

ISSN 1028-8554

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

**НЕЗАВИСИМЫЙ
ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ**

**INDEPENDENT
PSYCHIATRIC
JOURNAL**

**ВЕСТНИК НПА
IPA HERALD**

III

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**

III

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 30.08.2022. Подписано в печать 22.09.2022. Формат 60×84 1/8.

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

Заказ № 2022-3-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

ОТКРЫТОЕ ЗАЯВЛЕНИЕ: БЕСЧЕЛОВЕЧНОЕ ОБРАЩЕНИЕ НЕ ДОЛЖНО ОСТАВАТЬСЯ БЕЗНАКАЗАННЫМ	5
ЮБИЛЕИ КЛАССИЧЕСКИХ РАБОТ И ИХ АВТОРОВ О МАССОВЫХ ДВИЖЕНИЯХ И МАССОВОМ ОБЩЕСТВЕ	
Габриэль Тард. Гюстав Лебон. Ортега-и-Гассет	7
ИЗ КЛАССИЧЕСКОГО НАСЛЕДИЯ	
Дмитрий Мережковский. «Грядущий хам» (1906)	13
Николай Бердяев. «Бунт и покорность в психологии масс» (1907)	16
«Черная анархия» (1909)	18
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ	
«Камо грядеши», отечественная психиатрия? — А. П. Коцюбинский, Д. А. Коцюбинский (Санкт-Петербург)	19
От Декарта, Гуссерля и Ясперса к прицелу электронного микроскопа — И. М. Беккер (Набережные Челны)	26
Итак, куда идет психиатрия — Ю. С. Савенко	28
КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ	
Случай корсаковского симптомокомплекса после странгуляции у хронического алкоголика — Е. И. Бурно	32
Шизофеноформный психоз алкогольной этиологии или шизофrenия? — А. А. Шмилович, С. Ю. Мощевитин	39
ПСИХИАТРИЯ И ПРАВО	
Как должны измениться условия ведения, учета и хранения меддокументации, если суд признает недобровольную госпитализацию незаконной? — Ю. Н. Аргунова	58
ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА	
Есть ли у нас политическая психиатрия? — Л. Н. Виноградова	63
ДОКУМЕНТЫ ВРЕМЕНИ	
Просим помочь! Письмо пациентов ПНД Москвы.	67
ОТКЛИКИ, ОБСУЖДЕНИЯ	
Отклик на интервью главного психиатра Москвы.	69
Опрос ЕПА относительно правила Голдуотера.	70
Из писем в редакцию (из г. Талица Свердловской области)	71
ИЗ ПРАКТИКИ	
Какова опасность суицида?	72
ВОСПОМИНАНИЯ	
К 60-летию моей профессиональной деятельности (ч. 5) — Ю. С. Савенко	74
ХРОНИКА	
И вновь политика возобладала над профессионализмом и гуманизмом	83
Отрадное событие для отечественной психоневрологии	84
Взаимодействие и взаимопонимание членов ОНК и руководства психиатрических стационаров — насущная проблема	85
В РПЦ упорядочат изгнание бесов	85
ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ТВОРЧЕСТВО	
Дон Кихот Дмитрия Мережковского	87
Дон Кихот Сальвадора Дали.	88
Преодоление депрессии	90
НЕКРОЛОГ	
Петр Викторович Морозов (1946 – 2022)	92
РЕКОМЕНДАЦИИ	95
АННОТАЦИИ	96

CONTENTS

OPEN STATEMENT: INHUMANE TREATMENT SHOULD NOT GO UNPUNISHED	5
ANNIVERSARIES OF CLASSICAL WORKS ABOUT MASS MOVEMENTS AND MASS SOCIETY AND THEIR AUTHORS	
Gabriel Tarde. Gustave Lebon. Ortega y Gasset	7
FROM THE CLASSICAL HERITAGE	
Dmitry Merezhkovsky. «The Coming Ham» (1906)	13
Nikolai Berdyaev. «Rebellion and Submission in the psychology of the masses» (1907)	16
«Black Anarchy» (1909)	18
URGENT PROBLEMS OF PSYCHIATRY	
«Quo vadis,» domestic psychiatry? — A. P. Kotsyubinsky, D. A. Kotsyubinsky (St. Petersburg)	19
From Descartes, Husserl and Jaspers to the sight of an electron microscope – I. M. Becker (Naberezhnye Chelny)	26
So, where is psychiatry going — Yu. S. Savenko	28
DISCUSSION OF A CLINICAL CASE	
The case of Korsakov's symptom complex after strangulation in a chronic alcoholic — E. I. Burno	32
Schizophreniform psychosis of alcoholic etiology or schizophrenia? — A. A. Shmilovich, S. Y. Moshevitin	39
PSYCHIATRY AND LAW	
How should the conditions for maintaining, recording and storing medical documentation change if the court finds involuntary hospitalization illegal? — Yu. N. Argunova	58
FROM THE EXPERT'S DOSSIER	
Do we have political psychiatry? — L. N. Vinogradova	63
DOCUMENTS OF THE EPOCH	
We ask for help! Letter from patients of the Moscow psychoneurological dispensary	67
RESPONSES, DISCUSSIONS	
Interview with the chief psychiatrist of Moscow	69
EPA survey regarding the Goldwater Rule	70
From letters to the editor (from Talitsa, Sverdlovsk region)	71
FROM PRACTICE	
What is the risk of suicide?	72
MEMORIES	
To the 60th anniversary of my professional activity (part 5) — Yu. S. Savenko.	74
CHRONICLE	
Once again, politics prevailed over professionalism and humanism	83
A welcome event for Russian psychoneurology	84
Interaction and mutual understanding of the members of the PMC and the management of psychiatric hospitals is an urgent problem	85
The Russian Orthodox Church will regulate the exorcism	85
PSYCHOPATHOLOGY AND CREATIVITY	
Dmitry Merezhkovsky's Don Quixote	87
Don Quixote by Salvador Dali	88
Overcoming Depression	90
OBITUARY	
Pyotr Viktorovich Morozov (1946 – 2022)	82
RECOMMENDATIONS	95
ABSTRACTS	96

Открытое заявление

Бесчеловечное обращение не должно оставаться безнаказанным

ПРЕАМБУЛА. ПОСЛЕДНЯЯ КАПЛЯ.

30 июня, согласно данным интернета и масс-медиа (*НГС, Forbes, «Коммерсант» и др.*), 54-летнего ученого-физика Дмитрия Колкера, зав. лабораторией квантовых оптических технологий Новосибирского госуниверситета, научного сотрудника Института лазерной физики Сибирского отделения РАН, «задержали» в новосибирской частной клинике «Авиценна», куда он поступил накануне: ученого была четвертая стадия рака поджелудочной железы. Ранее он перенес три полостных операции, сильно похудел, потеряв треть своего веса. В больнице он получал поддерживающее лечение после курса химиотерапии. Он не мог самостоятельно есть, «испытывал острые боли», «не всегда адекватно воспринимал окружающее» и принимал прописанные врачом сильнодействующие психотропные препараты «для снятия боли и стресса»...

Справку о транспортабельности заочно подписал посторонний врач, опираясь на подсказанный кем-то ложный диагноз рака простаты.

1 июля Советский районный суд Новосибирска по ходатайству следствия арестовал ученого, определив местом его содержания под стражей Московский следственный изолятор «Лефортово» до 29 августа. В тот же день Дмитрия Колкера конвоировали в Москву. Ученого подозревали по ст. 275 УК РФ «Государственная измена». Максимальное наказание по этой статье — 20 лет. Предположительно речь шла о передаче секретных данных спецслужбам Китая. Как писал сын ученого Максим Колкер, его отец читал лекции студентам во время международной конференции в Китае. Презентации Колкера перед каждой лекцией заверялись сотрудниками ФСБ.

2 июля родным физика пришла телеграмма из Московской ГКБ № 29 (куда его перевели из СИЗО «Лефортово»), где в 02:40 он скончался. Т.е. спустя 2 дня после ареста.

Уголовное дело в отношении Дмитрия Колкера подлежит прекращению в связи со смертью подозреваемого. Родные ученого имеют право настоять на продолжении следствия для реабилитации умершего. Близкие будут настаивать на разбирательстве в отношении силовиков, задержавших ученого, а также судьи, санкционировавшей его арест.

Итак, терминального больного с 4-ой стадией рака поджелудочной железы, находившегося на искусственном питании, по ходатайству следствия и постановлению суда арестовывают (постоянно используя нелепый в данном случае глагол «задерживают») с ложным диагнозом, полученным недобросовестным путем, для транспортировки из Новосибирска в Москву, конвоируют для содержания под стражей в СИЗО «Лефортово», откуда перебрасывают в ГКБ 29, где спустя двое суток после ареста нетранспортабельный больной, требовавший щадительного стационарного ухода, умирает, язвенным образом от бесчеловечного поведения следователя, судьи и всей последующей цепочки врачей и ФСИН-овцев. Это доведение до смерти «под гипнозом» не доказанного и вероятнее всего липового обвинения в «государственной измене».

**Открытое заявление
всем общественным и государственным организациям**

**Бесчеловечное обращение
не должно оставаться безнаказанным**

На основании данных общественных наблюдательных комиссий и конкретных прецедентных примеров Сергея Зуева и Дмитрия Колкера необходимо срочно принять необходимые меры, не забюрокрачивая их. В конце концов, это вопрос выживания и самой власти.

Необходима неприкосновенность для силовиков реанимационных отделений и особо тяжелых больных.

Пытки и пыточные условия в системе ФСИН давно превратились в сознательную технологию руководства конкретных учреждений. Спертый воздух в переполненных камерах без вентиляции и даже отказ устроить сквозняк — гнездилище толерантного к терапии «российского туберкулеза», которого боятся во всем мире. В таких условиях не содержится даже скот, жестокость запрещена на бумаге даже к животным.

Утвержденные Правительством РФ перечни заболеваний, препятствующих отбыванию наказания и содержанию под стражей, не стали ни реальностью, ни гарантией предотвращения бесчеловечного обращения с тяжело больными. Необходима полная реорганизация системы следствия, прокуратуры, суда и наказания в отношении тяжело больных — это первоочередная задача государственного уровня, а не узко ведомственной тюремной медицины. Так ееставил первый министр здравоохранения постсоветской России, акад. АН и АМН РФ, выдающийся гематолог Андрей Иванович Воробьев. Она решает широкий круг общезначимых проблем.

Независимая психиатрическая ассоциация России

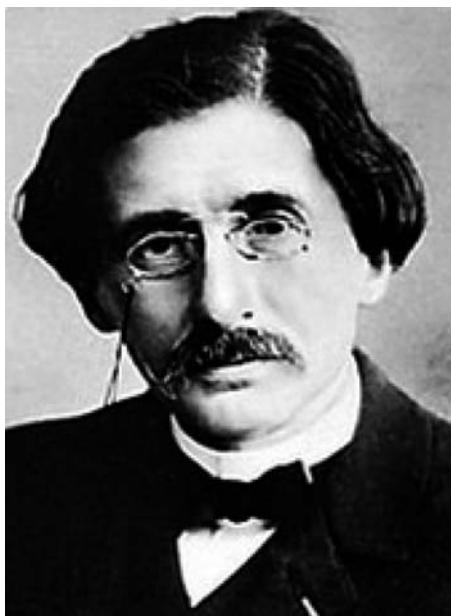
P. S. Просьба к руководству научных медицинских профессиональных обществ присоединиться к этому заявлению.

ЮБИЛЕЙ КЛАССИЧЕСКИХ РАБОТ И ИХ АВТОРОВ О МАССОВЫХ ДВИЖЕНИЯХ И МАССОВОМ ОБЩЕСТВЕ

«Манипулирование сознанием» проще и легче всего осуществляется с помощью тотальной идеологии, религиозной и государственной. И всегда тем эффективнее, чем с большим числом людей имеет дело посредством современных средств коммуникации. Речь о макро- или микро-социальных масштабах, между которыми большое число различных градаций процессов, которые не тождественны друг другу. Классики и зачинатели изучения массовых движений — это Лебон и Тард, а спустя полстолетия — Ясперс и Ортега-и-Гассет. Работы этих четырех авторов не потеряли своей актуальности и необходимости знакомства с ними. Не случайно они переиздаются в наше время. Они помогают понять то, что до сих пор ошеломляет: как ведет себя «молчаливое»¹, «послушно-агрессивное»² большинство в ситуациях, гомологичных пресловутому «стокгольмскому синдрому», как в масштабах одного автобуса, так и в масштабах громадной страны, как грандиозно меняется поведение рядового человека в толпе в стрессовых ситуациях, насколько он обезличивается, насколько его поведение сводится к примитивным реакциям: панике, рабской покорности или бешенству. Эти три типа отношения к носителям власти проступают и в обычной общественной жизни, в множестве оттенков пофигизма и конформизма, активного коллаборационизма или неиссякаемого сопротивления. В этом вечном движении, изменениях, метаморфозах до своей противоположности проходит жизнь каждого из нас.

В исследование «психических эпидемий» внесли вклад отечественные психиатры — В. М. Бехтерев на примере холерных бунтов с линчеванием врачей в конце XIX века, а в 20-е годы Н. П. Бруханский и Г. Я. Трошин, высланный на «философском пароходе» из страны 100 лет назад.

Габриэль Тард (Tarde, 1843 – 1904)



Философ, социолог и криминолог. Получил юридическое образование, работал следователем

и судьей, приобрел известность благодаря серии теоретических работ по криминологии. Возглавлял статистическую службу в Министерстве юстиции, затем, в 1900 – 1904, был профессором Коллеж де Франс. Член Академии моральных и политических наук (с 1900).

В ранних работах по криминологии («Сравнительная криминология», 1886; «Философия наказания», 1890; «Очерки по уголовным и социальным вопросам», 1891) выступал против биологизаторских тенденций в криминологии (теории Ч. Ломброзо, Р. Вормса и др.), утверждая, что криминология должна разрабатывать собственные научные основания, а не заимствовать их из естественных наук. Среди его работ также «Экономическая психология», «Реформа политической экономии», «Этюды социальной психологии» (1858), «Сущность искусства» и др.

В работах «Законы подражания», 1890; «Преступная толпа», «Трансформации власти», 1894; «Социальная логика», 1895, «Социальные законы», 1898 и «Общественное мнение и толпа», 1901 Т. создал собственную социологическую теорию, опирающуюся на **два ключевых понятия** — «подражание» (*imitation*) и «нововведение» или «изобретение» (*invention*).

¹ Выражение «молчаливое большинство» ввел в оборот Ричард Никсон в отношении тех, кто не одобрял шумные протесты 1968 г. (Р. Вайнер «Долгий “68-й”». М., 2020, с. 447 – 8).

² Выражение «послушно-агрессивное» большинство принадлежит Юрию Афанасьеву в отношении просоветски настроенного думского большинства.

tion). Под процессом подражания понимается элементарное копирование и повторение одни-ми людьми поведения других. Процессы копиро-вания и повторения касаются существующих практик, верований, установок и т. д., которые воспроизводятся из поколения в поколение бла-годаря подражанию. Этот процесс способствует сохранению целостности общества. Основной за-кон, по Т., — это закон повторения, формами проявления которого выступают: волнообразное движение в неорганической природе, наследст-венность в органическом мире и подражание в обществе. Эволюция обусловлена тем, что по-вторяющиеся ряды накладываются друг на дру-га, вызывая тем самым отклонения от изначаль-ных форм и их модификации. Сущность всякого общества заключается в устойчивости, порож-даемой подражанием. Общество в конечном сче-те — это взаимосвязь между отдельными человеческими разумами, которая осуществляется с по-мощью механизмов подражания.

Социальные феномены, по Т., обусловлены главным образом индивидуальными инновация-ми, распространяемыми благодаря такому фун-даментальному фактору человеческой жизни, как изобретения. Изобретение, с одной стороны, всегда носит индивидуальный характер, с дру-гой — является воспроизведением и новым соче-танием предсуществующих компонентов. Ори-гинальные идеи появляются постоянно и в зна-чительном количестве, но лишь очень немногие из них (из-за их наилучшей адаптации к сущест-вующему порядку вещей либо в силу авторитета их создателя) воспринимаются другими индивиду-дами и превращаются в устойчивый коллекти-венный феномен. Подражание подхватывает то, что первоначально было лишь отклонением. Таким

образом, социология для Т. — это особого рода психология процесса взаимосвязи подражания и изобретения. Психологизм Т. в области социо-логии подвергался острой критике со стороны Э. Дюркгейма.

В противоположность теориям Дюркгейма, где центральная роль всегда отводилась общест-ву, которое формирует человека, Тард сконцен-трировал своё внимание на изучении взаимодей-ствия людей (индивидуальных сознаний), про-дуктом которого выступает общество. Сделав основной акцент на изучении индивидов, он ак-тивно выступал за создание социальной психо-логии как науки, которая должна стать фунда-ментом социологии. Полемизируя с Г. Лебоном, Тард выступал против описания современной ему действительности как «**века толпы**». С его точки зрения, XIX век — это, скорее, «**век пуб-лики**». Противопоставляя эти два понятия, Тард подчеркивал необходимость тесного физи-ческого контакта между людьми в случае, когда речь идет о толпе, и достаточность умственных связей для возникновения публики. Такое духов-ное единство понималось ученым как общность мнений, интеллектуальная общность. Огромную роль в становлении «общества публики» играют СМИ, которые формируют в людях общность мнений вне зависимости от их месторасположе-ния.

