взрыва китайской атомной бомбы, снятия Хрущева, смены руководства всех масс-медиа, и хотя, наконец, низвержения Лысенко, но инерция прошлого была еще надолго.

После досрочной защиты мне был предоставлен отпуск и гарантия возвращения в институт при получении постоянной прописки. Я начал с самого тогда творческого коллектива доктора Муринаса в Яхромской областной психиатрической больнице, но при всей доброжелательности он откровенно сказал, что заинтересован только в постоянных сотрудниках. Второй попыткой была исторически самая прославленная областная ПБ им. В. И. Яковенко, которую следовало бы именовать имени Якобия-Яковенко, посещавшаяся Львом Толстым, в живописной местности, где сосредоточилось три крупных психиатрических учреждения. И я остановился на находившейся всего в двух километрах Московской городской ПБ № 5 в Троицком-Антропово. Меня привлекла не столько городская прописка и монументальная архитектура этой одной из больниц-монстров 1913 года, сколько облик и личность зам. главврача Нахима Натаевича Азерковича. Но ему пришлось съездить со мной в Москву, где мое оформление затянулось на месяц, тогда как у других занимало несколько дней. Не иначе дело было в досье, так как больница осуществляла принудительное лечение общего типа. Прозрачные голубые глаза на тонком умном лице, долгий задумчивый взгляд, ироничный ум Н. Н., поразительно точные цитаты из «Города Глупова», текст которого он знал наизусть... Мы прониклись взаимной симпатией. У главного врача была обо мне полная информация, мне предоставили, как и другим сотрудникам, двухкомнатную квартиру в крыле для сотрудников, и определили ординатором в мужское отделение, которым заведовала вдова последнего дореволюционного главврача больницы Л. Г. Балашова — мудрый человек и замечательный профессионал. Мой первый выход на работу совпал с похоронами ведущего клинициста больницы — доктора Н. Крылова, с которым она дружила. Его родные подарили мне еле подъемную стопу тонко подобранный профессиональной литературы на немецком языке. Его сын Евгений Николаевич, спустя годы, стал близким сотрудником проф. А. Г. Гофмана и членом НПА. Любовь Григорьевна Балашова проявляла как-то сказала, наблюдая своих двух ординаторов — Владимира Стефановича Воронина и меня: «Вы, Володя, будете главным врачом больницы, а Вы, Юрий Сергеевич, плохо кончите». Стремясь зарекомендовать себя наилучшим образом, я целиком вкладывался в работу, заполняя ею все свое свободное время, надеясь вызвать доброжелательное отношение в бу-

дущем. Писал пространные истории болезни, дневники, уделял большое внимание больным, и мои записи произвели впечатление. Но первоначально я не имел никакого опыта в специфике судебной психиатрии, а жена Н. Н. — ст.н.с. Института им. В. П. Сербского — Эльга Стефановна Наталевич, готовившая докторскую диссертацию по генетике, отнеслась ко мне активно потребительски, без учета этого обстоятельства, и устроила меня врачом-докладчиком ближайшего ежемесячного профессорского разбора — самого Даниила Романовича Лунца. Я не был в курсе сложившихся при этом элементарных правил, и он устроил мне грубый разнос. В результате меня назначили врачом-докладчиком и на следующий месяц. Этот разбор прошел удачно. Другим консультантом больницы был проф. Г. К. Ушаков. Ему я докладывал совершенно головоломный в отношении диагноза казус одного писателя — парафреноподобного высоко интеллектуального псевдолога М., что пришлось Г. К. кстати, как знатоку немецкой психопатологии, о всех психиатрических клиниках ГДР он написал высоко информативную книжку. Эрудитом был и Д. Р. Лунц, но его манера общения с больным напоминала следовательскую. А я был склонен к противоположной крайности, уступая персональным просьбам своих больных, и несколько раз потратил изрядное время на поиск и встречу с их родственниками, убеждаясь в своей наивности. Интенсивность моей работы нарушила сложившиеся стереотипы. Я представлял на комиссии по выписке из больницы больных, не отбывших некие принятые средние сроки, ездил выступать по московским судам. Мне удалось устроить полноценную реабилитацию одному талантливому сидельцу, который в маниакальной фазе бросил кошку в прическу теще, снабдив его словарями и дав переводить «Философскую автобиографию» Карла Ясперса и несколько других работ. Это был удачный выбор: издание их в 90-е годы произвело сильное впечатление, например, на Н. Г. Шумского и многих других известных клиницистов. Я вызвал и посодействовал устройству в больницу самого близкого товарища детства Марка Лейнгольда, а он еще и Наума Иткина, который вскоре стал лечащим врачом генерала П. Г. Григоренко, создал ему максимально приемлемые условия, и был свидетелем посещения его президентом WPA Ли с делегацией отечественных психиатров.

Во время регулярных дежурств, обходы всех отделений среди ночи представляли живописное зрелище, отличное от дневного. Однажды мне пришлось трижды возвращаться в отделение из-за необходимости вправлять челюсть больному с патологической зевотой. Самым тяжелым и опасным было отделение для эпилептиков в связи с их эксплозивностью и злопамятностью. Казалось бы, их не следовало концентрировать в одном отделении, но с дореволюционных времен его оборудовали металлическим тамбуром на

случай бунтов. Одному из врачей, синеглазому белорусу, такой больной сунул в глаз ножницы, пересек хиазму и навсегда оставил слепцом. Но представление об опасности нашей профессии у минздрава со временем отечественной войны не прерывно стремится к нулю.

Я не отказался от снимаемой московской квартиры и не реже трех раз в неделю ездил в Москву, сознательно не давая себе спуску даже зимой. Чтобы быть на обязательной, специально в 8 утра, пятиминутке, я вставал в 4 утра, добирался пешком до окружной ж/д на Войковской, доезжал до Курского вокзала, оттуда до ст. Столбовая (70 км) и еще в переполненном автобусе 10 км до больницы. Так из Москвы регулярно ездили еще несколько человек. Я регулярно посещал «Ленинку» и наведывался в Институт, где спустя примерно 9 месяцев директор Института Д. Д. Федотов, с тогдашним парторгом Н. Г. Шахматовым и профоргом Кузнецовым сделали мне ошеломляющее предложение: занять место руководителя прославленной уникальной патопсихологической лаборатории Б. В. Зегарник в связи с выходом ее по возрасту на пенсию. Я ответил, что должен предварительно посоветоваться с самой Блюмой Вольфовной, а Дмитрий Дмитриевич снабдил меня личным письмом к главному врачу больницы Гайдову. Последний, вопреки моим упрашиваниям, апелляции к исключительности этого случая, делающего меня его вечным должником, в личных качествах которого он мог убедиться, только рассвирепел: уже несколько врачей использовали больницу в качестве трамплина получения московской прописки, но делали хитро, а не впрямую как я. Не случайно врачи больницы неоднократно просили меня быть арбитром, утихомиривать некоторых коллег. Я перестал выходить на работу, но без грамотного юридического сопровождения, и через некоторое время был вынужден вернуться под «строгача», вынесение которого было поручено Н. Н. Азерковичу. Я вовремя узнал, что Гайдов с совершенно несоразмерной злобой лично ездил в Мосгорздрав, настаивая на лишении меня прописки по больнице. И я переоформил прописку по частному дому сотрудника больницы, жившего рядом, — Ивана Федоровича Сураева, доверчиво меня приютившего, узнав мою ситуацию. Это был отец будущего главного врача больницы им. Яковенко. Хотя момент сделанного мне предложения был упущен, вскоре я был в приказном порядке Минздрава переведен старшим научным сотрудником Московского НИИ психиатрии в патопсихологическую лабораторию, которую возглавил Б. М. Сегал. Спустя несколько лет я узнал, что Гайдов вместо фундамента под стены, окружавшие больницу, которые ничего не стоило подрыть, потратил деньги на бетонированный подвал личного особняка.