Многие книги Тарда сразу же переводились на русский язык и оказали сильное влияние на П. Л. Лаврова, Н. К. Михайловского и др. Тард стал основателем таких направлений социоло-гии как теория массовой культуры и анализ об-щественного мнения. (М. М. Федорова и др.///«Фи-лософы Франции. М., 2008)

Гюстав Лебон (Le Bon, 1841 – 1931)



Философ, психолог, социолог, антрополог, один из основателей социальной психологии. По первоначальному образованию врач-инфекционист.

На основании своих путешествий по Европе, Северной Африке и Азии в 1860 – 80-х годах в ряде книг — «История арабской цивилизации» (1884) и «История цивилизации Индии» (1887), «Психология народов» (1894), **«Психология толпы» (1895)**, «Психология воспитания» (1902), «Психология социализма» (1908), «Пси-хология революций» (1912) Лебон развивал мысль об особой значимости психологического фактора в познании жизни людей, поскольку считал социальную психологию движущей силой истории. Согласно Л., расовые (национальные) различия между народами дополняются их на-следственными психологическими различиями. Любой народ имеет свою невидимую душу, кото-рая проявляется в его жизни, общественных ин-ститутах, творчестве. Эти различия обуславлива-

ют различия в воззрениях народов и ведут к конфликтам между ними.

Лебон одним из первых попытался теоретически обосновать наступление «эры масс» и связать с этим общий упадок культуры. Он полагал, что в силу волевой неразвитости и низкого интеллектуального уровня больших масс людей ими правят бессознательные инстинкты, особенно тогда, когда человек оказывается в толпе. Здесь происходит снижение уровня интеллекта, падает ответственность, самостоятельность, критичность, исчезает личность как таковая.

Основное внимание Л. уделял толпе, которую рассматривал как скопление, совокупность людей, образующих своего рода единое существо, и разделял на два типа: разнородную (уличная толпа) и однородную (класс). Отличительные особенности толпы он видел, во-первых, в том, что сознательная личность в ней исчезает, либо становится безвольным автоматом, подчиняется произвольным импульсам, действует аффективно. Во-вторых, в толпе всякое чувство, всякое действие заразительно (распространяется подобно вирусу), и притом настолько, что индивид легко приносит в жертву свои личные интересы. В результате образуется, правда лишь на некоторое время, коллективная душа, заставляющая всех входящих в толпу людей чувствовать, думать и действовать совершенно иначе, чем это делал бы каждый из них в отдельности. В-третьих, в толпе у индивидов усиливается восприимчивость к внушению, что является важным отличительным свойством их психологии. Характеризуя толпу как психологически зараженную массу людей, Л. утверждал, что такая масса инстинктивно стремится к подчинению авторитету вождя. Вождям и их идеям он приписывал непредолимпную силу, которая, позволяя им господствовать над толпой, парализует все критические, способности индивидов и наполняет их души почтением — чувством, подобным гипнотическому ослеплению.

Л. считал, что эпоха конца XIX начала XX в. знаменует собой «эру толпы» — могущества массы, разрушительное значение которой как единственной силы общественного процесса все возрастает. Относясь враждебно к массе как толпе, Л. полагал, что именно толпа ответственна за распад общества, гибель цивилизации, так как ведет к революциям и социализму. По Л., идеи равенства противоречат природе человека, они несовместимы с подлинной демократией и свободой, а потому он призывал бороться с коллектилистскими, социалистическими идеями масс.

Учение Л. оказало значительное влияние на последующее развитие социальной философии и психологии. Его социально-психологическая характеристика феномена толпы до сих пор сохраняет научную значимость и широко используется при исследовании психологии и поведения масс. В ряде поздних работ, «Эволюция сил» (1907), «Эволюция материи» (1912), развил идеи, близкие к энергетизму. (В. С. Грехнев и др.)

Очертим структуру монографии «Психология масс» (1895). В *Предисловии* Лебон пишет: «Главной характерной чертой нашей эпохи служит замена сознательной деятельности индивидов бессознательной деятельностью толпы... Управляют людьми идеи, чувства, нравы, то, что мыносим в себе. Учреждения и законы являются лишь выражением нашей души, наших нужд... Но фиктивные формы для нас гораздо важнее нежели реальные, т.к. мы видим только их...». Во *Введении* — «Эра толпы» — говорится, что падение империй связано не с политическими изменениями, не с нашествиями, а изменениями в идеях, понятиях и верованиях. Видимые крупные исторические события являются лишь следствием невидимых перемен в наших идеях... Наука обещала нам истину или, по крайней мере, знания, но никогда не обещала нам ни мира, ни счастья. Совершенно равнодушная к нашим чувствам, она не возвращает тех иллюзий, которые развеяла. Все указывает на быстрый рост могущества масс..., в которых сильна власть внущенных идей. Толпами нельзя руководить теоретической справедливостью. Поэтому налоги должны быть незаметными, косвенными... Истинные пружины истории составляют нравственные силы. Далее следует три отдела. Душа толпы, Мнения и верования толпы, и Классификация и описание толпы различных категорий. Душа толпы выражена тем слабее, чем сильнее душа расы, которая отражает состояние цивилизации. Помимо разнородной толпы — анонимной (уличной) и неанонимной (все совещательные собрания, напр., присяжные и уголовные суды, избиратели, парламентские собрания), Лебон выделяет однородную толпу: секты (политические, религиозные и др.), касты (военные, духовенство, рабочие и др.) и классы (буржуазия, крестьянство и др.). Мы видим, что широкое понятие «толпы» у Лебона включает различные по форме и масштабу социальные группы, отличные от индивидуума.

«Толпа также легко становится героичной, как и преступной. Она импульсивна, изменчива, раздражительна, и никогда не поступает преднамеренно. Она податлива внушениям и легковерна. Единогласность показаний многочисленных свидетелей менее всего годится для подтверждения какого-либо факта. Толпе свойственна преувеличенность и односторонность чувств. Она нетерпима. Временное проявление революционных инстинктов не мешает ей быть глубоко консервативной. Она редко руководствуется личными интересами. Но инстинкты разрушительной свирепости — остатки первобытных времен, дремлют в каждом из нас. Толпа особенно восприимчива к чудесному. Для толпы надо быть Богом, героем или ничем. Толпа нуждается в религии». Ссылаясь на Достоевского, Лебон говорит о религиозных формах атеизма и, восхищаясь Ипполитом Тэном, критикует его за изучение революций по примеру натуралиста, для которого не существует нравственного чувства. Не короли создавали Варфоломеевскую ночь, рели-

гиозные войны, и не Робеспьер, Дантон или Сен-Жюст создали террор. Это делала толпа. Именно толпа является самой стойкой хранительницей традиций, особенно касты. Самые бурные возмущения ведут лишь к перемене слов. Разрушение церквей, казни и изгнания священников в эпоху революций, спустя всего несколько лет сменялись восстановлением католического культа, вследствие общих требований. Герберт Спенсер доказал, что образование не делает человека ни более нравственным, ни более счастливым. Во Франции, Китае, Индии армии безработных учителей и ученых стали настоящим бедствием — образование привело к снижению нравственности. Рассудок, опыт, инициатива и характер — вот условия успеха в жизни, книги же этого не дают. Влияние слов могущественно, но со временем они ветшают и изменяются, и у разных народов в разные времена одни и те же слова, например, «свобода», «отечество», «демократия». У латинян слово «демократия» — это устранение воли и индивидуальной инициативы и преобладание государства с его централизацией, монополизацией и фабрикацией всего, тогда как у англо-саксов в Америке, наоборот, самое широкое развитие воли и индивида и насколько возможно большее устранение государства.

Толпа всегда предполагает иллюзию истины. Иллюзии ей необходимы. На толпу невозможно влиять рассуждениями, — ей доступны только грубые ассоциации идей, образов и чувств. Надо ознакомиться, что ее воодушевляет, притворяться, что это разделяешь, и увести в сторону, постоянно угадывая настроение толпы и соответственно меняя свою речь. — Никаких заготовок!

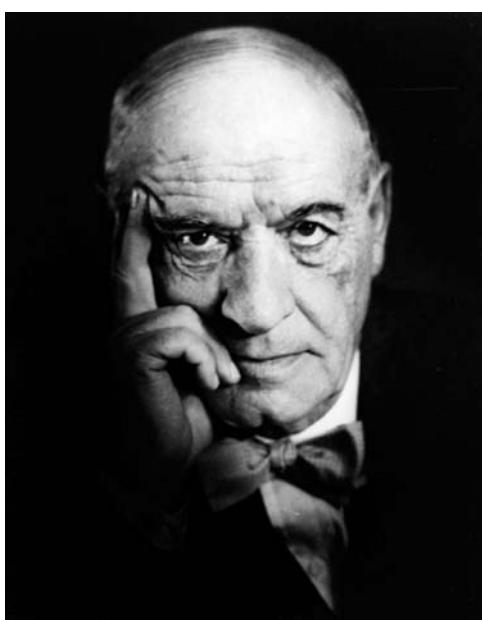
Главное качество великих вожаков толпы — обаяние, его грандиозную роль дает пример Наполеона... убежденные люди обладают совершенно иной силой, нежели отрицатели, критики и равнодушные. Если что-нибудь в состоянии отсрочить час окончательного разрушения, то это возрасташее равнодушие толпы ко всякому общему верованию.

В парламентской толпе наблюдается большинство черт, общих разнородной неанонимной толпе, могущество вожаков абсолютно за счет высокой внушаемости этой толпы, но здесь имеются четкие границы.

Герберт Спенсер указал, что увеличение кажущейся свободы должно сопровождаться уменьшением истинной свободы, и что это осуществляется в форме увеличения числа чиновников, власть которых не зависит от перемен правления. Эта административная каста отличается безответственностью, безличностью и беспрерывностью. И это самый тяжелый вид деспотизма. Жертвы иллюзии, что умножая законы, они лучше обеспечивают равенство и свободу, народы ежедневно налагают на себя самые тяжелые оковы.

Толпа становится народом, и этот народ уже может выйти из состояния варварства лишь тогда, когда после долгих усилий, постоянной борьбы и бесчисленных начинаний он приобретает идеал. Природа этого идеала имеет мало значения... Переход от варварства к цивилизации в погоне за мечтой, затем — постепенное ослабление и умирание, как только мечта эта будет потеряна, — вот в чем заключается цикл жизни каждого народа.

Ортега-и-Гассет (Ortega y Gasset, 1883 – 1955)



Крупнейший испанский философ, которого Альбер Камю назвал «самым великим европейским писателем после Ницше». Защитив докторскую диссертацию, уехал в Германию, учился у Г. Когена и П. Наторпа, но от Марбургской школы неокантианства развивался в сторону «философии жизни» и феноменологии Гуссерля. Создал учение о «жизненном разуме», перекликающееся с «жизненным миром» Гуссерля. Основные положения его философии сложились еще в «Размышлениях о „Дон Кихоте“» (1914). Четверть века профессор Мадридского университета, активный либеральный депутат кортесов, в оппозиции франкистскому режиму основал в 1948 г. Институт гуманитарных наук — единственное светское учреждение в Испании. Внес вклад в философскую антропологию, философию техники, философию культуры, эстетику, философию истории, историю науки («Вокруг Галилея», 1933) и анализ фундаментального кризиса — «Дегуманизация искусства» в 1925 г.

и «Восстание масс» в 1930 г. Год спустя вышла «Духовная ситуация времени» Карла Ясперса³.

«...Ортега разграничивает рефлексивный и дорефлексивный уровни жизни, которые получают у него наименования «идей» и «верований». Человеческое существование изначально практически, мы «считаемся» с миром до всяких «идей», мы разомкнуты на него в «верованиях». За всякой системой идей, теорией скрывается система верований, самоочевидных «предрассудков». Никакое методологическое сомнение не может отменить верований, без которых нет самого человека. Верования оказываются под сомнением, когда сотрясается сама жизненная почва, когда человек теряет ориентацию в мире и пребывает в экзистенциальном отчаянии. К помощи идеи человек прибегает именно в целях восстановления безопасности и уверенности, гармоничного равновесия с миром. В верованиях человек живет «по истине», в сомнении у него появляется идея истины как чего-то требующего усилий для достижения. Найденная такими усилиями мысления идея-истина со временем становится верованием. Философия и наука возникли именно потому, что была разрушена традиция, рухнули прежние коллективные верования — философия начинается с «кораблекрушения» и попытка выплыть из «моря сомнений». Философия имеет свое начало, но вполне возможен и конец такого способа поиска истины.

Учение об идеях и верованиях лежит в основании философии истории Ортеги. Системы верований коллективны, каждая эпоха характеризуется господством какого-то базисного верования. Исторический кризис происходит вместе с крушением такой системы координат. Человек остается без точки опоры, без твердых убеждений — он теряется в мире. Кризисные периоды насыщены поисками идей-ориентиров: множатся философские доктрины, религиозные ереси и sectы. Старая культура уже не вызывает доверия, она непонятна массе — на сцену истории выходят варвары, которые вторгаются не извне, но порождаются самой культурой. Она стала ритуализированной, излишне специализированной, фарисейской — боги умирают, а человек оказывается отчужденным от тех смыслов, которые веками несли культурные образцы.

В работе «Вокруг Галилея» (1933) Ортега подробно рассматривает «кризис Возрождения», который завершился вместе с появлением «геометрического разума» картезианской метафизики и физики. Новый способ мышления заявляет о себе и в научных трактатах, и в полемических со-

чинениях просветителей, и в классицизме, и в парках Версала, и в отрицающей всякое «неразумие» дисциплине, и в расчетливости законо-послушных буржуа, и в революционных декларациях прав и свобод. В 19 в. рассудочная цивилизация одерживает победу за победой, но в первой трети 20 в. кризис охватывает все области культуры — от искусства до политики и экономики. Этому кризису Ортега посвятил целый ряд работ — «Дегуманизация искусства» (1925), «Восстание масс» и др. В собственном учении о «жизненном или историческом разуме» он видел путь преодоления того кризиса, который возник в результате крушения «геометрического разума», т.е. классического рационализма и сциентизма... Из вышедших посмертно работ наибольшее значение имел набросок теоретической социологии («Человек и люди»), в котором им была развита теория обычая как базисного элемента социальной жизни. Ортега был одним из основоположников теории **массового общества**» (А. М. Руткевич, НФЭ, 3 т., 2001).

«ВОССТАНИЕ МАСС» (1930; рус. пер. 1997) — работа Х. Ортеги-и-Гассета, в которой так именуется кризис европейских народов и культур. Соединение либеральной демократии («высшей из доныне известных форм общественной жизни») и технического прогресса к 20 в. обеспечило высокий уровень европейской жизни. Жизнь перестала быть непрерывным преодолением трудностей, стала комфортной. В итоге резко увеличилось население Европы, на арену истории вышли массы людей, которых научили пользоваться современной техникой, но не привнесли к пониманию исторических задач и принципов цивилизаций.

Для Ортеги любое общество делится на две части: «избранное меньшинство» — те, кто ориентирует свою жизнь на служение высоким этическим ценностям, кого отличают требовательность, взыскательность к себе, постоянное самосовершенствование, кто подчиняет свою жизнь нормам, лежащим в основе культуры; и руководимая **этим** меньшинством масса. Однако в новых условиях возникает особый представитель массы, которого Ортега называет «человеком-массой». Усвоив, как пользоваться **последними** новинками техники, и считая технический прогресс гарантированным, этот массовый человек не хочет знать принципов, на которых строится цивилизация. У «человека-массы» редкостная неблагодарность ко всему, что сделало возможным его существование; его отличает чувство вседозволенности и признание лишь собственного авторитета, самоудовлетворенность и непокорность. В него заложена некоторая сумма идей, в результате чего у него есть

³ Этому мы посвятили предыдущий выпуск журнала.

«мнение», он этим удовлетворен, доволен собой и не намерен считаться ни с кем, кроме себя. Наличие «мнения» у «человека-массы» для Ортеги не служит признаком культуры, т.к. оно не опирается ни на ее принципы, ни на дисциплину интеллекта.

Это — «новый тип человека, характерный для любого общественного класса». Однако наиболее типичного его представителя он находит среди технических специалистов, ученых-экспериментаторов, этих «аристократов времен буржуазии». Развитие науки требует эксперимента и всей большей специализации, в результате чего технический специалист теряет способность к интерпретации бытия как целого. Поскольку в экспериментальной науке много механических операций, она делается руками людей заурядных, знающих одну область своей науки. Это — «невежественный ученый», который, однако, по отношению к тому, чего он не знает, будет вести себя с уверенностью человека знающего, диктовать свое мнение в областях, где он не является специалистом. Образ такого интеллектуала для Ортеги и есть символ торжествующего «человека-массы».

Ортега ставит вопрос о соотношении в этих условиях государства и общества. Он отмечает, что могущественный класс буржуазии создал мощную государственную машину, которая пронизала все общественное тело, в т.ч. такие области жизни, в которые государство проникать не должно, о которых заботится само общество. Но «человек-масса» хочет, чтобы государство гарантировало ему жизнь и охраняло его спокойствие; при любых социальных конфликтах он требует от государства их решения. В итоге государство начинает вмешиваться в такие области жизни общества, куда раньше оно не входило. Оно начинает давить непосредственные, творческие, спонтанные проявления человека. Ортега предполагает, что результатом этого может стать ситуация, когда общество вынуждено будет жить для государства, человек — для государственной машины, что приведет к милитаризации общества, откуда дорога к **фашизму, который Ортега называет «типичной доктриной массового человека»**. Поэтому он настаивает на необходимости развести полномочия государства и общества.

Европеец 1930-х гг. еще ощущал в себе жизненное могущество. Именно поэтому Ортега не считал возможным говорить о закате Европы.

Он ожидал, что европейские государства образуют Соединенные Штаты Европы. (А. Б. Зыкова, НФЭ, 2 т., 2000).

Но уже спустя три года, 30 января 1933 г., в Германии к власти легально, к радости масс, пришел Гитлер. А 10 мая 1933 г. на Опернплац в Берлине состоялось позорное историческое событие — зловещая, театрализованная, с факельным шествием церемония сожжения неугодных книг — Карла Маркса и Карла Каутского, Генриха Манна и Эриха Кестнера, Э. М. Ремарка и Л. Фейхтвангера и мн. мн. др. Кульминацией была речь Геббельса с проклятиями по адресу «еврейского интеллектуализма». В тот же день аналогичные аутодафе состоялись во многих университетских городах Германии. Наряду с невежественной фанатизированной молодежью в сожжении книг приняла участие профессура. В частности, самый популярный и художественно одаренный философ Мартин Хайдеггер⁴, ученик Гуссерля и друг Ясперса, предавший обоих. Вступая в должность ректора Фрайбургского университета 27 мая 1933 г., в противоречии с прежним пренебрежительным отношением к «man», Хайдеггер превозносил «прорыв» в мир «das Man» — безличной массы, поглощенной повседневным существованием. В боевом листке национал-социалистов Верхнего Бадена он писал: «Немецкая действительность должна быть полностью изменена национал-социалистическим государством, вследствие чего весь наш прежний способ понимать и мыслить сменится другим». В семинарах 1933 – 35 гг. Хайдеггер полностью посвятил себя задаче внедрения в души своих слушателей гештальта Адольфа Гитлера⁵.

В 1947 г. в «Письме о гуманизме», полемизируя с сартровским: «экзистенциализм — это гуманизм», Хайдеггер отказывается от стержневой идеи собственной философии эпохи «Бытия и времени»: человеческая свобода — это непрерывная борьба с трясиной, засасывающей ее фактичностью, судьбой. Теперь это «прислушивание» к бытию и «послушание» судьбе бытия. Тем самым «снимается» или, как теперь говорят, «обнуляется» вся этическая проблематика, проблема человеческой вины и виновности вообще⁶.

⁴ И. М. Фрадкин // История немецкой литературы, т. 5. М., 1976.

⁵ Ральф Дарендорф. «Соблазны несвободы. Интеллектуалы во времена испытаний» (2008, русск. пер. 2021).

⁶ Ю. Н. Давыдов // История литературы ФРГ. М., 1980.

ИЗ КЛАССИЧЕСКОГО НАСЛЕДИЯ

Дмитрий Сергеевич Мережковский (1865 – 1941)



Выдающийся писатель, создатель жанра историософского романа, 10 раз номинировался на Нобелевскую премию, крупный религиозный мыслитель, критик прогосударственной церкви, обличитель антисемитизма, в частности В. В. Розанова в деле Бейлиса. Перенес три психических кризиса, во время первого обратился из марксизма в православие, во время второго И. П. Мережевский констатировал «нервное истощение». В Википедии помещена превосходная статья о

Мережковском, включая даже его характерологию и тактику с диктаторами. Автор многих крылатых выражений — названия его критических статей в частности, «Грядущий хам» (1906). Это бездуховная мещанская цивилизация, спаси от которой может только «новое религиозное сознание». После 9 января 1905 года для Мережковского «самодержавие — от Антихриста». Он составил «Воззвание к церкви» — «да произнесет она безбоязненно перед лицом всей России свой суд над самодержавием, как над врагом Церкви и народа».

Грядущий хам (1906)

«Мещанство победит и должно победить» — пишет Герцен в 1864 году в статье «Концы и начало». «Да, любезный друг, пора прийти к спокойному и смиренному сознанию, что мещанство — окончательная форма западной цивилизации».

Трудно заподозрить Герцена в нелюбви к Европе. Ведь это именно одни из тех русских лю-

дей, у которых, по выражению Достоевского, «две Родины: наша Русь и Европа». Может быть, он сам не знал, кого любит больше — Россию или Европу. Подобно другу своему Бакунину, он был убежден, что последнее освобождение есть дело не какого-либо одного народа, а всех народов вместе, всего человечества, и что народ может освободиться окончательно, только отрекаясь от

Д. С. Мережковский

своей национальной обособленности и входя в круг всечеловеческой жизни. «Всечеловечество», которое у Пушкина было эстетическим созерцанием, у Герценя, первого из русских людей становится жизненным действием, подвигом...

В подтверждение своих мыслей о неминуемой победе мещанства в Европе Герцен ссылается на одного из благороднейших представителей европейской культуры, на одного из ее «рыцарей без страха и упрека», на Дж. Ст. Милля.

«Мещанство, — говорит Герцен эта та самодержавная толпа сплоченной посредственности (*conglomerated mediocrity*) Дж. Ст. Милля, которая всем владеет, — толпа без невежества, но и без образования... Милль видит, что все около него пошлеет, мельчат; с отчаянием смотрит на подавляющие массы какой-то паюсной икры, сжатой из мириад мещанской мелкоты... Он во все не преувеличивал, говоря о суживании ума, энергии, о стертости личности, о постоянном мельчании жизни, о постоянном исключении из нее общечеловеских интересов, о сведении ее на интересы торговой конторы и мещанского благосостояния. Милль прямо говорит, что по этому пути Англия сделается Китаем, — мы к этому прибавим: и не одна Англия»...

По следам «азиатских народов, вышедших из истории», вся Европа «тихим, невозмущаемым шагом» идет к этой последней тишине благополучного муравейника, к «мещанской кристаллизации» — китаизации.

Герцен соглашается с Миллем: «Если в Европе не произойдет какой-нибудь неожиданный переворот, который возродит человеческую личность и даст ей силу победить мещанство, то, несмотря на свои благородные антецеденты и свое христианство, Европа сделается Китаем»...

Причины мещанства Герцен и Милль не могли видеть, как человек не может видеть лицо свое без зеркала. То, чем они страдают и чего боятся в других, находится не только в других, но и в них самих, в последних непереступаемых и даже невидимых для них пределах их собственного религиозного, вернее, антирелигиозного сознания.

Последний предел всей современной европейской культуры — позитивизм, или, по терминологии Герцена, «научный реализм», как метод не только частного научного, но и общего философского и даже религиозного мышления. Родившись в науке и философии, позитивизм вырос из научного и философского сознания в бессознательную религию, которая стремится упразднить и заменить собою все бывшие религии...

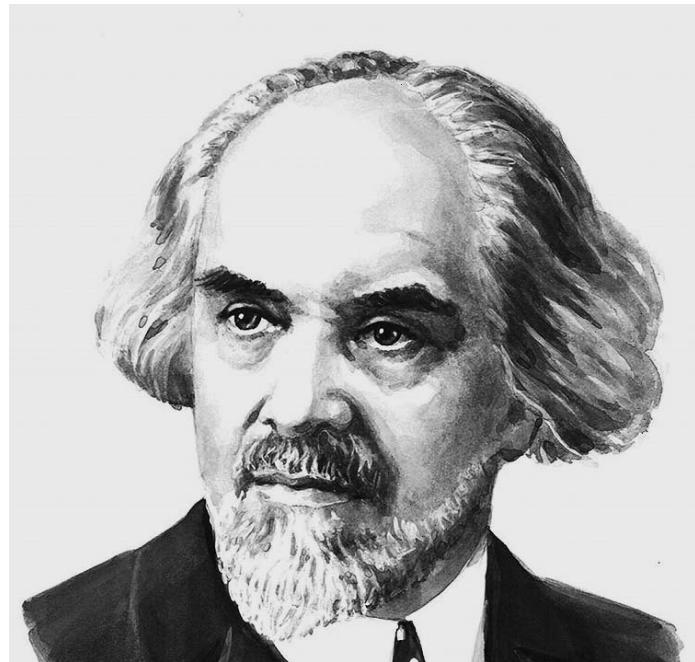
Величайшая империя земли и есть Небесная империя, земное небо. Серединное царство — царство вечной середины, вечной посредственности, абсолютного мещанства — «царство не Божие, а человеческое», как определяет опять-таки Герцен общественный идеал позитивизма. Китайскому поклонению предкам, золотому веку в прошлом соответствует европейское поклонение потомкам золотого века в будущем. Ежели не мы, то потомки наши увидят рай земной, земное небо — утверждает религия прогресса. И в преклонение предкам, и в поклонение потомкам одинаково приносится в жертву единственное человеческое лицо, личность безличному, бесчисленному роду, народу, человечеству — паюсной икре, сжатой из мириад мещанской мелкоты, грядущему вселенскому полипняку и муравейнику. Отрекаясь от Бога, от абсолютной Божественной Личности, человек неминуемо отрекается от своей собственной человеческой личности. Отказываясь, ради чечевичной похлебки умеренной съестности, от своего божественного голода и божественного первородства, человек неминуемо впадает в абсолютное мещанство...

В самой Европе бестыднейшие стыдятся говорить о христианстве по поводу таких серьезных вещей, как война. Некогда источник великой силы, христианство сделалось теперь источником великой немощи, самоубийственной непоследовательности, противоречивости всей западноевропейской культуры. Христианство — эти старые семитические дрожжи в арийской крови — и есть именно то, что не дает ей устояться окончательно, мешает последней «кристаллизации», китаизации Европы...

Вот где главная «желтая опасность», не извне, а внутри: не в том, что Китай идет в Европу, а в том, что Европа идет в Китай... Может быть, война желтой расы с белой — только недоразумение: своих не узнали. Когда же узнают, то война окончится миром, и это будет уже «мир всего мира», последняя тишина и покой небесной. Небесная империя. Серединное царство по всей земле от Востока до Запада, окончательная «кристаллизация», всечеловеческий улей и муравейник, сплошная, облепляющая шар земной, «паюсная икра» мещанства, и даже не мещанство, а хамство...

Таков третий раз идущий рефреном прогноз, подхваченный Мережковским. Дальнейший текст доступен в интернете. Мы видим, что задолго до О. Шпенглера были те же прогнозы относительно «заката Европы». Мы находим их в «Предсказаниях» Леонардо да Винчи о лагерях уничтожения и в утопии/антиутопии «Государства» Платона.

Николай Александрович Бердяев (1874 – 1948)



После Владимира Соловьева, наряду со Г. Шпетом и Л. Шестовым, С. Л. Франком и о. П. Флоренским¹, — наиболее крупный отечественный философ, проделавший развитие от марксизма к христианскому персонализму. Выходец из киевской военно-аристократической психопатологически отягощенной семьи. Его философская автобиография «Самопознание» (1940), как и другие произведения, переведена на 14 языков, но в России впервые опубликована только спустя 50 лет после написания. «4 раза сидел в тюрьме, 2 раза в старом режиме и 2 раза в новом, был на 3 года сослан на Север², имел процесс, грозивший мне вечным поселением в Сибири, был выслан из своей Родины. И вместе с тем, я никогда не был человеком политическим, ... но очень болел социальными вопросами, ... никогда не был «общественником» ..., я всегда был «анархистом» на духовной почве и «индивидуалистом» ... Несмотря на западный во мне элемент, я чувствую себя принадлежащим российской интеллигенции, искавшей правду. Я наследую традицию славянофилов и западников, Чаадаева и Хомякова, Герцена и Белинского, даже Бакунина и Чернышевского, несмотря на различные мировоззрения, и более

всего Достоевского и Л. Толстого, Вл. Соловьева и Н. Федорова. Я русский мыслитель и писатель. И мой универсализм, моя вражда к национализму — русская черта». «Остро-отрицательную реакцию во мне вызывает антисемитизм. Русский национализм был для меня максимально неприемлем». В 1902 году Бердяев переходит от марксизма к религиозной философии. Главные работы «Духовный кризис интеллигентии» (1910), «Философия свободы» (1911), «Смысл творчества» (1916), «Философия неравенства» (1923). Европейскую известность привнесла ему работа «Новое средневековье. Размышление о судьбе России и Европы» (1924), «Философия свободного духа» (1927 – 1928), «О назначении человека» (1931), «О рабстве и свободе человека» (1939), «Опыт эсхатологической метафизики» (1947), «Царство духа и царство Кесаря» (1949) и др. Широкую известность получила его работа «Истоки и смысл русского коммунизма» (1937, русск.пер. 1955 в Париже и в 1990 в Москве). «Наиболее близки среди экзистенциальных философов мне Ясперс, Достоевский, Л. Толстой, Ницше», а также Кант, Бергсон, Джентиле, Макс Шелер,... но ближе всех ему Якоб Бёме (1575 – 1624), немецкий философ-пантеист, сапожник по профессии и Ориген (185 – 254), христианский теолог-платоник, единственный чуждый мистическому садизму. В этом позднейшем перечне бросается в глаза имя Джованни Джентиле, что показывает, насколько все сложнее, чем тенденциозный и/или дилетантский схематизм, и отсутствие имени Габриэля Марселя³, несомненно, наиболее близ-

¹ Шпет и Флоренский были расстреляны, трое остальных высланы 100 лет назад, осенью 1922 г. на «философском пароходе».

² В 1902 г. Бердяев отбывал ссылку в родной Вологде, вместе с А. А. Богдановым, А. В. Луначарским, А. М. Ремизовым, Б. В. Савинковым, П. Е. Щиголевым.

кого Бердяеву мыслителя, с которым он долгое время непосредственно взаимодействовал, пока тот не назвал его в 1946 г. анархистом. Этатизм Джентиле («всё в государстве, ничего вне государства, ничего против государства») проявился в имперско-империалистическом сознании Бердяева еще в 1917 г., хотя это сочетается с выводом, что его «отталкивает все возрастающий централизованный тоталитарный этатизм» (1947), советский и евразийский (1927) и что «в русском коммунизме воля к могуществу оказалась сильнее воли к свободе» (1949).

«Основное направление европейской метафизики, восходящей к Платону, находится в русле онтологического монизма и враждебно идеи человеческой свободы и персонализму. Нужно выбирать между двумя философиями: философией, признающей примат бытия над свободой, и философией, признающей примат свободы над бытием... Философия примата бытия есть философия без личности». Отсюда

критическое отношение Бердяева к фундаментальной онтологии Хайдеггера. Перед Первой мировой войной Священный синод осудил Бердяева за статью в защиту имяславия, а в 1935 в статье «Дух Великого Инквизитора» (в защиту о. С. Булгакова) Бердяев назвал указ митрополита Сергия «церковным фашизмом». Это привело к разрыву с П. Б. Струве, который наметился в декабре 1922 года между приплившими Н. Бердяевым, С. Л. Франком, И. Л. Ильиным, А. С. Изгоевым, а с другой стороны Струве и Белого движения, т.к. Бердяев считал, что Россия не созрела для свержения большевиков. В отличие от Мережковского, с которым постоянно спорил, Бердяев отказался от поездок в Италию по политическим мотивам.

Приводимые ниже выдержки из двух работ Бердяева полностью помещены в книгах: Н. А. Бердяев. «Духовный кризис интеллигенции». СПб., 1910; М., 1998 и «Самопознание». М., 1991.

Бунт и покорность в психологии масс (1907)

Как отражаются новые идеи в массах, к чему ведут они в процессе демократизации, можно ли узнать эти идеи после того, как они вульгаризируются? Вот вопрос, который на каждом шагу ставит русская действительность. Результат, к которому привел уже в массовой душе святой мятеж духа и святая мечта о свободе и правде, дает как тяжкий кошмар. Никогда не было еще так ясно, что человеческая масса может жить лишь идеями органическими, что идеи критические, чисто отрицательные, вульгаризируясь, ведут к разложению, к хулиганству.

Крестьянство, как органический уклад жизни, основанный на покорности высшему, — аристократично, благородно, ощущает свое древнее, божественное происхождение: последний мужик чувствовал свою связь с вечностью и потому не был мещанином... Но как ужасна массовая анархия, как смрадно массовое самообоготовление, как пошло массовое декадентство! Народная масса, ни перед чем не благоговеющая, всякую святыню отвергшая, себя лишь обожающая и утверждающая, неизбежно разлагается, насыщается духом мещанства, неблагородна по своим чувствам, плоска по своему сознанию, пошла по своему выражению. Единый Великий Бог заменяется в ней множеством маленьких божков, стихия самолюбия, зависти и злобы вступает в свои права. Бунт из святого восстания против зла превращается в рабью злобу против абсолютного добра, в рабью покорность природному злу...

Все критическое, мятежное, утонченное, переоценивающее ценности — единственно, индивидуально, трагично, получает свое значение от переживаний лучших людей, оправдывается личной драмой...