(Продолжение следует)

Провокаторское предложение

Современная действительность, начиная с Первой мировой войны, породившей экспрессионизм, временами, как и сейчас, доводит его до гротеска, превосходящего все выдумки, хотя бы в силу своей топорной безвкусицы. Противоборствующие силы доходят до анекдотических крайностей, вредя этим самим себе, забивая гол в собственные ворота. О памятнике Путину на Майдане говорят уже не только противники Майдана, но и сторонники. Полицейские репресии и привлечение к судебной ответственности за одежду и кросовки в цветах украинского флага, плакаты «За мир!», запрет песни «Хотят ли русские войны?», проповедь священника, посвященную евангельской заповеди «не убий», и не расследуемая попытка ослепить Дмитрия Муратова — не только намек власти на возможность отказа от любых церемоний, но и динамит, который она сама закладывает под себя.

«Медицинская газета» опубликовала выразительную статью своего научного обозревателя Болеслава Лихтермана «Кто виноват?» с красноречивыми примерами этих крайностей. Это выразилось с масштабном аффективном отвержении за рубежом всего российского, даже культуры и науки, как символическое выражение коллективной ответственности за бойню в Украине так наз. «болота» — пассивной аполитичной конформной массы наших граждан, и эмигрантов из «шкурных» и идейных побуждений. Предложение Г. Каспарова о паспортах «хороших русских» вызвало бурную противоречивую реакцию. Отменяются приглашения на международные научные конференции, приостанавливается член-

ство в международных обществах — кардиологическом, урологическим, психиатрическим. Устранен с поста президента Международного общества истории нейронаук и Б. Лихтерман. Он пишет, что «ответил словами молитвы немецкого богослова Карла Фридриха Этингера (1702–1782): «Господи, дай мне спокойствие принять то, чего я не могу изменить, дай мне мужество изменить то, что я могу изменить. И дай мне мудрость отличить одно от другого».

«Бойкот россиян и белорусов, основанный исключительно на их гражданстве, идет вразрез с нашими основополагающими принципами профессиональной научной деятельности, открытых отношений и диалога», — говорится в совместном заявлении американских и британских славистов. В журнале «Science» опубликовано письмо ученых США и Канады с призывом «Избегать бойкота всех российских ученых за действия российского правительства».

В противоположность этому президент одной из двух украинских психиатрических организаций, Семен Глузман, в течение 30 лет очищавший НПА России, вдруг прислал нам письмо с предложением просить WPA «аннулировать членство России в WPA» и присоединиться к письму Украинской психиатрической ассоциации о «приостановке членства Российской психиатрической ассоциации». Здесь используется намеренно размытое обозначение РОП и НПА. Понятно, что это способ ликвидировать НПА.

Юбилейная конференция в Санкт-Петербурге

12 – 13 мая в Санкт-Петербурге состоялся Всероссийский конгресс «Психоневрология: век XIX – век XXI», который был посвящен 165-летию В. М. Бехтерева и 115-летию созданного им Психоневрологического института (теперь ФГБУ НМИЦ ПН им. В. Н. Бехтерева Минздрава России), и, судя по отзывам, был интересным и насыщенным. В рамках Конгресса прошли секционные заседания по психотерапии, медицинской психологии, психическому здоровью и персонализированной наркологии, конференции

«Мир аддикций» и «Персонализированная психиатрия и неврология» со Школой молодых ученых, 4 сателлитных симпозиума, Пленум Правления РОП по подготовке МКБ-11 к применению в РФ и мн.др. Содержательный репортаж о Конгрессе опубликовал в «Медицинской газете» д.м.н. Б. Л. Лихтерман. Были зачитаны приветствия министра здравоохранения РФ Михаила Мурашко, Комитета по науке и высшей школе Санкт-Петербурга и президента НПА России Юрия Савенко.

**Директору ФГБУ «НМИЦ ПН им. В. М. Бехтерева» Минздрава России
проф. Н. Г. Незнанову**

Уважаемый Николай Григорьевич!

Независимая психиатрическая ассоциация России поздравляет сотрудников Психоневрологического института им. В. М. Бехтерева с юбилеем Института и его отца-основателя Владимира Михайловича Бехтерева.

Возглавлявшие Институт Владимир Михайлович Бехтерев, Владимир Николаевич Мясищев и Модест Михайлович Кабанов — выдающаяся плеяда отечественных ученых, слава и гордость отечественной психиатрии, достойный пример научных достижений и гражданского мужества в годы, намного более тяжёлые и опасные, чем ныне.

В. М. Бехтерев сумел достойно провести Институт через испытания реакции, Первой мировой войны, революции и гражданской войны, В. Н. Мясищев — через эпоху Второй мировой войны, ВАСХНИЛовской и Павловской сессий, М. М. Кабанов — через эпоху жесткой борьбы с инакомыслием. Это учит не бояться трудностей и следовать славным традициям.

Желаем Вам оправдать и развить наследие многих выдающихся представителей Вашего Института, психоневрологический профиль которого — необходимое звено нашего предмета.

Президент НПА России Ю. С. Савенко

Добавлю к этому необилейное: В. М. Бехтерев был отравлен, о чём многие десятилетия молчали даже его родные, хотя косвенные признаки были для всех на поверхности: знаменитый учёный сразу был предан забвению, как и его выдающиеся труды, а прах сохранялся в Институте непохороненным, мозг отправлен в музей Института мозга; В. Н. Мясищев на отчетной конференции, на которой я присутствовал, был грубо унижен: председательствующий из высокого начальства среди отчета накричал на него, заслуженного, почтаемого учёного, ученика А. Ф. Лазурского, как школьника, предложив отчитаться в другой раз; М. М. Кабанов, переживший блокаду, был в 1949 году арестован по ложному доносу за «антисоветскую агитацию», 22 месяца провёл в одиночной камере и 3 года в лагере в Красноярском крае, реабилитирован в 1954 г. (НПЖ, 2013, 1).

На пленарном заседании прозвучало выступление Петра Морозова, посвященное эвтаназии психически больных с сообщением о «минирова-

нии подвалов с психически больными в Мариуполе и опытах над ними в Харькове». Это грандиозное по ответственности заявление выглядело для присутствующих как провластная пропаганда, роняющая докладчика. Он фактически поставил знак равенства между высказываниями об эвтаназии Блейлера и Крепелина и нацистским уничтожением психически больных (T4) Рюдина. Наконец, приостановку членства РОП в Европейской психиатрической ассоциации П. Морозов связал со своим выступлением против эвтаназии на Исполкоме ЕПА, а также обвинил президента НПА в оправдании эвтаназии психически больных. Приходится уже не удивляться, а только сокрушаться, что такой профессионал как Петр Морозов превратился в сервильного политика, не брезгающего очевидной дезинформацией. Но видимо, такова плата за высокое положение. Что касается стерилизации, то это давно прописанная и регламентированная в нашем законодательстве процедура, о чём знают студенты¹.

¹ Медицинская стерилизация как способ лишить человека способности к воспроизведению потомства или метод контрацепции разрешена в РФ. В качестве показаний к ее применению упоминаются хронические психические расстройства с тяжелыми стойкими часто обостряющимися проявлениями. Медицинская стерилизация проводится по письменному заявлению гражданина не моложе 35 лет и при наличии показаний к ее применению. Для граждан, признанных недееспособными, медицинская стерилизация проводится по заявлению законного представителя и решению суда.

В советской, а потом и Российской психиатрии было распространено мнение о том, что женщины с психическими расстройствами не должны иметь потомство. Во многих ПНД, ПБ и ПНИ их вынуждали к прерыванию беременности, а иной раз делали это насильно. В начале 2000-х годов правозащитные организации, уполномоченные по правам человека (например, Пермский край) и СМИ обнаружили практику массовой стерилизации женщин, проживающих в психоневрологических интернатах <http://npar.ru/medicinskaya-sterilizaciya-segodnya>. В большинстве своем это были женщины, признанные недееспособными, с беспорядочными сексуальными связями, и руководство ПНИ, которое являлось опекуном, таким образом боролось с нежелательными беременностями. Тех, кто не был признан недееспособным, разными способами склоняли к написанию заявления о стерилизации. НПА тогда активно выступала против стерилизации, считая, что нельзя применять необратимые методы, нужно использовать другие способы контрацепции, и отстаивала позицию, что у этих женщин могут быть здоровые дети. Именно тогда появилась норма закона о том, что для стерилизации недееспособных необходимо решение суда (ФЗ-323, ст. 57), и массовая практика такого рода прекратилась.