Нарождается новый психологический тип, в котором перекрещаются все отрицательные, разлагающие веяния, соединяются идеи, которые у лучших были могучими и славными, а у худших становятся пошлыми и дикими, вырождаются во что-то неузнаваемое. Прежде всего выродились и вульгаризировались социально-революционные идеи. Сама идея революции разложилась и опошилась, само звание революционера перестало быть почетным. Вульгарный революционизм нового поколения по закону массовой психологии легко соединяется с модернизмом, с декадентством, даже с мистикой. Получается скверная смесь, самодовольство и пошлость. Привлекает всех не тоска искания и мука нового сложного опыта у лучших, старых декадентов и мистиков, но — анархизация духа; нравится, что «все дозволено». Свобода смешивается с разнозданностью и произволом, честь — с самолюбием и тщеславием, утверждение личности — с самообоготовлением и самораздуванием, справедливость — с корыстью и мстительностью. Индивидуальная мука анархического бунта у лучших людей, у аристократов духа ведет к религиозной покорности; в анархически настроенной толпе этой религиозной муки нет, есть лишь самодовольство бунтующих рабов. Тосковали луч-

шие не по анархизации духа, а по гармонизации духа, так как окончательная свобода и правда анархизма, побеждающая насилие и принуждение, — в органическом порядке жизни, покорном абсолютному Смыслу. Декадентский «мистический анархизм», который ныне угрожает превратиться в поверхностную, пошлую и разлагающую моду, мог быть у тонких, даровитых, культурных, избранных людей переходом к положительной религии, новым опытом, который ставил новые проблемы; но в своем эпидемическом распространении эта новейшая разновидность анархии духа ведет к окончательному нигилизму, к разнудзданной самовлюбленности. Ведь привели же возвышенные идеалы анархизма — идеалы предельной свободы и уничтожения всякого насилия над личностью — к нашим «анархистам-индивидуалистам», которых трудно отличить от простых разбойников, для которых исчерпывающей формулой является всепопзволяющее самоутверждение. В анархизме есть часть правды, но нельзя шутить с стихией анархии...

Само слово «мистика» успело опошлиться и выветриться в короткий срок. Такая вульгарная мистика может быть лишь симуляцией психологической утонченности у довольно-таки грубых людей...

Ничего себе нельзя представить трагичнее, печальнее, насмешливее, чем посмертная судьба одинокого Ницше. Человек этот всю жизнь страдал от тоски одиночества, был не понят и не признан. В том, что Ницше был одинок, возвышался над всякой толпой, бросал вызов всему миру и миром был отвергнут, был весь смысл борений его духа, все существо его поражающих идей. Успех Ницше после его смерти есть великое и страшное оскорблениe его страдальческой жизни, надругательство над его мукой. Ницше имел все основания думать, что его почти никто не признает, а его признали почти все, его растаскали по частям, для всех он понадобился, все его идеи вульгаризовались и опошлились. Ницше был великим явлением мирового духа, — от ницшеанства идет дурной запах, явление это пошлое с каждым днем. Толпами стали ходить ницшеанцы, все вдруг захотели сделаться сверхчеловеками, все пыжатся, разрываются от самораздувания. Такая демократизация идеи сверхчеловека есть не только *contradictio in adjecto*, но и моральная и эстетическая пошлость. Стадо «сверхчеловеков» ничем, конечно, не будет отличаться от стада баранов...

Для Ницше убийство Бога было великой мукой, а для сторонников социалистической религии убийство это стало великой радостью. Для Ницше мечта о сверхчеловеке была противопо-

ложна ненавистной ему мечте о счастливом социальном муравейнике, а для социал-демократов счастливый социальный муравейник представился вдруг состоящим сплошь из сверхчеловеков. Но можно ведь всегда обезвредить Ницше, обезопасить, кастрировать, препарировать для всеобщего употребления. Получилась ницшеанско-социал-демократическая кашица, очень питательная для стадных инстинктов...

Революционные идеи, взятые отвлеченно, утверждаемые лишь с отрицательной своей стороны, ведут к пустоте, они внутренно разлагаются, если не переходят в положительные, органические. В истории мы видим, что самый праведный бунт в массовых своих результатах часто приводит к злу. Посевы русского марксизма, заключавшие в себе некоторые здоровые идеи, взошли чертополохом. Декадентство превращается в пошлую и пустую моду. Современный анархизм уже породил хулиганство и разложение.

Когда Достоевский писал свои «Бесы», роман этот не соответствовал действительности, производил впечатление почти паскавилля. Но гениальное произведение Достоевского оказалось пророческим. Теперь вселились «бесы» в Россию, теперь явились люди, которых предчувствовал Достоевский, не только Верховенские, но и Кирилловы. Религиозный смысл революционного беснования теперь изобличается. Появляются теперь действующие лица «Бесов», и ясен становится не политический, а религиозный характер революционной жажды нашей интеллигенции...

Ведь если чисто отрицательным путем снять с человека покровы культуры и отбросить навыки общественного воспитания, то покажется первобытный зверь. Теперь уже этот зверь часто выглядывает...

Растет склонность к самоубийству, наряду с легкостью, убийства. Жить не для чего, так как разрушение, бунт без всякого «во имя» привел к пустоте, бессмыслице и звериному хаосу, а положительного, органического ничего не оказалось...

Верить в массу человеческую, в количество людское, в толпу, в стадо — нельзя, история не научает верить. Но этим отнюдь не утверждается лжеаристократизм, презрение к людям, не санкционируется индивидуализм оторванный и уединенный...

Можно и должно разрушать ложную иерархию этого мира, бунтовать против нее, но для того только; чтобы покориться истинной, подлинно божественной иерархии, в которой каждому назначено место. Только в этом иерархизме спасение от пошлости, вульгарности, стадности и безличности. И да покорятся все свободной иерархии божественного Космоса.

Черная анархия (1909)

Интересы политической борьбы и политических партий мешают оценить «союз русского народа» с моральной точки зрения, увидеть в нем явление, характерное для состояния русской культуры. «Союз русского народа» не имеет отношения к политике в строгом смысле слова. «Союз» этот есть лишь беспорядочный сброд элементов дикости, варварства, языческой тьмы и нравственной распущенности, веками сохранившейся в русском народе. Это — разгул старорусской анархической распущенности инстинктов, не ведающей никакой нормы, это — последняя вспышка того нравственного идиотизма, который воспитывался силой слишком застаревшего деспотизма. В «союзе русского народа» чувствуется восточная дикость и темнота, а временами показывается *морда зверя* и обнаруживаются атавистические переживания людоедских инстинктов. «Истинно русские» люди в массе своей стоят по ту сторону добра и зла, истины и лжи, их мысли, чувства и действия находятся вне контроля совести и разума. Тут не только безнравственность и глупость, тут нечто еще более примитивное, нечто предшествующее самому возникновению нравственных и разумных оценок. Говорю не о русском народе, наивном и непосредственном в своей преданности старины, глубоком и добром даже в своей «реакционности», подлинно религиозном, а о тех отбросах, которые самозванно себя именуют «русским народом»...

Те же стадные и распущеные инстинкты, которые некогда оказались в бунте Стеньки Разина и в пугачевщине, теперь оказываются в еврейских погромах и во всех погромных действиях и скандалах «союзников». Это — анархия рабов, зашевелившийся хаос дикости, разнужданный властью, которая захотела превратить его в орудие борьбы с революцией...

Люди эти полны суеверий, но лишены благоговения перед священным. Христианство не может защищать смертной казни, жестокости, насилия над совестью и тьмы, все это может защищать лишь языческий быт темных «христиан». «Союз русского народа» и есть язычески-бытовой союз...

Славянофилы были сторонниками идеальной абсолютной монархии, но они хотели, чтоб абсолютная монархия служила добру и свободе, чтоб она была гуманной и христианской, чтоб она

просвещала народ свой и охраняла слабых от сильных. «Союз русского народа» прежде всего дорожит не абсолютизмом, а тем, чтобы он казнил и насиловал, гнал просвещение и умерщвлял совесть, был бы послушным орудием его инстинктов и вожделений...

Отрицание обязательных для всего человечества, *объективных норм* составляет главную черту «истинно русских» людей... «Истинно русский» национализм есть самое заправское язычество, язычество, стоящее на уровне развития, предшествующем образованию всечеловеческого сознания. С «истинно русскими» людьми невозможно общение на почве всечеловеческих норм совести и разума. То же можно сказать и о некоторых представителях лагеря прямо противоположного, помешавшегося на классовой точке зрения. Но последние имеют то преимущество, что не называют себя кощунственно христианами. Еще и еще раз нужно подчеркнуть, что тут дело совсем не в политике и не в приверженности к той или иной политической форме, дело в чем-то более глубоком: *в отсутствии элементов универсального сознания, обязательного для всякого человеческого существа, дело в моральной, культурной и религиозной дикости...*

В быте русского духовенства, особенно высшей церковной иерархии, преобладают сейчас члены «союза русского народа». Человеческая сторона христианской Церкви в истории может быть особенно загрязнена духом зла, на месте святом может быть такая мерзость запустения, какой не встретить в других сферах жизни.

Я могу иметь близкое общение, как с родным, с человеком самых противоположных политических взглядов и вероисповеданий, но не могу иметь такого общения с человеком, практически отрицающим универсальные нормы добра и истины. Политическая терпимость не может распространяться на «союз русского народа», тут необходима *моральная нетерпимость*, необходима беспощадная моральная борьба с нашей застарелой моральной разнужданностью и дикостью... Необходим суд моральный и религиозный потому, что люди эти пользуются религией для своих грязных целей... А в бытии черного призрака, черной анархии виновны все мы: кажущаяся сила реакции есть лишь объективация нашей слабости и наших грехов.

³ Габриэль Марсель (1889 – 1973) — драматург и философ, основоположник христианского экзистенциализма (резкий критик господствовавшего, особенно во Франции, сартровского экзистенциализма), ученик Анри Бергсона и учитель Поля Рикёра, называл свою философию неосократовской, выступал против, по выражению С. Л. Франка, «профанного гуманизма» и понимания демократии эпохи Просвещения и Великой французской революции: такая демократия легко превращается в новый деспотизм. Абстрактная человеческость подменяет конкретных живых людей (Г. Марсель. Люди против человеческого. Пер., ком. и вступит. ст. В. П. Визгина. М.-СПб., 2018).

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ

«Камо грядеши», отечественная психиатрия?

А. П. Коцюбинский¹, Д. А. Коцюбинский² (Санкт-Петербург)

В последние десятилетия в психиатрии, как российской, так общемировой, — налицо концептуальный диагностический и терапевтический кризис. Его причины: методологическая некорректность категориального принципа диагностики психических расстройств; доминирование биомедицинской парадигмы понимания природы психических расстройств, ориентированной на интересы фармкомпаний и затрудняющей соединение биopsихосоциальной концепции с медицинской практикой; монополия доказательной медицины как единственного подхода к определению эффективности терапии, ведущая к трансформации субъект-субъектных взаимоотношений врача с больным в субъект-объектные; квазипродуктивная замена качественной оценки научной эффективности количественными показателями. Делается вывод о том, что современная медицина, во многом приближаясь к точным наукам, в то же время остаётся в своей основе человеко-ориентированной, поэтому индивидуальный опыт и личность врача, а равно личность больного всегда будут иметь важное значение для эффективного лечения. Принцип доказательности, при умеренно критическом к нему отношении, со временем может стать валидным, но должен включать в себя, помимо данных высококачественных рандомизированных научных исследований, также учёт экспертных мнений высококвалифицированных научных специалистов и врачей-практиков. В этой связи всё более необходимым становится интегративный и персонализированный личностно-центрированный подход к больному.

Ключевые слова: кризис, биopsихосоциальная и биомедицинская концепции, доказательная медицина, научометрия.

В последние десятилетия в психиатрии, как российской, так общемировой, — налицо концептуальный диагностический и терапевтический кризис: потеря азимута дальнейшего направления развития. «Психиатрический диагноз стал рассматриваться как абстракция, поскольку отдельные заболевания существуют лишь в воображении врача» [8], а «объем собираемой в соответствии с требованиями DSM-IV и МКБ-10 информации, касающейся жизненного пути, — только верхушка айсберга, представляющего необходимые сведения» [13]. В основе этого кризиса лежит базовая причина — поверхностно-формальный, бюрократическо-статистический подход к диагностике и терапии, превратившийся в своего рода раковую опухоль, пожирающую

науку и снижающую обоснование для комплексного (биopsихосоциального) лечения больных. Указанный подход, в свою очередь, является следствием патогенного воздействия целого ряда факторов.

1. Методологическая некорректность принципа диагностики психических расстройств, императивно установленного существующими классификациями

В течение истекших десятилетий накопилось разочарование в «нозологическом диктате», который существовал в психиатрии в течение ста с лишним лет, но так и не привёл к сколь-нибудь убедительным доказательствам правомочности нозологической трактовки выделенных «эндогенных» заболеваний и их принципиальной независимости от «экзогенных» факторов. В свою очередь, это привело к тому, что всё большее внимание стало уделяться подходам, связанным со «спектрами» психических расстройств (шизофренический, аффективный и пр.) и дименсиональной диагностики (выделение бредовой или галлюцинаторной, депрессивной или маниакальной, когнитивной, негативной, психомотор-

¹ Доктор мед. наук, профессор, главный научный сотрудник отделения биopsихосоциальной реабилитации психически больных Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и неврологии имени В. М. Бехтерева.

² Кандидат исторических наук, старший преподаватель факультета свободных искусств и наук Санкт-Петербургского государственного университета.

но-кататонической — т.е. дезорганизующей поведение — симптоматики). При этом в различных «спектрах» психических расстройств удельный вес дименсий оказывается различным. Разной оказывается и глубина выраженности каждой из дименсий, представленной в том или другом «спектре» психических расстройств. Это способствовало тому, что все чаще внимание психиатров стало привлекаться к давней концепции, впервые опубликованной ещё в конце XIX в. немецкими психиатрами Е. А. Zeller, Н. Neumann и W. Griesinger, предложившими гипотезу, согласно которой все многообразные психические расстройства необходимо рассматривать как единый процесс болезни [5;12]. Правомерность существования такой концепции доказывается многими генетическими исследованиями об общем для всех аутохтонных психозов генетически детерминированном психическом диатезе («генетическом диатезе») [24]. Согласно этой концепции, разные психические заболевания не являются, строго говоря, самостоятельными, а представляют собой частные проявления и разновидности общего *единого психоза*, обусловленные различными этиологическими обстоятельствами. Такая смена научной парадигмы не могла не получить отражения в предлагаемых классификациях психических расстройств.

Однако отражение этого, к сожалению, во многих случаях оказалосьискажённым. Дело в том, что современные классификации (международные МКБ-10, МКБ-11, американская DSM-V), носящие во многом конвенциональный характер, оказываются продиктованы не столько научно-клинической пользой единого психиатрического дела, сколько стремлением угодить новомодным идеологическим трендам, связанным в том числе со стремлением к отказу от «устрашающих», согласно конвенционально установленному мнению, названий диагнозов (маньякально-депрессивный психоз, психопатия и др.) и дестигматизации психически больных (что само по себе безусловно оправдано, но только если не идёт в ущерб их эффективному лечению). В итоге предлагаемые (а по сути — навязываемые) классификации психических болезней зачастую характеризуются радикальным отказом от всех предшествующих научных разработок и заменой целостного клинического подхода, оценивающего психическое состояние больного — упрощённым экспрессивно-номотетическим. То есть таким подходом, который, стремясь «подгрести» различные и зачастую уникальные феномены под единую упрощённую методологическую гребёнку, описывает психические расстройства в терминах общей психопатологии, а именно, в категориях, не учитывающих индивидуальные субъективные характеристики пациента и психологическую историю его лично-

сти. Иными словами — предлагаемый нынешними классификациями диагностический подход программирует однобокость оценки психического состояния пациентов, что препятствует возможности его комплексной (холистической) терапии.

В то же время, как известно практикующим психиатрам, разнообразие видов информации, получаемой врачом о больном, а значит, и сложная индивидуализированная диагностика (а не жёстко и не вариативно «прописанная» формально утверждёнными классификациями) — позволяют целостно (холистически) оценить его болезненное состояние и использовать разные способы терапевтического влияния. Холистическая диагностическая оценка и терапевтическая комплексность нужны ещё и потому, что многие пациенты продолжают после «снятия» острых психотических симптомов и уже независимо от особенностей фармакотерапии испытывать дистресс, вызванный остаточными психопатологическими симптомами [16 – 17]. Именно поэтому функциональный исход, то есть социальную адаптацию пациентов, в значительной мере определяют не только и не столько формальные признаки имеющейся синдромологии (на которые ориентированы современные классификации) и фармакологии (на них делает акцент доказательная медицина, о которой пойдёт речь далее), а наличие либо, напротив, отсутствие веры пациента в успех лечения (последнее обозначается как «поражёнческая социальная позиция») [21]. Всё это требует холистического диагностического подхода и связанной с ним несиндромальной оценки психического статуса пациента и нефармакологических терапевтических подходов, что выходит за рамки классификаций, императивно регулирующих деятельность психиатров.