Абрамкинские чтения

19 мая 2022 г., в день рождения Валерия Абрамкина, состоялись очередные, уже восьмые «Абрамкинские чтения» на тему «Тюремная медицина в отсутствии реформ». Организаторами по давней традиции выступили Центр содействия реформе уголовного правосудия и Институт прав человека. На этот раз к ним присоединилась еще и Независимая психиатрическая ассоциация «Россия»² и Российский исследовательский центр по правам человека, который предоставил свое помещение. Чтения были омрачены смертью известного защитника прав заключенных Андрея Бабушкина, который принимал участие в их подготовке и должен был вести одно из заседаний. Поэтому все началось с минуты молчания в память о нем.

В чтениях приняли участие 45 человек, 14 из них, в том числе из Екатеринбурга, Нижнего Новгорода и Иваново, присутствовали лично, остальные 31 человек — выступали с докладами и участвовали в дискуссии он лайн. Была представлена информация о ситуации с оказанием медицинской помощи в местах лишения свободы различных регионов страны, прежде всего, Москвы и Санкт-Петербурга. Участники представили аналитические материалы по ситуации с получением лекарств, приглашением гражданских специалистов и вывозом в гражданские больницы для консультаций и оказания экстренной медицинской помощи, признанием осужденного инвалидом, освобождением от отбывания нака-

зания в связи с тяжелой болезнью и т.д., а также познакомили присутствующих с конкретными драматическими историями. Большое внимание было уделено проблемам наркозависимых, а также отбывающих наказание женщин, в том числе беременных и имеющих маленьких детей.

Общий вывод сводился к тому, что в последние месяцы ситуация с оказанием медицинской помощи в местах лишения свободы ухудшилась: ограничился ассортимент лекарств и наличие специалистов, усилилась зависимость медиков от ФСИНовского начальства и следователей. В этой ситуации особенно возрастает роль общественного контроля и придания публичности имеющихся нарушений. Там, где общественные наблюдательные комиссии регулярно посещают места лишения свободы и активно выявляют тех, кто нуждается в помощи в связи с состоянием здоровья, часто удается добиться успеха в том, на что осужденные имеют полное право, в иных случаях они выходят на свободу глубокими инвалидами.

В заключение участникам показали фильм о тюрьмах Финляндии и оказании медицинской помощи заключенным. Главный посыл здесь — вернуть человека в общество здоровым и психически уравновешенным, поскольку от этого в значительной мере зависит судьба его семьи и будущее его детей. При всей очевидности такого подхода, мы пока можем об этом только мечтать.

Панихида Андрея Бабушкина

Гражданская панихида широко известного правозащитника Андрея Бабушкина собрала грандиозное число пришедших отдать последнюю дань его редкой деятельности. Андрей Бабушкин поражал воображение всех сторон, экспромтами по 10 и больше пунктов на любую правозащитную тему и памятным талантливым текстом о правах человека в жанре сказок. Перенесённая из Сахаровского центра в новое роскошное помещение Уполномоченного по правам человека в РФ и хотя прекрасно организованная,

но — парадно-официальным образом — панихида ознаменовалась неуместным «табелем о рангах» выступающих: многим близким друзьям, тесно сотрудничавшим с покойным, например, Валерию Борщеву, не было дано слова, а единственного представителя организации А. Бабушкина за его настойчивое стремление выступить угрожали вывести из зала. Поэтому ему пришлось выступить после выключения микрофона, включённого в силу возмущения присутствовавших. И сказать простую естественную

² В 2014 – 2017 гг. НПА в партнерстве и Институтом прав человека и Советом Европы выполняла масштабный проект «Мониторинг оказания медицинской помощи в местах лишения свободы», т.ч. тема чтений была для нее хорошо знакомой.

весь: говоря об Андрее Бабушкине нельзя не позаботиться о продолжении деятельности его организации, а не игнорировать ее и предоставить первые выступления чиновникам от правозащиты, едва его лично знавших. Но это же типичный пример давней отечественной тради-

ции юбилеев и панихид. На нашей памяти много таких примеров, например, директор Московского НИИ психиатрии А. А. Портнов, непосредственно спровоцировавший кончину проф. Д. Е. Мелехова, первым выступил на его панихиде.

Защита прав граждан с психическими расстройствами в фокусе внимания уполномоченного по правам человека в РФ

28 апреля в Доме прав человека прошло заседание малого Экспертного совета при Уполномоченном по правам человека в Российской Федерации, посвященное защите прав людей с нарушениями психического здоровья. Заседание было весьма представительным: 31 чел. — очно и 23 — дистанционно.

Открывая заседание, уполномоченный по правам человека в РФ Т. Н. Москалькова отметила, что люди, страдающие психическими расстройствами, относятся к наиболее незащищенной в правовом отношении категории граждан и часто сталкиваются с равнодушием, социальной изоляцией, а порой и бесчеловечным отношением со стороны окружающих их людей. Количество жалоб к Уполномоченному за последний год возросло вдвое и составило в 2021 г. 504.

По словам Уполномоченного, к системным нарушениям прав граждан с психическими расстройствами относятся получение лицами с психическими заболеваниями социальных услуг в стационаре; психиатрическое лечение с принудительным наблюдением ближе к месту жительства родственников; обеспечение права на труд и образование в психиатрических стационарах и защита стационарных организаций социального обслуживания от пожаров³.

Обсуждалась также проблема информационного обмена между медицинскими организациями и органами внутренних дел для профилактики правонарушений, совершаемых людьми с психическими заболеваниями. Позицию начальника Управления организации охраны правопорядка в жилом секторе МВД России Станицы Колосника о необходимости передачи в МВД списков людей с психическими расстройствами для профилактики правонарушений не-

ожиданно поддержал член Совета по правам человека при Президенте РФ известный правозащитник Андрей Бабушкин. С его точки зрения полицейские должны осуществлять контроль за психическими состоянием нездорового человека и своевременно принимать меры в случае обострения психического состояния. С категорическим возражением против этого выступила главный врач Новосибирской ПБСТИН и главный внештатный психиатр Новосибирской области А. И. Зинина. В своем эмоциональном выступлении она заявила, что одна из основных задач защиты прав человека в психиатрии — это дестигматизация и привела конкретные драматические примеры того, как незаконное получение подобного рода списков влияет на судьбы людей с психическими расстройствами.

Исполнительный директор НПА России Л. Н. Виноградова и член Экспертного совета В. М. Гефтер представили доклад «Обеспечение прав пациентов стационарных психиатрических и экспертных организаций», составленный по результатам работы общественных наблюдательных комиссий в 2020 – 2021 годах. Руководитель юридической службы НПА России Ю. Н. Аргунова выступила с сообщением «Анализ правил внутреннего распорядка психиатрических больниц специализированного типа с интенсивным наблюдением», в котором показала серьезные нарушения российского законодательства в этих документах и то, к каким вопиющим нарушениям прав человека это может приводить.

Представитель Федерального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского Центра им. Сербского Л. О. Пережогин, один из немногих психиатров на этом многолюдном заседании, рассказал о многочисленных системных нарушениях, с которыми он столкнулся при посещениях детских домов-интернатов, а в заключение сообщил, что Центр Сербского взялся проводить обучение членов НКО основам психиатрии, поскольку считает, что общественный контроль психиатрических учреждений могут осуществлять только подготовленные гражданские активисты. Правда оказалось, что никаких публичных объявлений об этом обучении нигде не было, и пока не

³ В НПА России за 2021 г. поступило более 1500 обращений на нарушение прав граждан в психиатрии, и наибольшее количество жалоб было связано с недобровольными госпитализациями и принудительным лечением, признанием граждан недееспособными и недобровольным помещением в интернаты, отказом в выдаче разрешений на управление автотранспортом и выполнение определенных профессиональных обязанностей.

обучен ни один человек, поскольку «они к нам не идут»⁴.

В заключение заседания Т. Н. Москалькова сообщила о принятом решении подготовить от-

дельный тематический доклад о соблюдении прав граждан с психическими расстройствами и призвала присутствующих экспертов представить информацию по этой теме.

Александр Габышев — первый шаг на пути домой

16 мая 2022 г. председатель общественной наблюдательной комиссии (ОНК) Приморского края Владимир Найдин вместе со своими коллегами посетил якутского шамана Александра Габышева, который в настоящее время находится в психиатрическом отделении специализированного типа Краевой психиатрической больницы № 1 г. Уссурийска.

26 июля 2021 г. Якутский городской суд вынес решение по уголовному делу против Александра Габышева (<http://npar.ru/novoe-ugolovnoe-deloprotiv-shamana-ga>), объявившего в 2019 г. поход на Кремль, чтобы изгнать «злой дух из Путина».

Судебные эксперты Якутского ПНД рекомендовали признать Габышева невменяемым и направить на принудительное лечение в психиатрическую больницу специализированного типа с интенсивным наблюдением, как представляющего особую социальную опасность, вопреки собственному диагнозу и заключению выездной комиссии НПА, согласно которому Габышев не представляет опасности ни для себя, ни для окружающих и не нуждается в таком строгом принудительном лечении. Однако суд не принял это во

внимание (ведь «нельзя не доверять государственным экспертам»!), и Габышев был отправлен в Новосибирскую психиатрическую больницу с интенсивным наблюдением.

По просьбе НПА России там его неоднократно посещали члены ОНК Новосибирской области. Жалоб на самочувствие он не предъявлял, условия содержания и отношение к нему персонала оценивал как хорошие. Администрация больницы также не имела к нему претензий, и уже через полгода подала в суд ходатайство о переводе его на принудительное лечение в стационар специализированного типа. — Лучшее доказательство того, что рекомендация якутских судебных экспертов была откровенно вынужденной, рассчитанной на принятую в России поэтапную схему отмены принудительного лечения. В результате, Александр оказался в Уссурийске, за 6 тыс. км от родного дома и вдали от близких ему людей. Чувствует он себя хорошо, жалоб не предъявляет. В отношении сроков будем надеяться на врачей Уссурийской больницы.

Циничное предложение о покупном соавторстве уже реальность

В газете «Троицкий вариант — наука» (№ 4 (348), стр. 10 – 11) опубликован трейлер нового расследования «Диссернета» о покупном соавторстве. Оказывается, теперь объявления называются — в современном духе подмены новых идей и изобретений новоязом новых именований — офферами. Оффер, размещенный на сайте фирмы «Международный издаватель», предлагает за плату соавторство в статье с указанным названием, на первое — четвертое места авторства с указанием таксы (напр., от 63 до 42 тыс.

руб). Приводятся примеры именитых покупателей.

Опубликовано также беспрецедентное исследование неэтичного дублирования собственных работ, т.е. без указания на другие публикации по той же теме. Дублирование часто является вынужденным, провоцируемым требованиями собственного учреждения. Отмечается спад таких публикаций за последние пять лет, связанный с гражданской инициативой Диссернета, которая оказалась эффективнее государственных механизмов.

⁴ Для сравнения НПА России в 2020 – 2021 гг. провела более 15 обучающих семинаров в регионах и один большой Москве, на котором присутствовали около 80 членов ОНК. В результате за короткий срок к деятельности по общественному контролю психиатрических стационаров было подготовлено более 300 человек.

ЮБИЛЕЙ

Юбилей опоры нашей ассоциации

По праву главного редактора и вопреки протестам юбиляра, так как такие лица уже не принадлежат только себе, не могу не воздать должное в полной мере Опоре нашей организации, надежной даже в нынешних условиях.

Любовь Николаевна Виноградова родилась рядом с Красной площадью, напротив Славяно-греко-латинской академии, где располагалась школа, где она училась. Она окончила школу с математическим уклоном и психологический факультет МГУ с красным дипломом по специальности клиническая psychology. Успешно работала над кандидатской диссертацией по психофизиологическим моделям памяти под руководством Льва Павловича Латаша, соавтора эпохальной работы по взаимоотношению структуры и функции головного мозга Ф. В. Бассина и Н. А. Бернштейна. Защиту диссертации, почти завершенной, с серией публикаций, пресекла эмиграция Л. П. Латаша в США. Сотрудники его лаборатории по исследованию сна в Институте биологических испытаний химических соединений, в которой работала Л. Н., и которая базировалась на базе Преображенской психиатрической больницы, влились в отдел проф. А. Г. Гофмана Московского НИИ психиатрии. Сын Латаша Марк продлил в США Бернштейновские чтения.

Незадолго до отъезда Л. П. Латаш познакомил меня с Л. Н., которую привел с просьбой обучения тесту Роршаха, которым я активно занимался. Спустя некоторое время, после совместного конного похода по горному Алтаю, мы объединили наши судьбы. Этому посодействовали тест Роршаха, Лев Латаш и та духовная среда, которую мы чувствовали своей, с которой идентифицировались. И это вопреки совершенно разным стилям мышления, характера, способностей, что было словно стремлением к дополнению для обретения целостности. Мы непрерывно спорили по самым неожиданным и простым вещам. Для моих текстов это было благодеянием. В 1980 г., когда меня на пике тогдашних чисток окончательно уволили из института им. В. П. Сербского, где я был помощником патриарха отечественной психотерапии проф. М. С. Лебединского, т.е. выбросили из науки, без которой я себя не представлял, мы решили уехать в Гер-

манию, где Эрих Яковлевич Штернберг договорился обо мне в Мюнхенском институте психиатрии. Но родители Л. Н. не дали разрешения и сохранили нас для отечественной психиатрии. Очень помогла наша дружба с Давидом Абрамовичем Черняховским, который устроил меня психиатром ГКБ № 50, базы Третьего ММИ, и прибегавшего к моей помощи как специалиста по тесту Роршаха в своей психотерапевтической работе с семьями нашей литературной и научной элиты. Любовь Николаевну оформил своим секретарем выдающийся психиатр А. К. Ануфриев. Мы вели активный образ жизни, и Л. Н. подарила мне сына и дочь.

С 1988 года началась и с энтузиазмом продолжается наша деятельность в Независимой психиатрической ассоциации России. Мы провели ее через множество крупных провокаций и ущемления элементарных прав. Л. Н. была организатором большой серии многодневных загородных семинаров по самой горячей психиатрической и междисциплинарной проблематике и съездов НПА, участником международных конгрессов. Участвовала в переговорах с президентами Всемирной психиатрической ассоциации Лопес-Ибором, Сарториусом, Акашой, Мезичем и медицинским директором Американской психиатрической ассоциации Мелвином Сабшиным. Она вела обширную переписку, отвечая на вопросы и участвуя, как клинический психолог и тестолог в регулярном приеме граждан со всей страны и в наших экспертных комиссиях.

Л. Н. — активный участник организации и деятельности Российского исследовательского центра по правам человека и в течение нескольких лет была его директором и представителем в международной сети Домов прав человека. Благодаря ее усилиям мы тесно сотрудничаем с ведущими организациями гражданского общества страны и участвовали в таких значимых проектах как «Предотвращение суицидов в армии», «Вернем бегунков домой!» (о солдатах, оставивших часть в связи с дедовщиной), «Соблюдение прав человека в детских и психоневрологических интернатах» и мн. др. 17 лет она была членом Общественного Совета Уполномоченного по правам человека в РФ и несколько лет возглавляла его совместный проект с Советом



Европы по развитию общественного контроля в местах принудительного содержания. Л. Н. выступала на ответственных встречах и конференциях, на страницах Независимого психиатрического журнала по своей экспертной и инспекционной тематике, в 2003 г. сыграла ведущую роль в масштабном мониторинге, совместном с Московской Хельсинкской группой, соблюдения прав человека в психиатрических учреждениях 61 региона России, результаты которого были изданы книгой на русском и английском языках. В последние годы Л. Н. осуществляет обучение членов общественных наблюдательных комиссий контролю соблюдения прав человека в психиатрических учреждениях с поездками по всей стране от Калининграда до Владивостока.