2. «Однобокое» доминирование биомедицинской парадигмы понимания природы психических расстройств (биологизаторский тренд)

Фактически в сознании большинства российских психиатров и наркологов, а также медицинских чиновников доминирующей на сегодня является традиционная, устоявшаяся в течение многих десятилетий, медико-биологическая модель психических и наркологических расстройств. Односторонняя опора на такую модель приводит к различным проявлениям биологического редукционизма («мозговой мифологии» по К. Ясперсу) в понимании причин и условий развития психической и наркологической патологии, а также путей и способов их преодоления и предупреждения. При этом биологизаторские

подходы, в отрыве от гуманитарных, оказываются принципиально недостаточными для достижения конечной цели — максимально эффективной комплексной терапии психически больных и их функционального восстановления. Гуманистические же подходы, а также связанная с ними биopsихосоциальная парадигма (отстаиваемая в реальности лишь некоторыми учёными и врачами-практиками) в силу невостребованности со стороны чиновников находятся в состоянии нарастающей изоляции от текущей психиатрической практики, почти целиком ориентированной лишь на психопатологическую диагностику и внедрение исключительно психофармакологических методов лечения больных. Данная тенденция обосновывается несомненными успехами в области современной биологической психиатрии, но, к сожалению, ограничиваясь только этим, де-факто возвращает психиатрию в прошлое [10]: в терапии психических расстройств нарастает «психофармакологический диктат», нацеленный на учёт исключительно биологических компонентов психического расстройства. В результате, как горько шутят психиатры, между врачом и пациентом часто не остаётся «ничего, кроме шприца и таблетки». При этом вопрос о принципиальной невозможности «коррекции» экзистенциальных проблем биологическим «лечением» остаётся как бы выведенным за пределы научно-практического осмысления и по умолчанию не поднимается. Именно поэтому вне рассмотрения оказываются факторы, связанные с проблемами как социальной несостоятельности, так и психологической дезадаптированности пациентов [11]. По этой же причине игнорируется то обстоятельство, что в настоящее время все большим количеством исследователей признаются ограниченные возможности психофармакотерапии (в отношении негативных симптомов, когнитивных нарушений, диссоциативных нарушений, личностных нарушений) [2, 6]. Также остаётся проигнорированной в медицинско-чиновных «верхах» идущая «снизу», со стороны учёных и врачей-практиков, всё более активная критика лечебных технологий с односторонней фармакологической направленностью.

3. Затруднённость полноценного теоретического развития биopsихосоциальной концепции в психиатрии и соединения этой концепции с медицинской практикой

Как отмечает Ю. И. Полищук [10], «биopsихосоциальная парадигма в психиатрии и наркологии ещё не получила своего надлежащего воплощения в теоретических и конкретно-научных эмпирических исследованиях <...> Взгляд многих психиатров на больного не проникает дальше

психопатологических симптомов и синдромов. Врачи зачастую не видят страдающую личность больного, рассчитывающего на сострадание, понимание и эмоциональную поддержку». Фактическое игнорирование психосоциальных аспектов при целостной оценке состояния психически больных касается также научных разработок, стимулируемых через гранты МЗ РФ, в которых финансовые ресурсы сосредоточены и направлены на разработку и решение сугубо медико-биологических проблем психиатрии и наркологии — в отрыве от решения психосоциальных проблем, характерных для пациентов с тем или иным видом патологии. Особый драматизм ситуации придаёт тот факт, что данное удручающее положение складывается на фоне повсеместных декларативных заявлений о необходимости дальнейшего развития и внедрения в практику реабилитационных идей, которые, как известно, базируются на представлениях именно о биopsихосоциальном генезе психических расстройств.

Как подчёркивает А. Б. Холмогорова, выраженное доминирование биомедицинской парадигмы в научных исследованиях психических расстройств может затормозить и ограничить развитие и внедрение в практику необходимых психологических и социальных методов лечения и профилактики психических нарушений, психосоциальной реабилитации психически больных [14].

Отсутствие решения этой проблемы уже сейчас приводит к тому, что из спектра научно-исследовательских интересов секвестрируются многие важные задачи, в результате чего в частный сектор уходят, без какого-либо перманентного научного осмысления, целые направления практической медицинской деятельности. К этому следует добавить тенденцию уменьшения числа научных сотрудников в стране, а также увеличении их возраста и в целом — «скуживания» научного потенциала и оригинального содержания научной деятельности исследовательских учреждений. При этом формальные и «завораживающие» позитивные показатели деятельности (идущей в русле развивающихся, преимущественно за рубежом, генетико-биологических изысканий и требующих основательной и дорогостоящей материально-технической базы) лишь камуфлируют ту серьёзную проблему в системе современной организации помощи психически больным в России, которая, увы, окажется актуальной уже в самом близком будущем.

4. Неконструктивная роль фармкомпаний, центрированных на развитие исключительно биомедицинских исследований

В немалой степени отмеченной выше негативной тенденции способствуют активная коммерчески мотивированная деятельность психо-

фармакологических компаний и предлагаемая ими (а также логически понятная и удобная для чиновников) система доказательности терапевтической эффективности фармакологических препаратов (например, двойного слепого рандомизированного метода). То и другое явилось важным стимулом для развития представлений о «доказательной» психиатрии, подрывающих холистический подход.

В итоге в качестве безальтернативной стала рассматриваться доказательность, базирующаяся исключительно на данных высококачественных рандомизированных научных исследований. Согласно этому подходу, выявленные общие закономерности, характерные для когорты специально отобранных пациентов, декларируются как аксиома для индивидуального пациента. При этом вне рамок рассмотрения остаются как экспертное мнение (основанное на клиническом мышлении и личном профессиональном опыте врача), так и особенности индивидуального адаптационно-компенсаторного потенциала конкретного больного.

5. Монопольное доминирование доказательной медицины как единственного подхода к определению эффективности терапии

Развитие любых научных исследований невозможно без доказательной базы, но во все предшествующие годы в системе доказательности большое место занимали суждения экспертов, которые в последние десятилетия оказались де-факто «отменены» в пользу формально-обобщивающих методов, притом не только в отечественной, но и в мировой психиатрии в целом.

Всё началось с того, что в 1980-е годы молодые сотрудники канадского McMaster University, специализирующиеся в математической статистике и теории вероятности, — D. Sacket, B. Haynes, G. Guyatt, P. Tugwell [23] предложили принципы рандомизированного клинического испытания (РКИ), которые стали основой Evidence-based medicine (EBM) или, в русской транскрипции, доказательной медицины (ДМ). А затем уже доказательная медицина, при её «спонсировании» фармфирмами и «totalитарном» внедрении в науку, на практике превратилась в карго-культ (от англ. cargo cult — религиозное поклонение какому-либо изначально утилитарному артефакту, которому в рамках данного культа придаются магические свойства) и модную бизнес-идею. В настоящее время терминология доказательной медицины стала для многих главным PR-инструментом (от англ. Public Relations) научообразных и, в первую очередь, маркетинговых манипуляций (нельзя забывать о факторе коммерческой заинтересован-

ности отдельных психофармакологических фирм). При этом активность и напор адептов доказательной методологии сродни агрессивной прозелитации (обращению в веру), характерной для полномасштабного религиозного движения или авторитарного диктаторского режима. Молодые люди цитируют Гайдлайны (guideline, англ. — «указатель линии», руководство, путеводитель) доказательной медицины и публикуемые в её рамках Кокрейновские обзоры («Кокрейновское сотрудничество», англ. Cochrane Collaboration, — международная некоммерческая организация, изучающая эффективность методов лечения при помощи доказательной медицины), абсолютно доверяя им, как догматам веры. Новые члены «вербуются» посредством многочисленных семинаров, коллоквиумов и публикаций [22], очень часто патронируемых фармфирмами.

6. Деструктивная трансформация, под влиянием постулатов доказательной медицины, медицины в целом и взаимоотношений врача и пациента в частности

Будучи механистически перенесенным в научно-практическую плоскость, доказательный подход порождает две патологические по своим последствиям трансформации.

Во-первых, он превращает медицину как науку, в которой естественно-научная составляющая (в её основе — биологический объект, организм) находится в единстве с гуманитарной составляющей (в основе которой — психологический субъект, личность), в науку сугубо технократическую в основе которой лежит не человек, а то или иное клиническое явление, симптом или синдром.

Во-вторых, он трансформирует субъект-субъектные отношения, лежащие в основе медицинской помощи человеку, — исключительно в субъект-объектные.

7. Квазипродуктивная попытка замены качественной оценки научной эффективности количественными показателями («проверка алгеброй гармонии»)

Дополнительно усугубляет ситуацию современный общемировой тренд замены оценки содержания (качества) научно-практической деятельности, в том числе эффективности здравоохранения, — количественными (числовыми) показателями этой деятельности, своей простотой и упрощённой понятностью радующими организаторов здравоохранения, а также отвечающими на PR-запросы медицинских чиновников и глобального интернет-сообщества в целом.

Идея замены качественной оценки научной эффективности количественными показателями (индексом публикационной активности – «индексом Хирша»), причем не только в системе РИНЦ (Российский индекс научного цитирования), но и в международной системе Scopus, Web of Science, Google Scholar, — привела к тому, что в нашей стране в настоящее время публикация в скопусовых (и приравненных к ним) журналах «первых квартелей» («ахиллесовой пятой» этих изданий, при всей бесспорности их высокого научного потенциала, является предоставление «зелёной дороги» для статей истеблишментарного мейнстрима и «торможение» статей, носящих пионерский, концептуально оригинальный характер) во многом превратилась в коммерческое мероприятие. Образовалась масса фирм, которые за значительную плату «проталкивают» публикацию практически любой, самой заурядной статьи, если она только не покушается на статусно и коммерчески устоявшийся научно-медицинский мейнстрим (подозреваем, что в других научных цехах ситуация схожая). В целом такая ситуация, приобретшая в нашей стране отчётливую финансовую подоплётку, достаточно явно свидетельствует о некорректности изолированного использования показателей публикационной активности (тем более — по преимуществу в системе Scopus, Web of Science, Google Scholar) в качестве основополагающих для характеристики научной эффективности.

Появившиеся в последнее время разъяснения, что приоритетность оценок международных индексов цитирования до 01.01.2023 г. отменяется (возможно, это распространится на гораздо больший промежуток времени, если не навсегда), на практике мало что изменили. По-прежнему авторы, имеющие финансовые и иные не связанные с качеством научного текста возможности для публикаций в зарубежных журналах и, в силу этого, более высокий индекс Хирша в международных системах публикационной активности, российскими медицинскими чиновниками рассматриваются как наиболее продуктивные исследователи. Специально поясняем: судить о качестве работы учёного даже по чисто российским научометрическим показателям (в рамках системы РИНЦ) — глубоко неверно и, по сути, порочно, поскольку это означает подмену качества оригинальной, в том числе монографически оформленной, мысли — количеством выданных «на гора» мейнстримных «типовых» статей. Но «привязка» рейтинга российского учёного к его международно сертифицированной публикационной активности представляется профанацией в квадрате, поскольку игнорирует фактор наличия в разных странах разных научных школ, каждая из которых — самоцenna и не должна оце-

ниваться по законам другой школы либо усреднённого мирового научного псевдоконсенсуса.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Современная медицина во многом приближается к точным наукам, однако все равно никогда одной из них не станет, поэтому экспертные суждения врача (как учёного, так и практика), основанные на его индивидуальном опыте и его личности, а равно на знании им особенностей личности конкретного больного — всегда имели и будут иметь важное значение для эффективного лечения, являющегося главной целью медицины и как науки, и как практической отрасли. При этом следует особо подчеркнуть, что в области психиатрии доказательная медицина, претендующая на точность, в наибольшей степени, по сравнению с другими медицинскими специальностями, оказывается далека от «монопольной эффективности». Дело в том, что сама психиатрия как наука часто основывается не на эмпирических (объективных) данных, а на экспертном (то есть субъективном) заключении специалистов о природе психических статусов пациентов. В силу этого бесконфликтное (незаинтересованное) использование доказательной доктрины в психиатрической практике оказывается методологически и практически недостижимым [15; 19 – 20].

2. С одной стороны, нельзя не признать, что клиницист, не использующий результаты контролируемых рандомизированных клинических исследований, подобен капитану, плавающему без компаса и карты. Однако, с другой стороны, также ясно, что врач, слепо следующий «доказательным» стандартам и не имеющий собственного клинического опыта, не учитывающий индивидуальные особенности пациента, похож на человека, путешествующего по карте, а не в реальной действительности. При этом под флагом бездумной абсолютизации «доказательности» и основанной на ней «оптимизации» происходят не только уменьшение доступности широкой палитры специализированной медицинской помощи и ухудшение её качества (в связи с практическим сведением терапии к использованию только психофармакологических препаратов), но фактически — дегуманизация и, как следствие, дегуманизация психиатрии. Сложная и во многом персонализированная «стереоскопическая» личностно ориентированная биopsихосоциальная система терапии в таких случаях редуцируется лишь до четкого и жесткого выполнения предписанных фармакологически акцентированных «стандартов». То есть, сводится к шаблонизированному назначению регламентируемых препаратов при «узаконенных класси-

ификациями» конкретных клинических формах заболевания (в лучшем случае — персонализируется назначение медикаментов по результатам лабораторных данных о чувствительности индивида к тому или иному фармакологическому препарату), вне какой-либо связи с интегративным пониманием сущности психического расстройства, учитывающим не только болезни, но и больного.

3. Принцип доказательности, при умеренно критическом к нему отношении, со временем может стать валидным при научных изысканиях. Но в этом случае он должен будет включать в себя три обязательные составляющие: 1) данные высококачественных рандомизированных научных исследований; 2) экспертное мнение высококвалифицированных научных специалистов; 3) экспертное мнение врачей-практиков, опыт которых позволяет видеть и учитывать при проведении терапии индивидуальный адаптационно-компенсаторный потенциал пациентов. Нельзя забывать тот факт, что, как отмечают A. Feinstein и R. Horwitz [18], «когда инсулин впервые достиг быстрого сокращения диабетического ацидоза, а пенициллин искоренил бактериальный эндокардит, результаты в обоих случаях были получены в ходе обсервационных, а не рандомизированных контролируемых испытаний, и каждый результат был представлен в одном исследовании. Несмотря на экстраординарную эффективность обоих методов лечения и их радикальное влияние на клиническую практику, ни одно из этих исследований сегодня не было бы включено в Кохрейновское собрание надежных доказательств» [18].

4. Будущее, в любом случае, за доказательным учетом эффективности терапевтического влияния на все (а не только биологические) механизмы патогенеза и за изучением причинно-следственных связей между составляющими его доменами. Иными словами, оптимальна корреляция (контроль) клинических качественных результатов (в рамках холистического подхода к диагностике психических расстройств) — с соответствующими суррогатными количественными психометрическими и психосоциальными показателями. И это будущее надо step by step активно приближать, а не отрицать [3]. Пока же с одинаковой силой настораживают как врачи, опирающиеся только на свой личный опыт и здравый смысл (экспертное мнение), так и врачи, лечащие исключительно «по написанному» в метааналитических обзорах (высококачественных научных исследованиях). Ведь даже регулярно читая самые современные систематические обзоры (являющиеся *ultimo ratio*, с точки зрения адептов достоверности), именно врач, как справедливо замечает Триша Гринхальх, «дол-

жен решить, как этот количественный результат, значимый или незначимый, повлияет на лечение его пациента» [1].

5. Следует признать, что в полном объеме рафинированные постулаты «доказательной медицины» далеко не всегда могут быть использованы [7]. Это связано с тем, что безусловно полезные подходы в плане поисков эффективности терапии биологически обусловленных компонентов психического страдания (включая выбор медикаментов) нередко оказываются бесполезными или даже вредными, если рассматриваются в качестве единственного метода, пригодного для изучения эффективности немедикаментозных (в частности — психотерапевтических и социотерапевтических) интервенций и организационно-реабилитационных мероприятий. Сказанное не исключает, однако, использование доказательной медицины в некоторых случаях для оценки психосоциальных и «клиентцентрированных» вмешательств, при одновременно обязательном учёте, насколько это возможно, психосоциальных факторов [4]. При этом изыскания в отношении доказательной эффективности различных методов психотерапии безусловно усложняют протокол рандомизированных клинических исследований (и, как думается, по этическим и реалистическим соображениям вовсе исключают использование двойного слепого метода, так как последний предполагает отстраненное общение врача-манекена, несущего при этом психотерапевтическую плацебо-нагрузку), но, к сожалению, не отменяют самой концепции, ориентированной на воспроизводимость результатов.

6. Необходимо, помимо индексации количественной публикационной активности (учитывающей в современных реалиях не только международные системы Scopus, Web of Science, Google Scholar, но и отечественную систему РИНЦ), реабилитировать такой важный качественный критерий научной эффективности, как экспертная оценка проведенного исследования (отраженного в статье или монографии) другими специалистами, ориентированными в конкретной научной области. Как отмечается в докладе UNESCO, лингвистические преимущества английязычных стран способствуют усилению конкурентных преимуществ этих стран в науке и связанным с ней бизнесе, в частности — издательском [25]. Учитывая это обстоятельство, следует понимать, что развитие научного результата, как подчеркивает А. И. Орлов [9], не обязательно связано с публикацией статей в высокорейтинговых западных научных журналах, а оценка научной эффективности по числу публикаций и цитируемости методологически несостоятельна и может играть лишь вспомогательную (справоч-

ную) роль. Думается, что современная наука (в том числе и отечественная), «переболев детской инфекцией» в форме запальчиво-восторженного отношения к количественным характеристикам наукометрии, придет к разумному пониманию, что релевантную оценку эффективности научной деятельности могут дать только эксперты, учитывающие как качественные, так и научометрические показатели результатов научной деятельности.

7. В рамках такого подхода и как противовес биомедицинской парадигме в современной психиатрии всё более необходимым становится (в соответствие с биopsихосоциальной парадигмой) интегративный и персонализированный личностно-центрированный подход к больному не только как объекту, но и как субъекту со сложным внутренним миром переживаний. Вряд ли стоит специально пояснить, что в таких областях, как психология и психиатрия (реабилитационное направление которой убедительно свидетельствует о необходимости включения, помимо психофармакологических, также психо- и социотерапевтических подходов), роль «гуманитарной компоненты» (помимо естественнонаучно-биологической) является в высшей степени значимой.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гринхальх Т. Основы доказательной медицины / Перевод с английского. М., 2019; 336.
2. Данилов Д. С. Применение антипсихотических средств различных клинико-фармакол. групп для коррекции негативных р-в при шизофрении. Журн. им. С. С. Корсакова. 2014: 9, 116 – 123.
3. Зайцев В. Я., MEDBLOG;, Опубликовано 09.06. 2019.
4. Зобин М. Л., Устинова Н. В. Доказательная медицина и психиатрическая практика: проба клинико-методологического аудита. Неврологич. вестник, 2018: 4; 5 – 14.
5. Каннабих Ю. В. История психиатрии / Ю. В. Каннабих. — М., 2002; 560.
6. Медведев В. Э., Фролова В. И., Гушанская Е. В., Тер-Исраелян А. Ю. Аргументация антипсихотич. терапии при шизофрении D-, L-гопантеновой кислотой. Журнал им. С. С. Корсакова. — 2015: 8, 28 – 34.
7. Незнанов Н. Г., Коцюбинский А. П., Коцюбинский Д. А. Кризис естественнонаучного и гуманистического подходов в психиатрии// Обозр. психиатр. и мед. психол. им. В. М. Бехтерева — 2019: 1; 8 – 15.
8. Нулер Ю. Л. Смена парадигм в психиатрии // Обозр. психиатр. и мед. психол. им. В. М. Бехтерева. — 1992: 1; 13 – 19.
9. Орлов А. И. Наукометрия и управление научной деятельностью // Наукометрия и экспертиза в управлении наукой. М., 2013; 538 – 567.
10. Полищук Ю. И. О доминировании биологического и отставании психосоциального направления в российской психиатрии // Соц. и клинич. психиатрия. 2016: 4; 71 – 74.
11. Савенко Ю. С. Биopsихосоциальная модель психических расстройств и интердисциплинарность // НПЖ. — 2018: 3; 1 – 12.
12. Тен В. И. Концепция «единого психоза» Неймана—Шриезингера: адаптационная парадигма в психиатрии // Вестник КРСУ (киргизско-российского славянского университета). — 2008: 8 (4); 151 – 154.
13. Точилов В. А. Международная классификация психических расстройств: совр. состояние вопроса. — Психиатрия, 2009:1 (37); 7 – 17.
14. Холмогорова А. Б. Обострение борьбы парадигм в науках о психическом здоровье: в поисках выхода// Соц. и клинич. психиатрия. — 2014: 4; 53 – 61.
15. Шмуклер А. Б. Доказательные исследования в психиатрии: анализ практической значимости // Психиатрия и психофармакотер. 2012: 14 (5); 4 – 13.
16. Beck A. T., Alford B. A. Depression: Causes and treatment / Philadelphia, PA: University of Pennsylvania Press, 2009; 432.
17. Beck A. T., Rector N. A., Stolar N. et al. Schizophrenia: cognitive theory, research, and therapy — New York, London: The Guilford Press, 2008; 415.
18. Feinstein A., Horwitz R. Problems in the «evidence» of «evidence-based medicine.» // Amer. J. of Medicine. 1997, 103, 529 – 535.
19. Ghaemi S. N. Arguments for and against evidence — based psychiatry. Acta Psychiatrica Scandinavica, 2009:119 (4); 249 – 251.
20. Gomory T. The Limits of Evidence-Based Medicine and Its Application to Mental Health Evidence- Based Practice: Part One / Ethical Human Psychology and Psychiatry- July 2013:15 (1); 18 – 34.
21. Grant P. M., Beck A. T. Defeatist beliefs as a mediator of cognitive impairment, negative symptoms and functioning in schizophrenia // Schizophrenia Bull. — 2009: 35; 798 – 806.
22. EBM: unmasking the ugly truth Clinicians for the Restoration of Autonomous Practice (CRAP) Writing Group BMJ. 2002 Dec 21; 325 (7378): 1496 – 1498.
23. Sackett D., Haynes B., Guyatt G., Tugwell P. Clinical Epidemiology: A Basic Science for Clinical Medicine. 2nd ed. Boston, Mass.: Little Brown, 1991; 442.
24. Wildenauer D. B., Schwab S. G., Maier W. [et al.] Do schizophrenia and affective disorder share susceptibility genes? // Schizophr. Res. — 1999: 39; 107 – 111.
25. World Social Science Report. Paris: UNESCO Publishing, 2010; 422.

От Декарта, Гуссерля и Ясперса к прицелу электронного микроскопа (как доказательно доказывается недоказуемое)

И. М. Беккер (Набережные Челны)

Указываются явные и неявные ошибки МКБ-11, доказательной медицины, компьютеризации, прогнозирования реабилитационных программ на основе биомедицинской модели, выхолачивание творческого начала из диагностического процесса, бюрократизация СПЭ, отсутствие современной теории, отвечающей запросам практики.

Ключевые слова: МКБ-11, доказательная медицина, ограниченность биомедицинской модели.

Помню шумные споры осенью 2000 года в большом зале гостиницы «Космос», где обсуждался вопрос адаптации МКБ-10 к нашей российской психиатрической действительности. За спиной бронзового де Голля разыгрывалась очередная драма отечественной психиатрии. Если бы знать тогда, до какого предела и бессмысленности докатиться международная классификация в ее 11 варианте!

Помните, мы обсуждали один из частных вопросов — стоит ли эпилепсию отдавать на откуп неврологам? Многие десятилетия спорили, кому заниматься этими больными? Доспорили! Хотя уже тогда, на съезде, говорили и ученые, и практики, что дело не в этиологии эпилепсии, не в том, кто лучше диагностирует ее — неврологи со всей мощью параклиники или психиатры со своим «чувством болезни». Уже тогда мне, практическому врачу, был понятен тот бардак, который может разразиться в междисциплинарном положении эпилептиков. Их посадили меж двух унитазов и приказали аккуратно оправляться!

Многие вопросы, поднятые в статье Коюбинских, затрагивают не только мысли и разум, но и сердце врача-психиатра, ибо от отношения господствующих психиатрических взглядов к самим больным, к тому предмету, которым занимается наука, зависят жизни и судьбы сотен тысяч стражущих.

Что больше всего волнует практиков? И нужно ли противопоставлять науку и практику в психиатрии? Ученые в нашей дисциплине, хотят они того или нет, являются маяками для плавающих в бурных водах современного мира практических врачей. Мы видим свет маяка, а он вдруг тухнет или начинает мигать, гореть разными цветами. И куда ж нам плыть?

Вспомним лекции профессора-психиатра начала семидесятых годов прошлого века. Стойкое учение, типичные студенческие случаи патологии, четыре формы шизофрении. Еще не закончился курс, а в киоске мединститута прода-

ется «Мультидисциплинарное» руководство по шизофрении под ред. Снежневского. Ассистент кафедры трясет коричневой книжкой перед удивленными студентами и вещает: «Всё, кончилось время дурацких дискуссий, сейчас все будет яснее ясного!». Спустя полвека, можно с укоризной ей возразить: «Ах, девушка, девушка, как ты обманулась!».

А ведь действительно, в том руководстве, а спустя три года в «Шахматке», как именовали второе издание «Шизофрении», вышедшее в 1972 г., все было четко аргументировано и заманчиво перспективно! Казалось — вот оно, искомое однозначное толкование самой сложной болезни человека! Не тут-то было! На протяжении десятилетий последующей жизни то и дело возрождалось психиатрическое «Путешествие из Петербурга в Москву». Там, где москвичи диагностировали случай явной рекуррентной шизофрении, петербуржцы распознавали шизофрено-подобный органический психоз. На курсах ЦОЛИУЗа разбирались в мельчайших деталях многостраничного анамнеза и особенностях дрейфа, РЭПа, вершробена и нарастающей аутизации. А тот же больной на курсах психиатрии в НИИ психиатрии и неврологии им. Бехтерева обнаруживал элементы моторной дисфазии, нарушение вегетатики, пальцевидные вдавления на черепе, рассеянную симптоматику на ЭЭГ, расширение третьего желудочка и т.д. и т.п. А ведь, коллеги, сегодня я бы с огромной радостью полемизировал на тему дифференциальной диагностики с этих двух позиций. Они понятны и приемлемы! Особенно, если сравнить их с будущей, да уже и с сегодняшней парадигмой диагностики с точки зрения той пресловутой доказательной медицины, десятков «интегративных» тестов, настолько же далеких от нас, практических врачей, как далеки были декабристы от народа!

Как можно доказательно обосновать тестами и событие больного с аутизмом при шизофре-

нии? Я воспринимаю его инаким, чужеродным, инопланетянином, по малейшим нюансам общения, мимики, особого взгляда, мимоответам. Врач заглянул в бездонную пропасть ушедшего в иную жизнь человека! Помните: «Открылась бездна, звезд полна. Звездам числа нет, бездне дна». Когда врач мог заглянуть в такую бездну и что-то прочувствовать, эмпатически воспринять, он испытывал радость открытия. Нам предлагают механизировать и компьютеризировать этот процесс, засунуть в жесткие рамки чистовой, двойичной системы и путем прочитывания машинным разумом миллионов разных вариантов, выбирать безошибочно верный!

Замечательно и точно описал происходящее в диагностическом процессе наших дней Б. В. Воронков в издании «Психиатрия детей и подростков»: «Подмена интуитивного постижения и психопатологического анализа — главного оружия специалиста, разнообразными диагностическими шкалами, имеющими цель не понять больного, а всего лишь скомпоновать диагностическую формулу для обложки истории болезни в соответствии с номенклатурными требованиями, выхолащивает творческое начало из диагностического процесса, сводит работу психиатра к функции калькулятора и делает саму профессию скучной и малоприятной».

А теперь главное. Для чего мы, врачи-психиатры на местах, осуществляем диагностический процесс? Диагностику врачи-психиатры в диспансерах и больницах проводят в нескольких целях:

- 1) для проведения адекватного лечения;
- 2) для направления на МСЭ;
- 3) для освобождения от возможной воинской службы, той или иной работы, либо деятельности (ношение оружия, вождение автомобиля);
- 4) для экспертных выводов после совершения ООД.

Вот тут, казалось бы, и вступает в могущественные права номенклатурный интерес. И как современная классификация болезней и идущая ей на смену будущая, помогает врачу? Несколько лет после принятия МКБ-10 многие ученые поговаривали, что врачам в больницах будет предоставлено право пользоваться двойственной диагностикой — шифровать и писать диагноз по МКБ-10 и тут же в скобочках — наш (советско-российский нозологический диагноз). Не тут-то было. На головы лечащих врачей обрушилась тройная система оценки качества, которая довольно строго выверяла соответствие диагностики параметрам МКБ-10. Диагнозы, написанные с благодатной целью, с расшифровкой функциональных возможностей больных, которые не входят в те самые параметры, осуждаются и не принимаются юридическими инстанциями при выводах СПЭ. Например, в МКБ-10 не предусмотрена степень выраженного органического расстройства личности, и если врач-эксперт напишет в диагнозе «выраженное органическое расстройство, вследствие...», то слово «выражен-

ное» будет не просто лишним, а «не соответствующим международной классификации болезней» — нарушение чистоты параметров МКБ-10. После чего следует вывод специалиста, проверяющего Акт СПЭ, о несоответствии оформления Акта СПЭ законодательству РФ.

Действительно, изменение парадигмы психиатрии с биопсихосоциальной на «однобокое» доминирование биомедицинской парадигмы понимания природы психических расстройств (биологизаторский тренд) — (цитата из статьи Коцюбинских), приводило и приводит к множественным, подчас малозаметным, подчас, крупным последствиям даже в организации психиатрической помощи. Это при поверхностном взгляде кажется, что знаменитый приказ об упразднении ЛПМ (ликвидации хозрасчетных мастерских для психически больных в 1995 году) имел под собой лишь бездумность, проще говоря «дурость» чиновников от медицины того несчастного периода истории нашей медицины. Наверняка «научным» фундаментом этого решения послужила именно биомедицинская модель психиатрии. Зачем прилагать массу усилий к развитию и совершенствованию реабилитационных программ, созданию разнообразных социально значимых институтов для душевно больных, если они вовсе не больные душой люди, не субъекты для эмпатического чувствования, а результаты поражения определенных отделов мозга, нарушения обмена веществ или иммунной составляющей организма. Нужно производить как можно больше эффективных лекарств 4-го, 5-го, 10-го поколения, внедрять крайне нужные тестовые опросники, передавать диагностику искусственноциальному разуму, и дело в шляпе!

Если задуматься, чем вызван бум возникновения множества НКО в системе реабилитации психически больных детей, появляющихся, как грибы после летних дождей, приходит на ум только одно — востребованность реабилитационных программ для психически больных детей (да и взрослых) настолько велика, что государство не успевает отреагировать на этот спрос, официальные органы государства, в лице Минздрава и Минтруда не успели научно спрогнозировать обвальный рост потребностей душевнобольных детей, их родителей в особых социально-значимых услугах специалистов реабилитационного профиля.

Очень бы хотелось надеяться, что внедрение в нашей стране МКБ-11 произойдет как можно позднее, а возможно ученые-психиатры сберутся на очередном съезде или конференции да сподобятся создать собственную уникальную классификацию психических заболеваний, где болезни назовут болезнями, а не расстройствами, где педофилия или гомосексуализм займут свое законное нужное место, где диагноз заболевания станет не просто строчкой на титуле истории болезни, а вберет в себя и исход, и нарушение функции, и прогноз социального статуса человека.

Итак, куда идет психиатрия

Ю. С. Савенко

Дается критический взгляд на тренд мировой и отечественной психиатрии, квалифицируемый как вульгаризация достигнутого прежде клинического уровня в силу возобладания политики-экономических интересов над собственно профессиональными. Показано стирание специфики психиатрии и даже медицины статистическими приоритетами массового общества посредством навязывания приоритетов еще очень несовершенного уровня так наз. доказательной медицины, вытеснение ею традиционного клинического подхода вместо подспорья для него, а также издержки разного понимания целостного подхода и биопсихосоциальной модели.

Ключевые слова: будущее психиатрии, издержки биопсихосоциальной модели, ошибки организации психиатрической службы.

В обозримой сейчас перспективе психиатрия, как научный предмет, представленный в журнальных публикациях, и как служба оказания специализированной медицинской помощи, идет к деградации: вульгаризируется весь ее категориальный аппарат, унифицируются и формализуются все практические лечебно-профилактические мероприятия. Это общемировой тренд, но психиатрия, в силу своего уникального положения, в несравненно большей мере уязвима, чем все иные медицинские дисциплины.

Явственные признаки этой деградации и не менее открыто лежащие на поверхности факторы, стимулирующие ускорение разрушительных процессов, — это направление динамики пересмотров МКБ и реформа «оптимизации» психиатрической службы, за которыми стоят финансовые и бюрократические ценностные приоритеты, далекие от блага больных и научной психиатрии. Это общемировые процессы, начавшиеся с катаклизмов XX века, вызвавшие к жизни профилактическое направление во всех медицинских дисциплинах, начиная с туберкулёза, инфекционных заболеваний, возникновения неинфекционной эпидемиологии и медицинской статистики. Хотя исследование массовых процессов обнаружило ряд важных закономерностей, например, в отношении суицидов и функциональных психических расстройств, опора на их приоритет привела к предсказанному Максом Вебером нарастанию формализации, обюрокративанию, вытеснению индивидуализации в лечебной и научной практике. Страстные филиппики Питирима Сорокина, в качестве первого президента Американской социологической ассоциации, о вытеснении профессионалов специалистами по статистике потонули в поп-науке и поп-культуре, а социологические опросы обес-

ценивались потерей доверия к ним и государственным институциям. Врачи в этих условиях часто становились крайними... В демократических обществах эти процессы компенсируются разветвленной негосударственной инфраструктурой силами гражданского общества. В соответствии с нашей действительностью уже исчезла этическая проблематика.