Любовь Николаевна не только организационная, но и финансовая основа ассоциации, как исполнительница далеко не всегда благодарной, но ответственной и громоздкой работы по написанию заявок на гранты. Именно благодаря ей мы получали средства на многолетние масштабные проекты от международных фондов, работали в программе президентских грантов.

Как зам.главного редактора НПЖ, Л. Н. осуществляет грандиозный труд по подготовке тек-

стов к публикации, а сейчас закончила редактуру 3-его тома «Клинических разборов».

Сохранившаяся совковая неприязнь к «семейственности», как помехе рычагам централизации управления, и несменяемости нас как президента и исполнительного директора ассоциации, игнорирует самоубийственность для карьеры этих постов и возлагаемую на себя ответственность.

Л. Н. достойный пример самоотверженной трудной работы, поддерживаемой глубоким личным удовлетворением от возможности помочь конкретным людям и сохранения высокой профессиональной и этической планки репутации ассоциации у тех, кто знаком с ее деятельностью.

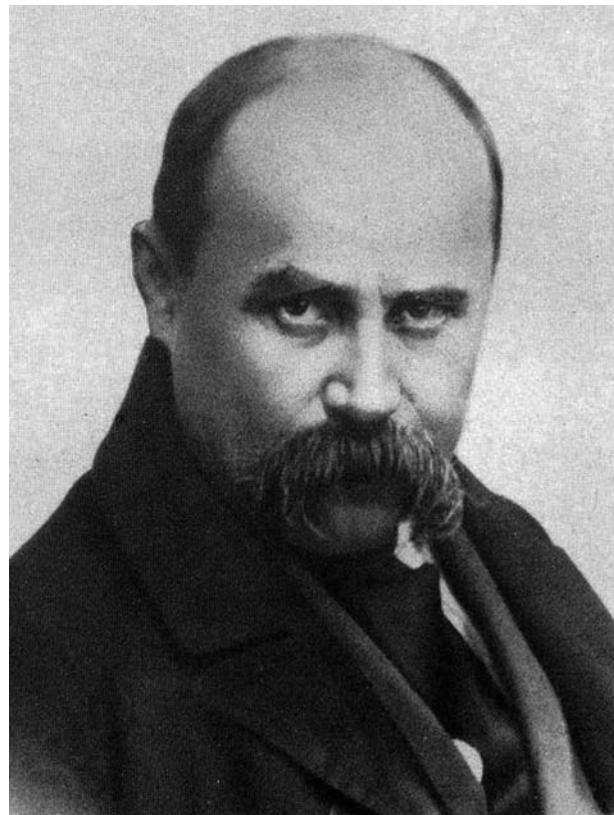
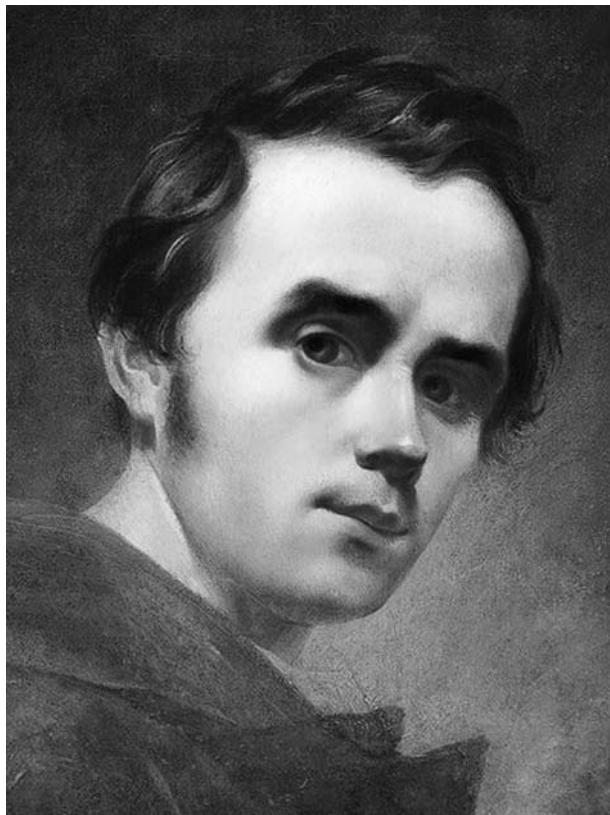
Потребуется немало времени чтобы цели ассоциации потеряли остроту своей востребованности, но сделанное Л. Н. — надежный фундамент нашей уже 33-летней деятельности и достойный пример новым поколениям, сделавший НПА индикатором происходящих в стране процессов и маяком для пессимистов.

Пожелаем же ей сил, душевных и физических, не только словами, а солидарным сотрудничеством.

Ю. С. Савенко

ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ТВОРЧЕСТВО

К 175-летию ареста Тараса Шевченко



Арест в 1847 году Тараса Шевченко, уже широко известного и любимого народного поэта, заставил царское правительство отказаться от суда и отправить его на 10 лет (1847 – 1857) в солдатчину в Оренбургский особый корпус. Николай I собственноручно написал: «Под наисуровейший надзор и запрет писать и рисовать». Шевченко пишет в дневнике: «Если бы я был изверг, кровопийца, то и тогда для меня удачнее казни нельзя было бы придумать... Август-язычник, ссылая Назона к диким гетам, не запретил ему писать и рисовать, а христианин Н. запретил то и другое. Оба палачи... А бездушные исполнители приговора исполнили его с возмутительной точностью... Я сказал себе, что из меня не сделают солдата. Так и не сделали». Освободиться удалось только спустя 10 лет после смерти Николая I, который отвергал все ходатайства, но и тогда удалось только сократить срок запрета жить в столице.

Тарас Шевченко родился в 1814 году в семье рабов (обозначаемых у нас «крепостными» или

«беспаспортными»). Когда ему было 5 лет, умерла мать, в 11 — отец. В 24 года (1838) его, как художника-самородка, выкупили Брюллов и Венецианов. Он восполняет свое литературное художественное и научное образование в богатейшей библиотеке Брюллова и на курсах лекций естественных наук, изучает французский язык и кончает Художественную Академию.

В апреле 1840 г. вышел «Кобзарь»¹ — книга, поразившая своих читателей, сразу ставшая не просто знаменитой, а высоко почитаемой и — как редко бывает — народной, расходившейся в списках среди украинцев по всей России, эпохальная во всей славянской литературе. Первое издание, включавшее 8 стихов и поэм («Думы мои, думы мои...», «Катерина», «Наймочка», Гайдамаки и «Псалмы Давидовы»), постепенно пополнялось, а название перешло на всё поэтиче-

¹ Кобзарь (укр.) — нищий слепец, поющий думы, былины Украины под игру на кобзе (вид бандуры).

ское творчество Шевченко. Ссылка поэта сопровождалась запрещением и повсеместным изъятием «Кобзаря». Третье, значительно расширенное с 1844 г. издание вышло в 1860 г., опять с цензурными изъятиями.

В начале 1840-х годов он пишет свои свободолюбивые бунтарские поэмы «Сон», «Еретик» («Иван Гус»), «Кавказ», о плодах жестокой захватническо-колониальной политики царской России для простых людей, стихи на украинском, а прозу на русском языке.

В 1844 – 1845 гг. Тарас Григорьевич сближается с членами кружка Петрашевского, а с 1846 г. Кирилло-Мефодиевского братства, анти monархической и антикрепостнической организации, и, как наиболее революционная фигура, приводит, после доноса, к аресту всех членов.

7 лет Шевченко провел в Новопетровском форте — Орская крепость в пустыне на полуострове Мангишлак на восточном берегу Каспийского моря, ныне форт Шевченко. Здесь он познакомился с выдающимся ученым Карлом Бэрром, который содействовал его освобождению.