Публикуемая статья А. П. и Д. А. Коцюбинских солидарна с нашей позицией, но требует — в попперовском стиле призыва Имре Лакатоса жестко критиковать близкие себе позиции — ряда принципиальных уточнений в связи с контекстом публикации в соавторстве с Н. Г. Незнавовым о биопсихосоциальной парадигме («Социальная и клиническая психиатрия», 2021, 2, 5 – 12). Тем более, что впервые появляющаяся в этих двух работах ссылка на мою позицию («Биопсихосоциальная модель психических расстройств и интердисциплинарность», НПЖ, 2018, 3, 5 – 13, есть на сайте www.npar.ru) является формальным знаком вежливости и не обсуждается, хотя предлагала более конкретные проблемы, чем необходимость опоры на биопсихосоциальную модель и недостаточность доказательной медицины. Но чтобы претворять эти идеи в действие, необходимым предварительным условием является план этих действий, а это требует прояснения, как понимать биопсихосоциальную модель и «доказательную медицину», т.к. необходимо знать, какими ошибками чреваты обе. В отношении первой — наша позиция в статье 2018 г., в отношении второй — НПЖ: 2013, 4, 11 – 15; 2014, 1, 13 – 15; 2, 18 – 24; 3, 64 – 65. Нынешний уровень доказательной медицины и научометрии еще очень несовершенен, но и совершенный никогда не заменит клинической медицины, как математическая гене-

тика и математическая психология не заменили традиционных, обе нужны и полезны, но не в качестве императива.

Программная работа Н. Г. Незнанова и А. П. Коцюбинского «Биопсихосоциальная парадигма: возможности и перспективы», помещенная в качестве передовой в центральном журнале РОП в 2021 г., производит странное впечатление. Она словно составлена из разнородных частей. 96 % текста посвящено обзору по большей части аннотаций литературы последнего десятилетия, которая поражает банальностью проблематики и уровнем ее разработки, резко контрастирующими с утверждением, что «лишь в последние десятилетия можно наблюдать попытки, направленные на содержательное осмысливание взаимоотношений психики и мозга, подтверждением чего служит развитие представлений о биопсихосоциальной сущности психических расстройств» и «разочарованием в «нозологическом диктанте в психиатрии» в течение последних 100 с лишним лет, что так и не привело к сколько-нибудь убедительным доказательствам». Но то, что предлагается, намного слабее, как концептуально, так и в практике диагностирования, что достаточно выразительно продемонстрировано самой статьей 2021 года. Дело в том, как понимается и как осуществляется нозологический подход: в должном или массовом применении в последние десятилетия. А это разные вещи. О новизне и приоритетах биопсихосоциальной модели как целостной (холистической) говорить не приходится. Эта проблематика широко обсуждалась в 70-е годы, и я хорошо помню сильное впечатление, как и сейчас, от того, насколько более высоким был этот уровень в 20 – 30-е годы. В соответствии с этим фактически никогда не вызывавшим возражений целостным подходом, статья 2021 г. предлагает «основанную на нем» диагностическую процедуру, которая из-за терминологической небрежности легко вводит в заблуждение в практическом применении.

Начнем с того, что авторы, вопреки моим разъяснениям в статье, на которую ссылаются, продолжают использовать вместо традиционного в отечественной профессиональной литературе термина «целостный» английскую кальку «холистический». Мы далеки от давно высмеянных

попыток избавиться от прочно вошедших иноязычных заимствований, но зачем умножать их без всякого обоснования и указания на новые оттенки смысла? Без этого подобный новояз неуместен и вреден в науке. Далеки мы и от советского стиля оплевывания идеологических противников, которому подвергали Яна Смэтса¹. Естественным было бы последовать примеру Курта Гольдштейна, который — объяснив нетождественность своего понимания целостности ходячemu в англоязычной профессиональной литературе — не возражал против перевода подзаголовка своего ключевого труда «Организм» (1934) на английский язык принятым в США образом (1963). Но незнание нетождественности многих ключевых понятий в разных странах и научных школах — источник фундаментальных ошибок, что далеко не мелочь. Холистский принцип в отношении индивидуальных и массовых явлений приобретает противоположное значение: примененный к «планированию свободы» он ведет не к свободе, а к тирании (Карл Поппер, 1943).

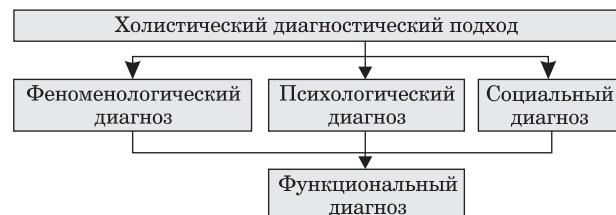


Схема 1

За приводимой в заключении статьи 2021 года итоговой схемой «диагностического подхода» (схема 1) стоит вышедшая в 2017 г. очень своевременная и содержательная монография А. П. Коцюбинского «Многомерная (холистическая) диагностика в психиатрии (биологический, психологический, социальный и функциональный диагнозы)». Досадно, что в этой схеме она представлена настолько небрежно, что естественный здесь схематизм гиперболизировал терминологическую невзыскательность и игнорирование минимальной дидактики. К одному уровню приведены разнорядковые категории. Вместо «феноменологический диагноз» следова-

¹ Ян Христиан Смэтс (1870 – 1950) — философ и государственный деятель ЮАР, автор концепции холизма («Holism and Evolution», 1926), противопоставляющей механической эволюции дарвинизма творческую эволюцию в духе работы 1907 года Анри Бергсона (1859 – 1941) и открытия гештальт-качеств Христиана фон Эренфельса (1859 – 1932), описанных им в 1890 г., но гипостазировавшего ее только для целого, но не его частей. Этую ошибку отметил К. Гольдштейн и уже подтвердила идея фрактальности.

ло бы написать «биологический (сомато-неврологический)». Понятие «феноменологический» в равной мере относится и к психологическому, и социальному диагнозу, как беспредпосыльное тщательное описание в рамках существа специфики каждой профессии, ее онтологического ядра. А ведь на практике и психолог, и социальный работник часто оказываются далекими от феноменологического направления и, используя в своих заключениях ту же лексику, но не тождественные смыслы, легко вводят психиатров в заблуждение. Омонимичность психиатрической и психологической терминологии настоятельно требует неустанного учета.

Мы постоянно имеем дело с «психологическим диагнозом» в судебно-психиатрической судебной практике, наиболее ответственной по своим последствиям, если с ним считаются. Наряду с отдельными превосходно написанными заключениями, их основной массив представляют перечень результатов по набору тестов, которые полностью дублируются в итогах, словно существует предписание относительна размера текста и словно они не умеют обобщить собственные данные. Такова практика даже в Центре им. В. П. Сербского, где не привилась там же провозглашенная естественная идея патопсихологических синдромов.

Что касается «социального диагноза», то, не подвергая сомнению необходимость знания реального социально-экономического положения пациента, динамики и перспектив этого положения, давно реализованного в DSM, нельзя закрывать глаза на верховенство понятия «социальной опасности», которое требует конкретизации: об административной, гражданской, уголовной или политической ответственности и опасности идет речь, так как политическая опасность представляет наибольшие трудности в силу ценностного конфликта сугубо научного, гуманного и охранительно-полицейского подходов. Во всех диагнозах необходимо указывать наличие характерных для них рисков.

Итоговая скороговорка «холистического диагностического подхода» создает ошибочное представление для незнакомых с монографией А. П. Коцюбинского, что автор называет заключительный диагноз «функциональным» (схема 1), а не психиатрическим, клинико-психопатологическим, словно в угоду антипсихиатрическому движению, основная масса которого отождеств-

ляет дух и душу (психическое) и не знает, что феноменологическая психиатрия вне тематики содержаний сознания.

Но оказывается, если обратиться к монографии А. П., что он называет психиатрический, клинико-психопатологический диагноз – биологическим (!), наряду с генетическим, иммунологическим и т.д., вопреки типовому пониманию именования «новой парадигмы», как интегрирующей биологические, психологические и социальные аспекты единого целого в клинико-психопатологическом диагнозе. Верный критический посыл монографии А. П. против односторонней биомедицинской модели, сохраняющейся и даже делающейся доминирующей в современной практике, по вине всевозможных разнорядок и критериев оценки деятельности врачей, которые игнорируют значительную специфику и профвредность психиатрии, ударяет по использованию психиатрического диагноза, чуждого биологизаторству более ста лет назад. Даже В. М. Бехтерев — великий нейроморфолог и невропатолог, рефлексолог-бихевиорист, — отказался, вслед за Генрихом Шюле (1886), с осени 1918 г. от дефиниции психиатрии В. Гризингера, как «науки о заболеваниях мозга» («Введение в патологическую рефлексологию», 1926. Впервые опубликована под названием «Будущее психиатрии», СПб., 1997) в пользу «заболевания личности», т.е. интегрального, а не только биологического подхода. Нельзя же следовать буквальному пониманию именования современных нозологических диагнозов «биомедицинскими». Это грубейшее оглупление выдающегося уровня вкладов клинической психиатрии XX века, не имеющее ничего общего с исторической действительностью. Даже МКБ-10 признает главу, посвященную психиатрии, особенной, используя более общий термин «расстройства» а не «болезни».

Наконец, вся схема должна быть переведена из линейной горизонтали в вертикаль, разработанную в критической онтологии Николая Гартмана модели 4-х онтологических слоев и 16 законов их взаимодействия — философской основы «Клинической психопатологии» Курта Шнайдера и мн.др. выдающихся психиатров².

² Один из наиболее выдающихся отечественных философов Семен Людвигович Франк, отдавший Л. Бинсвангеру от М.Хайдеггера, знавший Н.Гартмана с 1913 г., интересовался его судьбой накануне собственной смерти в 1950 г. и называл его «doctor subtilis», т.е. утонченный, обладающий проницательной философской интуицией. Так современники величали Дунса Скота (1266 – 1308).

Статья характеризуется ограниченностью исторического подхода, словно возобновилась эпоха отечественных приоритетов, непониманием вклада Л. С. Выготского³ и характерным, через запятую, перечнем фундаментальных и второстепенных работ, а — главное — потерей специфики собственного предмета — психиатрии. Не упоминается опасность подталкивания предпочтения именования «биопсихосоциальной модели» к суммативному подходу и связанной с этим фундаментальной проблемой субъекта окончательного диагноза. Кто или что это? Консенсус бригадного метода с распределённой ответственностью? Следование министерскому курсу на преподготовку узких специалистов в домашних врачей? Или влияние антипсихиатрического общественного прессинга? По нашему убеждению, ведущей фигурой в неизбежно двухступенчатой диагностике (первичной и конечной) остается психиатр полноценной выучки. Но это самостоятельная проблема. Интердисциплинарная бригада в государственном здравоохранении слишком громоздкое и дорогостоящее предприятие, осуществимое лишь в казусных случаях или для фасада и парада.

Итак, куда идет психиатрия? Приведенный пример статьи Н. Г. Незнанова и А. П. Коцюбинского указывает один из путей «смерти психиатрии» как самостоятельной медицинской дисциплины в ряду многих других примет времени в заголовках статей и книг: «смерть экспертизы», «смерть феноменологии», «смерть гуманизма» и т.п., вместо прежнего именования их «кризисом» с начала прошлого века. Но это выражает лишь резкие колебания масштабов ситуационной востребованности, а не фатальную тенденцию. Наоборот, мы убеждены, что наряду с крупными централизованными научно-практическими учреждениями с узкими специалистами необходима сеть нескольких градаций набольших и малых медицинских учреждений с врачами более широкого профиля. Тем более, что существует превосходная разработка Б. А. Казаковцева шести типов организации психиатрической службы, учитывающая региональные особенности. И что другие медицинские дисциплины будут подтягиваться к личностному подходу психиатрии, а не психиатрия растворится в диффузно-целостном подходе.

Регрессивные процессы задаются императивной односторонней централизацией, унифика-

цией, догматической системой оценки результатов труда и планирования, вопреки давно известным плачевным примерам деятельности МВД, Миннауки и Минздрава... Это путь ускоренной деградации. Нас еще спасает инерция клиницизма выдающихся традиций прошлого.

Куда идет отечественная психиатрия? — Куда идет всё. Но при всех вызовах времени наша психиатрия оказывается уязвимее всего в силу огромности страны, разнообразия ее регионов, грабительской реформы оптимизации, отсутствия какого-либо подобия земской медицины с ее Пироговскими съездами, которые были ликвидированы, и мн.др. Поэтому общее для всех стран бремя демографических, миграционных, технологических, экологических, экономических, социально-политических процессов для отечественной психиатрии на порядок тяжелее, а с 24 февраля круто усугубилось. Оно отбросило нас на столетие назад, — к началу выдающихся реформ Л. М. Розенштейна, т.е. необходимости по-новому начинать реализацию профилактического направления, в попытке выявить и предотвратить в зародыше не только психические расстройства, но все деструктивные процессы «вплоть до инакомыслия». Наиболее крупные фигуры оппозиции были осенью 1922 г. высланы из страны. Попытка наиболее раннего выявления группы риска привела к понятию «мягкой шизофрении», а попытка зачинателя отечественной педологии — директора Московского института психиатрии А. П. Нечаева противопоставить лозунгу создания особой советской психологии мировой тренд к математизированной общенациональной методологии привела к разгрому Института в 1924 г. Сейчас наше здравоохранение ждет очередное снижение финансирования. Собственно, реформа «оптимизации» в течение последних 15 лет уже в этом тренде. Модель реформирования московской психиатрической службы — наиболее неудобная для мегаполиса — наверняка будет распространена на всю страну.

Мы благодарны Александру Петровичу и Даниилу Александровичу Коцюбинским за их статью, вызвавшую много солидарных и критических идей, а это лучший критерий ее важности для полноценного продвижения нашего общего дела.

³ Неуважительно к читателям писать «известный российский психолог Л.С.Выготский», что равносильно «известный русский физиолог И.П.Павлов». Точнее было бы написать «известный российский педагог», т.к. этого обозначения можно уже не бояться.

КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ

Случай корсаковского симптомокомплекса после странгуляции у хронического алкоголика

Из истории московской психиатрии

Предисловие проф. М. Е. Бурно

Автор рукописного текста 1941 года в старой школьной тетради — мой отец Евгений Иосифович Бурно (1911 – 1994). В тетради — материал для клинического разбора на общебольничной врачебной конференции и для статьи в печать. Отец работал с конца 30-х годов прошлого века почти всю оставшуюся жизнь в Психиатрической больнице № 1 им. П. П. Кащенко в Москве (ныне — Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н. А. Алексеева) практическим психиатром. В 1950 году защитил кандидатскую диссертацию «Динамика психических нарушений при гипертонической болезни» под руководством проф. Г. Е. Сухаревой, которая была в ту пору научным руководителем в больнице Кащенко. (Пекарская Л. И., Агеева З. М. Больница за закрытой дверью. — М.: ИПО «У Никитских ворот», 2016. — Сс. 129 – 131). Став кандидатом наук, отец работал старшим врачом, заместителем главного врача по экспертизе, психиатром-экспертом (в старости). Подробнее о нём — Бурно М. Е. О характерах людей (психотерапевтическая книга). — М.: Академический проект, 2014. — Сс. 440 – 445.

Я почти не тронул этот текст, написанный доброгим мне почерком в этой тетради, чернилами, напоминающими детство. Даже оставил сокращения. Перечитывал, удивляясь живым клиническим описаниям, анализу, глубокому, по существу, знакомству с литературой — тридцатилетнего ординатора, психиатра-практика прежнего, ещё сравнительно недавнего, психиатрического времени. Это всё не только и не просто родственное. Это профессиональная печаль о слабеющей и слабеющей в нашем веке полнокровной неформализованной классической клинической практической психиатрии — психиатрии наших отцов и матерей. Эта психиатрия — несравненно более точна своей живой клиничностью, нежели нынешняя психиатрия, всё более изначально терминологическая.

Думается мне, школьная тетрадь, найденная в бумагах старого клинициста, скажет и о пагубной нынешней искусственности разделения психиатрии и наркологии в нашей стране. Наркологии, теряющей сегодня личность больного, — казалось бы, основу для помощи ему.

Разбор д-ра Евгения Иосифовича Бурно

Случай демонстрировался 23/X 1940 г. на общебольничной конференции Московской психиатрической больницы им. Кащенко (Глав врач — доктор И. Н. Каганович, научный руководитель — проф. Г. Е. Сухарева). Случай должен был быть накануне Отечественной войны опубликован в печати, был принят, но не напечатан в связи с началом войны.

Несмотря на то, что со времени появления в литературе первого описания Корсаковского психоза прошло уже более 50-ти лет, — вопросы

структурной специфики клинической картины этой своеобразной болезни и самостоятельности её как нозологической единицы остаются до сих пор еще спорными. Именно поэтому, нам думается, является небезинтересным описание не только каждого случая истинного корсаковского психоза, сопровождающегося полиневритом, но и опубликование наиболее характерных корсаковских симптомокомплексов, приближающихся нередко не только по своей клинической структуре, но и по течению к картинам, описан-

Случай корсаковского симптомокомплекса после странгуляции у хронического алкоголика

ным самим Корсаковым. К этому разряду, мы думаем, относится и наш случай.

Перейдём непосредственно к его описанию.

Петров Андрей Петрович, 32 лет.

Калильщик з-да № 22.

Поступил в Псих. б-цу им. Кащенко 16/VII — 40 г. по путёвке уч. психиатра с диагнозом: «Aff. ser. org., psychosis alcoholica».

Анамнез.

Наследственность:

Отец — общительный, весёлый, жизнерадостный, пил, перенёс белую горячку («ловил чертей»); мать — раздражительная, «нервная»; 2 брата — общительные, синтонные, систематически пьют; 1 брат — замкнутый, угрюмый, тихий, «слова не выдерешь».