Не сломленный солдатчиной, он продолжает активную, солидарную с «Колоколом» антикрепостническую деятельность, и едет на Украину, что приводит к аресту и возвращению в Санкт-Петербург, где готовит новое издание «Кобзаря», планирует учебники на украинском языке и издает на свой счет (10 тыс. экз.) «Букварь», вскоре запрещенный цензурой, так как он был на украинском языке. В 1859 году в Лейпциге вышел сборник поэзии Пушкина и Шевченко. В 1860 г. Академия художеств присвоила ему звание академика-гравера за высокое качество множества его граверных работ, переведивших в эту форму шедевры мировой живописи с целью культурного развития. Безвременная смерть в 1861 году, в 47-летнем возрасте вызвала всенародный отклик, поклонение его могиле над Днепром в Каневе, согласно «Заповіту».

Шевченко для Украины больше чем Пушкин для России. Это не только национальные гении, это их вклад в мировую сокровищницу культуры. Шевченко писал, что благоговеет перед Гоголем, Герценом, Салтыковом-Щедриным и декабристами. Он встречался с Чернышевским, Некрасовым, Церетели. Вместе с Марко Волчок, Жемчужниковым, Ап. Майковым, Салтыковым-Щедриным, Тургеневым, Чернышевским и выдающимся хирургом Пироговым, он подписал протест против антисемитских статей журнала «Иллюстрация»... Наиболее дорогими для него были Шекспир, Роберт Бернс и Вальтер Скотт, Дефо, Жорж Санд, а из отечественных — Рылеев, Пушкин, но особенно Гоголь и Лермонтов.

тов, а прежде всего Библия, при критическом отношении к церкви как учреждению («Главный узел московской старой внутренней политики — православие», — пишет он в «Дневнике»). Шевченко обнаружил незаурядное критическое мышление, музыкальный, художественный, театральный и литературный вкус.

Разнообразно художественное творчество Шевченко. Замечательны портреты Брюллова и Щепкина, серия рисунков «Причина о блудном сыне», иллюстрации к «Тарасу Бульбе», к биографии Александра Суворова и мн.др. В его дневнике есть даже ноты и запись: «Особенно в мазурках Шопена я никогда не наслушаюсь этих общеславянских сердечных, глубоко унылых песен». Слащавости ни в поэзии, ни в живописи Т. Г. не переносил. На его стихи писали музыку Мусоргский, Чайковский, Рахманинов. Ближайшими друзьями Шевченко были Щепкин² и Гулак-Артемовский³.

Попытки подверстать Шевченко под велиодержавные интересы не прекращались до настоящего времени. Советская власть очерняла на равных черносотенцев и либералов, последних за одобрение политики национальной автономии Франца-Иосифа. Ничего об антиимперском пафосе Шевченко у нас давно не слышали, а в передаче на «Свободе» на эту тему было отказано, т.к. «достоверность полученных данных не может быть проверена», вплоть до глупой фальсификации сведений о национальности в его паспорте и т.п.

Но лучше всего читать самого Шевченко, это грандиозная поэзия, переведенная на все языки. А памятники ему установлены в 35 странах. Правда, в Москве расположение памятника Шевченко так же бездарно, как Пушкину и Чехову.

Приводим отрывок из поэмы «Гайдамаки», запрещенные царской цензурой стихотворение-пролог к «Кобзарю» «Думы мои, думы мои», 52-й и 81-й псалмы Давидовы, хотя по-украински они звучат непереводимо музыкальнее. Шевченко не помещается в этот сухой пересказ его биографии. Тот, кто слышал «Гайдамаков» и «Катерину» по-украински, не может не поразиться непереводимо точно найденному соответству музыки речи и страшной обыденности повествования, доносящей из глубины веков контрасты нежности и жестокости, ужас перед сотворенным с интонацией бурных валов природной народной стихии, смягченной далеким воспоминанием кобзаря. Неповторим его голос в мировом поэтическом хоре и ощущима его теплота, которая проступает даже в рисунках, изображающих экзекуции.

² М. С. Щепкин — великий актер, реформатор русского театра, тоже крепостной до 34 лет, с которым Шевченко переписывался на украинском языке.

³ С. С. Гулак-Артемовский — создатель оперы «Запорожец за Дунаем», которого М. Глинка считал наиболее выдающимся оперным певцом своей эпохи.

ИЗ ПОЭМЫ «ГАЙДАМАКИ»

«...Испокон веков Украина
Не знала покоя,
По степям ее широким
Кровь текла рекою.
Текла, текла — пересохла.
Степи зеленеют.
Спят казаки, спят вояки, —
Курганы синеют.
Да кому о дедах вспомнить,
Поплакать над ними?
Не горька их доля внукам,

Не дорого имя.
Только ветер тихо-тихо
Повеет порою,
Только росы, будто слезы,
Окропят, омоют.
Солнце ласковое встанет,
Осушит, пригреет.
Что же внуки? Все равно им —
Панам жито сеют...»

(пер. А. Твардовского)

* * *

Думы мои, думы мои,
Горе, думы, с вами!
Что вы встали на бумаге
Хмурыми рядами?
Что вас ветер не развеял
Пылью на просторе?
Что вас ночью, как ребенка,
Не приспало горе?..

Ведь вас горе на свет на смех породило,
Поливали слезы... Что ж не затопили?
Не вынесли в море, не размыли в поле?..
Люди не спросили б, что болит в груди,
Почему, за что я проклинаю долю,
Почему томлюся... «Ничего, иди!» —
Не сказали б на смех...

Цветы мои, дети,
Зачем вас лелеял, зачем охранял?
Заплачет ли сердце одно на всем свете,
Как я с вами плакал?.. Может, угадал?..

Может, девичье найдется
Сердце, кари очи,
Что заплачут с вами, думы, —
Большего ли хочешь?
Лишь одна б слеза скатилась..
И — пан над панами!
Думы мои, думы мои,
Горе, думы, с вами!
Ради глаз девичьих карих,
Ради черной брови
Сердце билось и смеялось,
Выливалось в слове.
В слове этом возникали
И темные ночи,
И вишневый сад зеленый,
И ясные очи,
И поля, и те курганы,
Что на Украине..
Сердце млево, не хотело
Песен на чужбине.
На совет казачье войско,

Меж сугробов белых,
С бунчуками, с булавами
Сзывать не хотелось..
Пусть же там, на Украине,
Души их витают —
Там веселье, там просторы
От края до края...
Как та воля, что минула,
Днепр широкий — море,
Степь и степь, ревут пороги
И курганы — горы.
Там родилась, красовалась
Казацкая воля;
Там татарами и шляхтой
Засевала поле.
Засевала трупом поле
Воля, опочила,
Отдыхает... Ее давно
Приняла могила.
И над нею орел черный
Сторожем летает.
Кобзари о ней народу
Песни распевают,
Распевают про былое,
Убоги, незрячи,—
Им поется... А я... а я
Только горько плачу.
Только плачу об Украине,
А слов не хватает...
А про горе?.. Да чур горю,
Кто его не знает?
А кто пристально посмотрит
На людей душою,—
Ад ему на этом свете,
На том же...
Тоскою
Себе счастья не накличу,
Коль его не знаю;
Пускай злыдни живут три дня —
Я их закопаю.
Закопаю, пусть у сердца

Грусть змеей свернется,
Чтобы ворог мой не слышал,
Как горе смеется.
Дума пусть себе, как ворон,
Летает и крячет,
А сердечко соловейком
И поет и плачет.
Тихо — люди не увидят
И не посмеются...
Слез моих не утирайте,
Пусть ручьями льются,
Пусть они чужое поле
Моют дни и ночи,
Пока попы не засыплют
Чужим песком очи.
Так-то, так-то... Что же делать?
Тоска не поможет.
Кто ж сиротам завидует,
Карай того боже!

Думы мои, думы мои,
Цветы мои, дети!
Я растил вас, я берег вас,
Где ж вам быть на свете?
В край родной идите, дети,
К нам на Украину,
Под плетнями сиротами,
А я здесь уж сгину.
Там найдете сердце друга,
Оно не лукаво,
Чистую найдете правду,
А может, и славу...

Привечай же, мать-отчизна,
Моя Украина,
Моих деток неразумных,
Как родного сына!

Пер. А. Суркова

ПСАЛМЫ ДАВИДОВЫ

52

Речь свою ведет безумный,
Бога отрицая,
В беззаконье он скудеет,
Благости не зная,
А бог смотрит: есть ли еще
Взыскиющий бога?
Нет творящего святое,
Нет сердца святого!
Когда они, покрытые
Грехами, прозреют?
Едят людей вместо хлеба,
Веры не имеют.
Там боятся, пугаются,
Где бед и не будет.
Так самих себя боятся
Лукавые люди.
Кто ж пошлет нам спасение,
Вернет правду-долю?
Бог когда-нибудь поможет,
Разобьет неволю.
Восхвалим же тебя, боже,
Дыханием всяkim;
Возрадуется Израиль
И святой Иаков.

53

Боже, спаси, суди меня
Ты по своей воле.
Молюсь, господи, внуши им
Уст моих глаголы.
Топчет душу мою сила
Черная, чужая,
Не зрит бога над собою,
Что творит — не знает.
А господь мне помогает

И обороняет,
Людям злым взамен неправды
Правду возвращает.
Помолюсь тебе я, боже,
Сердцем одиноким
И взгляну на силу злую
Незлым моим оком.

81

Меж царями-судиями
На вече великому
Стал судьей земным владыкам
Небесный владыка:
«Доколь вам грабить и лукавить,
Доколе кровь вам проливать
Людей убогих? А богатым
Судом неправым помогать?
Вдове убогой помогите
И прогоните темноту
От сирых, тихих; сироту
Не осудите, защитите
От злобы жадных!» Не хотят
Прозреть, развеять тьму неволи, —
И всеу господа глаголы,
И всеу плачет вся земля.
Цари, рабы — все равные
Сыны перед богом;
Вы умрете, князь умрет ваш
И ваш раб убогий.
Встань же, боже, суди землю
И судей лукавых.
На всем свете твоя правда,
И воля, и слава.

Пер. Л. Вышеславского

В 1857 году друзья дважды заносят в его дневник («Журнал») стихотворение идеолога славянофилов А. Хомякова¹ «Кающаяся Россия».

КАЮЩАЯСЯ РОССИЯ

*Неуклони сердце твое в слова
лукавства непещевати о грешех твоих.*

Тебя призвал на брань святую,
Тебя господь наш полюбил,
Тебе дал силу роковую.
Да совершишь ты волю злую
Слепых, безумных, буйных сил.
Вставай, страна моя родная.
За братьев бог тебя зовет
Чрез волны гневного Дуная
Туда, где, землю огибая,
Шумят струи Эгейских вод.
Но помни, быть орудьем бога
Земным созданьям тяжело:
Своих рабов он судит строго,
А на тебе, увы, как много
Грехов ужасных налегло.

В судах черна неправдой черной;
И игом рабства клеймена,
Безбожной лести, лжи тлетворной,
И лени мертвой и позорной
И всякой мерзости полна!

И, недостойная избранья,
Ты избрана; скорей омой
Себя водою покаянья.
Да гром двойного наказанья
Не грянет над твоей главой.

С душой коленопреклоненной,
С главой, лежащею в пыли.
Молись молитвою смиренной
И раны совести растленной
Елеем плача исцели.

И встань потом, верна призванью
И бросься в пыл кровавых сеч.
Борись за братьев крепкой бранью
Держи сталь крепкой божьей дланью,
Рази мечом — то божий меч!

A. Хомяков

¹ А. С. Хомяков (1804 – 1860) — один из основателей славянофильства (раннего, христианского, а не светского), кандидат математических наук, участник Балканской войны 1828 – 29 гг., изобретатель ротационного двигателя, дальнобойного ружья и др., занимался практической медициной, оказал значительное влияние на Самарина, Аксаковых, Пушкина, Гоголя и др. Герцен назвал его «бретёром диалектики». «Истина не есть дело только ума, рационалистический склон западной мысли — повреждение духовной жизни, истина соборна».

ПЛАКАТ ДЛЯ ЗНЯТТЯ СТРЕСУ



ІНСТРУКЦІЯ ПО КОРИСТУВАННЮ:

- Плакат почепити на стінку.
- Товкти головою у вказане місце, доки не пройде стрес.
- Зберігати в сухому та прохолодному місці.
- Зберігати від дії прямого сонячного проміння.

РЕКОМЕНДОВАНО АСОЦІАЦІЮ ПСИХІАТРІВ УКРАЇНИ

Этот плакат распространяли задолго до событий в этом 2022 г. и до Крыма.

РЕКОМЕНДАЦИИ

Блаженный Августин. Об истинной религии. В 2-х т. СПб., 2022. (с включением «Исповеди»).

Шолем Гершон. Шабтай Цви: мессия — мистик 1626 – 1676 гг. В 2-х т. Изд. Касталия, 2022 г.

Дмитриев И. С. Остров концентрированного счастья. Судьба Фрэнсиса Бэкона. М., 2022.

Переписка С. Л. Франка и Л. Бинсвангера. (1934 – 1950). М., 2021.

Эмиль-Мишель Сиоран (Чоран). Горькие силлогизмы. М., 2022.

* * *

Энергия: трансформация силы, метаморфозы понятия. Ред. И. Калинин, Ю. Мурашов, С. Штретлин. М., 2022.

Линди Сьюзан. Разум в тумане войны. Наука и технология на полях сражений. М., 2022.

Аузан А. Культурные коды экономики. М., 2022.

Хэти Мэри Джо. Теории организации. М., 2022.

Ямбург Евгений. Трагический оптимизм. М., 2022.

* * *

Леви Эдмунд. Дело Бейлиса. М., 2022.

Киркебэк М. Шальбург патриот-предатель. СПб., 2022.

Гудков Лев. Возвратный тоталитаризм. В 2-х т. М., 2022.

Журнал «Дилетант», 2022, № 076, 077, 078.

* * *

Алексеева Л. М., Голдберг Пол. Поколение оттепели. М., 2022.

Алексеева Л. М. История инакомыслия в СССР. М., 2022.

Голдберг Пол. Заключительный акт. М., 2022.

Фюрекс Э. Оскорблённый взор. Политическое иконоборчество после Французской революции. М., 2022.

* * *

Шевченко Тарас. Сокровенные мысли. Русский дневник кобзаря. М., 2022

Дневник великой войны. Воспоминания, дневники, письма о Первой Мировой. Сост. Л. Бодрова, А. Евстигнеева, Н. Молотова. М., 2022.

Я знаю, что так писать нельзя. Феномен блокадного дневника. Сост. А. Ю. Павловский. СПб., 2022.

Герцык Аделаида. Жизнь на осыпающихся песках. М.-СПб., 2022.

Помни о нас... Люди с инвалидностью. Малоизвестные жертвы нацистского режима в оккупированных районах РСФСР. Ред. И. В. Реброва. СПб., 2022.

Шнеер Арон. Плен. Солдаты и офицеры Красной Армии в немецком плена. М., 2022.

Шнеер Арон. Плен. Особая война против евреев-военнопленных. М., 2022

* * *

Шуляковский В. Н. Музыка сфер. СПб., 2022.

Иванова Инга. Манга. Кацусика Хокусай. АРТ-образ, 2021.

Бабков В. Игра слов. Практики и идеологии художественного перевода. М., 2022.

* * *

Одиссея. В пересказе Сергея Носова. СПб., 2022.

Хомяков А. С. Полное собрание сочинений и писем в 12-ти томах. Т.1. СПб., 2021.

Павич Милорад. Мушка. М.-СПб., 2020.

ABSTRACTS

Qualification of depressive and anxiety syndromes

Yu. S. Savenko

The work introduces a new idea into the taxonomy of affective syndromes: melancholic and manic syndromes are considered as nuclear psychotic syndromes, as well as anxiety one, which is an intermediate, «transient, frozen transitional syndrome», which expresses the mutual transition of depressive and manic syndromes.

Keywords: taxonomy of affective syndromes, psychotic anxiety syndrome, psychotic level criteria for depressive syndromes.

Irritability, anger, dysphoria (psychopathological characteristics and diagnostic importance)

V. I. Krylov (St.-Petersburg)

A common feature of the phenomena of increased irritability, anger and dysphoria is the experience of discontent, dissatisfaction with others and the surrounding reality. The use of the term increased irritability is legitimate and justified in the qualification of violations of the neurotic and affective register. The affect of anger can be observed both in persons without mental disorders, and with disorders of the neurotic and psychotic level. Dysphoric affect, in contrast to the affect of anger, has a multicomponent psychopathological structure, including the affects of anger, melancholy and anxiety. Anger and dysphoric disorders can be observed both in provoked exogenous states

of the neurotic level, and in autochthonous states reaching the level of psychosis.

Keywords: irritability, anger, dysphoria, dysphoric reactions and states, angry attacks and angry states.

Rules on the rights of citizens who are in psychiatric hospitals, need correction

Yu. N. Argunova

Amendments are proposed to the Law of the Russian Federation «On psychiatric care and guarantees of the rights of citizens in its provision» and the Code of Administrative Procedure of the Russian Federation concerning the legal status of citizens in psychiatric hospitals.

Keywords: patient's rights.

Anniversary, which was not

S. B. Manyshev

The article discusses the validity of holding celebration of the anniversary of the Department of psychiatry, medical psychology and narcology of the Dagestan state medical University in 2019. The author, with links to archival documents, demonstrates that the date of creation of the department is set incorrectly, and biographical information about the chief and the first employees, replicated by the staff of the Department, is based on unreliable sources.

Keywords: history of the Dagestan state medical University, Mikhail Dobrokhotov, Vlaimir Glazov.

ИЗВИНЕНИЕ ПЕРЕД ЧИТАТЕЛЯМИ

Трудно передать огорчение, когда я обнаружил в некрологе Ларисы Степановны Лариной в НПЖ, 2022, 1 отсутствие второго из трех китов ее, достойного подражания, примера предосставлять возможность деятельности на базе Преображенской психиатрической больницы не только пятидесятикам и НПА России, но и лаборатории исследования сна Льва Павловича Латаша. Эта грубая оплошность возникла из-за не стертых первоначальных редакций текста, а не незнания, так как в ней тогда работала зам. главного редактора нашего журнала Любовь Николаевна Виноградова, а я зачитывал текст без этого случайного изъятия на православной панихиде от имени помянящих Л. С. сотрудников больницы.

Ю. С. Савенко

«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 шизофрении — 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 нейрофизиология — 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 — Шизофrenia — О реформе психиатрической помощи — “Обезврежный 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 — Диагностиц. 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 — Игromания — 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 — Игromания — Клези 2 — Душевнобольной в церкви и обществе — Права недееспособного пациента.
- 2012, II:** IX том Бумке — Шизофрения — Майер-Гросс — Резидуальная sch — Зоотерапия — Независимость эксперта.

- 2012, III:** А. Н. Бернштейн — Введение в общую психопатологию — Пространство и время — 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. — Слияние институтов.
- 2014, III:** Профил. направл. в отеч. пс. О доказат. медицине. Свобода воли в пс. Преодоление sch. шизофrenии. 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. эксл. 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? Отч. 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 — Цолликовские семинары. — Выготский. — Педофилия. — Дело Олеси Садовской. — Феномен воплощенного присутствия. — Границы психотерапии I. — Яковенко и революция.
- 2016, II:** Монография Шумского. — Анализ ошибок. — Бонхеффер. — Шаблон вместо индивидуализации и в СПЭ. — Границы психотерапии II. — Феномен страдания. — Филологич. аналогии. — Европ. Конгресс. — Внуков. — Полиграф.
- 2016, III:** Геноцид армян. — Крепелин о регистрах. — Диск. заметки о совр. психиатрии. — Можно ли исчерпать психопатологию? — Хронибология 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 НПДЖ — XV съезд НПА: Деят. в 2014 — 16 гг. — Теоретич. и филос. основы психиатрии. — Опыт изуч. Ясперса. — Кронфельд. — Уменьш. вменяемость в Беларусь. — ПТСР как опроверж. “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. — Шнейдер. — Роль священника и пс/тер. — Каган о пс/тер. II. — Конгресс ВПА.
- 2018, I:** Предмет суд.псих. — Три лица псих. — Курт Шнейдер. — 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. — Биопсихосоц. модель. — Теория слов. — Отн. к старости. — Рюмке. — Недобров.госпит. по иску прокурора. — Психол. помощь б-ным с религ.пережив.
- 2018, IV:** Воробьев. — Маслоу. — Профилактич.псих. — Психич.здравье. — 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.стечнения. — Право быть инаким. — Констор.чтения. — Оптимизация. — Котиков.
- 2019, II:** 100 лет экзистенциализма. — “Психология мировоззрений” Ясперса. — 15 лет оптимизации. — Конвейерный перевод в ПНИ. — “Молодой хроник”. — СПЭ “умствен. отсталости”. — Психиатрич.подгот. в ЕС (обзор). — Констор.чт. — Тиганов. — Евтушенко.
- 2019, III:** Эфроимсон. — К теории психиатрии. 1- Интердисциплинар. — Патокинез аф.опиоманов. — Федермессер о ПНИ. — Кризис пс. — Ист.пс. — Солдафонский стиль. — Пс/тер. Пьесы. — Либерман.
- 2019, IV:** Сеченов. — Шпет. — Педология. — С. Л. Рубинштейн. — К теории пс. 2. — Первичн.мед.пом. и пс. — Суицидология. — Оспаривание пс.д-за. — Европ.комитет против пыток. 1. — Обращ.к презид.о реформе ПНИ. — Рибо. — Бергсон. — Жанз. — Права не-деспос. — 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.деменции — Гендерная дисфория — Шаман — Гений места — Чрезвычайница — Переименов.sch — Воробьев — Мохнаткин
- 2020, III:** Конц. Крепелина и Кронфельда — К теории пс. 5 — Синдром двойников — Шаман — Лингв. эксп. Дело Дмитриева — Неомрачаемости при маниак. — Гений места 2 — Ист.отеч.псих. — Переименования в пс. — Интервью Воробьева — Восп. Пивеня — Ко-ронавирус 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 Беларусь — Блейлер — Восп. Пивеня 2 — WPA — 100 лет Моск. НИИП — Семинары НПА — Стихи Кестнера — Ю. Орлов — В. Шкловский
- 2021, I:** В. Б. Ковалев и борьба за Устав РОП — 30 лет НПЖ — Изнанка совр. псих. — К теории пс. 7 — COVID-19 и пс. — Деньги и власть — 2 — 1-ая совм. СПЭ — Шаман — Гений места — 3 — Термин sch — Блейлер — 2 — Безопасность или права чел. — Гумилев — Дудко — Мазина — А. Л. Шмилович
- 2021, II:** Андрей Сахаров — 1-ое частное пс. учр. — XVII съезд пс. России и игнорирование НПА — Конгр. WPA в СПб. — Краснов о МКБ-11 — Констор. чтения «Мифология болезни» — Термин «коморбидность» — Обуч. членов ОНК
- 2021, III:** Шмарьян — Татаренко — Семиотика пс. — Райх о сов. пс. — Феноменол. подход Бланкенбурга — О недобров. госпитализ. — Дело шамана — Констор. чт. — 2 — О лейкотомии — Дезинформация П. Морозова — О фантомных нозологиях — О патопсихол. иссл. — Пс. служба Приморья — Восп. ЮС-1 — Н. А. Корнетов — С. А. Ковалев
- 2021, IV:** Достоевский — Вильям Штерн — Сухарева — Разрушительность МКБ-11 — Лексикон пс. — К теории пс. 8 — Вред ТВ — Об эвтаназии — О деле «Пермского стрелка» — Л. Терновский — Восп. о Вартаняне — Рис. П. Белова — Стихи Коржавина — Букреева — Козырев

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