Сам больной в детстве развивался нормально. Тяжело перенёс дифтерию (деталей не знает). По характеру с детских лет — общительный, весёлый, живой, «хвастливый», одновременно — мягкий, уступчивый. В школе учился хорошо, «был мозголовый». По окончании сельской школы некоторое время работал по крестьянству; потом выдвинулся по общественной линии и вскоре был переведён в г. Малоярославец, где работал «по профсоюзному делу» («председателем или секретарём союза сельскохоз. и лесных рабочих») при Волисполкоме.

С 17 – 18 лет начал выпивать, «сначала мало, потом — больше». Была «подходящая компания». С 22-х лет временно перестал пить, т.к. был призван на военную службу. «Служил» 2 года. Окончил полковую школу, был младшим командром, получал благодарности, премии, отпуска.

В 1932 г., по возвращении с военной службы, устроился учиться «на слесаря». Через 1/2 года получил квалификацию и устроился на Велозаводе калильщиком. Стал опять выпивать. Постепенно всё больше втягивался в это занятие. «Похмелялся». Если первое время числился хорошим, «незаменимым» работником, то вскоре уже стал известен на заводе как прогульщик и пьяница.

В 1935 году ушёл с Велозавода. С тех пор стал часто менять место работы. Некоторое время работал мастером на строительстве «Метро». Часто опаздывал, прогуливал в связи с пьянством, получал взыскания, штрафовался в милиции и т.д.

В 1939 году мобилизован как специалист-калильщик на з-д № 22. Там получал частые выговоры за явку на работу в нетрезвом состоянии. Последний год пьёт особенно много. Мог выпить сразу до литра водки. Пил обычно «в компании». В состоянии опьянения — «хвастливый», весёлый, «много врёт», раздражительный, но «не злой». Последние месяцы алкоголь занимал осо-

бенно большое место в быту больного. Несмотря на это числился неплохим работником, много зарабатывал (больше 1000 руб. в месяц), но всё пропивал в обществе приятелей, с которыми ворил, по словам администрации завода, «пьяную компанию». Стал делать брак.

В конце июня 1940 г. (ещё перед указом правительства о труддисциплине) б-ой пришёл на работу в нетрезвом состоянии, получил очередное взыскание. 27-VI (в ноч. смену) пришёл на работу молчаливым, раздражительным, рассеянным; в ответ, по-видимому, на замечания мастера, отказался совсем выполнить свою обычную работу. 28-VI утром (после ночной смены) пришёл домой в состоянии опьянения, заявил, что «придётся теперь проценты выплачивать». Насторожение было подавленное, злобное, раздражительное, разбил об пол чашку, потом успокоился.

По словам родных, несмотря на состояние опьянения, «был в полной памяти». Послал мл. брата «прикурить». Возвратившись, мл. брат не застал б-го в комнате, а через некоторое время, случайно заглянув в уборную, увидел его висящим в петле из велосипедной цепи. «Лицо было багровое, дыхания не было». После процедуры искусств. дыхания «стал приходить в краску», дышать. Скорой помощью был отвезён во 2 градскую б-цу.

Во 2 гр. б-це б-ой находился с 28-VI по 16-VII 40 г. Согласно выписке из истории болезни поступил туда в бессознательном состоянии, с судорожными подергиваниями во всём теле, с выраженной странгуляционной бороздой; зрачки были расширены, глотание затруднено. 29-VI б-ой был показан консультант-невропатологу, отметившему затемненное сознание, моторное беспокойство, расширенные зрачки с вялой реакцией, и поставившему под вопросом диагноз отёка мозга.

30-VI б-го смотрит консультант-психиатр и находит у него оглушенное состояние сознания; всё же известный контакт с б-ым уже возможен, причем обнаруживается амнезия на суицид. попытку и последующий период времени.

Дальнейшее наблюдение психиатра выявляет дезориентировку, нелепое поведение: больной прячет своё грязное бельё в чужие тумбочки, моется в склянку от термометров и т.д.

16/VII б-ой переведён в Псих. б-цу им. Кащенко.

Status.

Б-ой астенического сложения, среднего питания, наружные покровы бледные. В лёгких везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены,

границы Н. Кровяное давление 118/74. Живот мягкий, безболезненный.

Hepar, Lien не прощупываются. (соматич. статус консультирован со ст.консультантом-терапевтом б-цы д-ром Меньшиковым В. С.).

Неврологически: Черепно-мозговые нервы в пределах Н. Нерезкий трепор век и вытянутых пальце рук. Легко выраженный симптом Romberga. Живые сухожильные рефлексы. Патол. рефлексов, ригидности затылка, с. Кернига нет. Умеренно выраженный красный дермографизм. (неврологический статус проконсультирован с консультантом-невропатологом б-цы д-ом Шендеровым Л. А.).

Психический статус больного за время пребывания его в нашей б-це претерпевал некоторые изменения; все же в течение первых 4-х месяцев он был довольно стабилен и представлялся в следующем виде.

Б-ой в отделении незамечен, спонтанно почти не общается с окружающими, много лежит. В то же время на вопросы отвечает довольно быстро, живо и формально правильно. Речь б-го сопровождается живой мимикой, эмоциональный фон временами несколько эйфоричен. Содержание ответов б-го выявляет значительную дезориентировку в месте, времени и окружающем. Иногда он полагает, что находится в б-це в г. Малоярославце, реже (обычно во время беседы с врачом в кабинете) говорит, что находится «в НКВД», считает, что его «допрашивают»; иногда (когда лежит) отвечает, что находится в поезде, не знает «какая сейчас была остановка», «скоро Архангельск». Иногда довольно правильно отвечает, что находится «в психической б-це Кашенко, бывшая Канатчикова дача». От чего здесь лежат — не знает: «Кажется ничего не болит, не пойму что-то — для чего я у вас»... Не знает сколько времени находится в больнице: «Наверно, уже недели полторы, а может и месяца полтора». Все же б-ой не вспоминает: на вопрос, не находится ли он здесь уже года полтора, отвечает отрицательно: «Нет, в 1940 г. я еще был дома»... В другое время отвечает, что «первый день здесь...», «только прибыл»..., никогда еще не был здесь до сих пор». Число обычно отказывается назвать: «Не припомню»... Месяц иногда угадывает, чаще путает; иногда взглянув в окно, отвечает: «Какой то осенний месяц»... Дальше диалог идет обычно следующим образом: «Какие вы знаете осенние месяцы?» — «Сентябрь, октябрь, ноябрь»... — «Так какой же?»... — «Значит средний — октябрь». Год первое время тоже путал, в дальнейшем же все чаще называл его правиль-

но (необходимо отметить, что б-ому очень часто задавался этот вопрос не только врачом, но и средним и даже младшим персоналом). Ориентировка в своей личности сохранена: знает свое имя, отчество, фамилию, год рождения). Совершенно не помнит, что несколько минут тому назад беседовал с врачом, часто заявляет, что видит его вообще «первый раз». Не помнит, что завтракал, обедал. Нередко во время утреннего обхода говорит, что уже обедал, перечисляет блюда; иногда перечисляет блюда завтрака, иногда же называет совершенно вымыщенное меню. Часто говорит: «Забыл, не помню»... Только что победав, часто заявляет, что еще не обедал. Однажды в связи с этим, когда сестра отказалась дать второй обед, дал кратковременную вспышку возбуждения, разбил об пол стул; через несколько минут ничего об этом не помнил. Через 1/2 часа после взятия ликвора полностью отрицал, что ему делали что-либо подобное. Не помнит кто у него был на свидании и было ли оно вообще; иногда конфабулирует: «Мать была и младший брат»...(посещает только брат). При напоминании о брате говорит: «нет, не помню чтоб он был, этого быть не может»... Б-ой не может назвать имени-отчества леч. врача и других сотрудников отделения. Все же при перечислении ряда имён-отчеств правильно указывает на имя леч. врача: «Кажется это больше подходит». Часто б-ой отмечает, что то или иное событие происходит второй раз, что он второй раз в этой б-це, что он второй раз видит то или иное лицо и т.д. Память на давнoproшедшее лучше. Без деталей, правда, но вспоминает, что 5 лет учился в школе, что работал в волисполкоме в гор. Малоярославце, что служил два года в армии, что учился в Полковой школе и был после этого командиром. Вспоминает, когда началась 1-ая мировая война, когда была Октябрьская революция. Хронологию своей жизни по возвращении из армии восстановить уже не может. Помнит только, что работал 1 год на велозаводе. Временами отвечает правильно, что это было после военной службы, временами настаивает, что до военной службы. Дальнейшее, начиная примерно с 1934 – 35 г., полностью выпадало из памяти, при чем заполняет б-ой этот период временами конфабуляциями и псевдореминисценциями: «Торговал газетами», «работал в колхозе», «организовал колхоз и сам в нем работать стал», «работал, косил, молотил», «работал в Волисполкоме председателем союза лесных и сельскохозяйственных рабочих». Категорически отрицает, что за это время работал на ряде производств, в том числе последний год на военном заводе. Возмущается

Случай корсаковского симптомокомплекса после странгуляции у хронического алкоголика

даже несколько в ответ на вопросы о прогулках, приводах в милицию, штрафах и т.д. Соглашается только, что пил.

При исследовании счета и комбинаторных способностей больной дает временами вполне удовлетворительные показатели. Он довольно быстро правильно решает простые примеры на умножение: 7×15 , 9×15 , 6×15 и т.д. (прототипы расчётов в быту, производимые почти механически). Задания же, требующие известной напряжённости внимания и, кроме того, более длительной фиксации промежуточных звеньев расчёта, выполняет хуже. Кроме того и соображение у б-го, несомненно, затруднено. При последовательном вычитании делает часто ошибки, думает много, морщит лоб, часто заявляет: «Нет не могу что-то сообразить, не буду больше»... Быстро истощается. [100 – 17=83=68=51=42=25= «Нет, не скажу»]... При решении примеров на бумаге тоже много думает, нередко делает ошибки.

В отношении критики.

Хотя несообразности на картинках б-ой и не плохо определяет, все же критика, несомненно, снижена. Последнее стало выявляться особенно последнее время. Б-ой стал неожиданно время от времени обращаться к сестрам и санитаркам с сексуальными предложениями. Однажды обратился к врачу с просьбой отпустить его, т.к. ему нужно срочно жениться. Настоящей критики к своему состоянию у б-го тоже нет. Иногда, особенно когда не может сделать довольно элементарного вычисления, как будто бы появляются элементы критики: «Да, голова не соображает что-то»... Но тут же в ответ на вопрос о том, болен ли он, отвечает: «Да нет, ничего не болит, отпустить пора уж, наверное, уж дней пять держите здесь»... Все же дальше протест б-го не идет. Иногда как будто бы соглашается, что раз он в больнице, то следовательно болен; все же в чем заключается его болезнь не может понять: «Может, от онанизма?.. С 1925 г. ведь занимаюсь....» Если охарактеризовать поведение больного в целом за первые 4 месяца пребывания его в б-це (вне периодов, когда он вызван на контакт) — можно было сказать, что б-ой вяловат, апатичен, безучастен к своему настоящему и будущему, аспонтанен; причём, из состояния аспонтанности его выводили в основном только изредка потребности инстинктивного, физиологического порядка («когда поесть, пора уже», «дай закурить», сексуальные предложения).

Изредка б-ой давал недлительные периоды расстройства настроения, был подавлен, раздражителен, резко, неохотно отвечал на вопросы: «Пора отпускать уже, нечего мне у вас делать»...

Однажды во время такого состояния говорил, что он «зарежется», что его все равно «отравят здесь»... Все же через несколько минут все это обходилось и б-ой снова представлялся в своём обычном варианте.

Таким представлялось состояние больного, как я уже упомянул выше, в течение 4-х с лишним месяцев. Последние 2 месяца отмечался значительный сдвиг.

Б-ой стал гораздо активнее, по нескольку раз в день обращался с вопросами к персоналу, врачам, спрашивал, что такое «психиатрическая больница», давно ли он здесь находится, почему он здесь. Появились элементы критики к своему состоянию: «Чувствую какую-то ненормальность в голове, трудно соображать... все же в понятие стал входить»... Строил предположения: «Это от онанизма или от водки, наверно»... Стал по большей части правильно называть по имени-отчеству леч. врача, зав. отделением и ст. сестру, правильно называть год, месяц (правда, не всегда), место своего пребывания. Все же по-прежнему продолжал быстро забывать, чем занимался 10 минут тому назад, что говорил.

Настроение стало подавленным, раздражительным, при чем этот дисфорический фон держался в течение этого времени довольно стойко. Б-ой стал часто требовать выписки, угрожал, что повесится, если его не отпустят. По ночам плохо спал, был суеверен, задавал бесконечные однообразные вопросы персоналу («как попал сюда», «почему здесь» и т.д.), делал сексуальные предположения; временами — агрессивные тенденции, циничная брань. На утро ничего не помнил об этом, удивлялся, что мог так себя вести ночью. Соглашался, что мог забыть это, обещал: «Даю слово гражданина СССР, что больше этого не будет». Через несколько минут о своем слове ничего не помнил.

Петроградная амнезия продолжала держаться по-прежнему стойко.

[В дальнейшем б-ой выпал из нашего наблюдения, т.к. был переведён в другое отделение больницы. Когда нам случайно пришлось увидеть больного и побеседовать с ним в марте 1941 года — состояние его представлялось нам опять значительно ухудшившимся, — соответствовало, примерно, первому варианту изложенного статуса].

Анализы:

Кровь, моча, ликвор — в предел. N.

Консультация окулиста: гл. дно N.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ
К ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОМУ
ОБСЛЕДОВАНИЮ (ПРОИЗВОДИЛОСЬ А. М. ШУБЕРТ)**

В центре всех нарушений у больного лежит расстройство памяти, как на старые, так, главным образом, и на новые впечатления. Последние начинают тускнеть и исчезать уже через несколько секунд. Решающим моментом является при этом появление новых впечатлений, которые как бы смывают прежние. Этим объясняется главным образом затруднённое понимание читаемого: каждый новый отрезок прочитанного вытесняет из памяти прочитанное раньше. При повторном перелистывании альбома из 10 картин тотчас же после первого просмотра б-ой уже не узнаёт ни одной из них. Не возникает даже никакого чувства знакомства. Чем резче сменяются впечатления или окружающая ситуация, тем полнее забвение. Однако повторное запоминание текста наизусть, заученного наизусть раньше, требует уже меньшего количества перечитываний текста, т.е. какие то следы остаются, но б-ой их не воспроизводит.

Это расстройство памяти, а также некоторая общая заторможенность и вялость б-го накладывают свой особый отпечаток на всю интеллектуальную деятельность б-ого; последняя значительно затруднена. Суждения бываю поверхностны. До правильного решения б-ой доходит не сразу, а лишь пройдя ряд предварительных вспомогательных рассуждений.

Анализ случая.

Личность, отягощённая алкогольной наследственностью (отец перенёс делирий), выявляющаяся до болезни циклоидные черты в характере, а главное, с юных лет злоупотребляющая алкоголем (с акцентом на последних годах), в конце июня н.г., по-видимому, в связи с неприятностями на работе (явка на работу в нетрезвом состоянии, брак, взыскания) дает реакцию с элементами подавленности. Б-ой делается неразговорчивым, раздражительным, рассеянным, а 27-VI, по-видимому, в связи с каким-то замечанием, отказывается выполнять порученную ему работу. 28-VI, явившись домой в состоянии опьянения, предвидя, возможно, что за совершенный накануне дисциплинарный проступок ему придется нести ответственность (за последнее говорит и брошенная им дома фраза о «процентах») и не будучи в состоянии, очевидно, критически расценить свои действия, больной совершил суициальную попытку через повешение.

Описанная в анамнезе картина постстранныционного шока достаточно убедительно гово-

рит о глубине и массивности церебральных нарушений, о brutальности этио-патогенетического фактора, давшего нам соответствующий психопатологический синдром. Сразу по выходе из шокового состояния у б-го были отмечены описанные мистические расстройства, выявившиеся в первые дни на фоне оглушенного состояния сознания.

Психопатологическая картина, наблюдающаяся в дальнейшем уже в нашей б-це и описанная в статусе, грубо синдромологически не представляет собой чего либо экзиститного. Перед нами выраженный амнестический синдром с расстройством способности запоминания, ретро-антероградной амнезией, амнестической дезориентировкой, нарушением способности локализовать ряд событий своей жизни во времени, конфабуляциями и псевдореминисценциями, явлениями так называемой редулирующей паранезии.

Постараемся разобраться в том, насколько близко описанная психотическая картина приближается к Корсаковскому симптомокомплексу (в виду отсутствия в нашем случае полиневрита, — дифференцирование с Корсаковским психозом отпадает).

Основной симптоматологический костяк нашего случая как будто бы не противоречит Корсаковскому симптомокомплексу. Проф. Сербский, правда, выдвигал в свое время одним из отличительных признаков типичного Корсаковского психоза отсутствие ретроградной амнезии (в нашем случае ретроградная амнезия соответствует довольно большому отрезку времени, примерно с 1934 года). Все же считаться с этим моментом едва ли приходится, т.к. в литературе описан ряд случаев Корсаковской болезни с очень длительной ретроградной амнезией (вспомним хотя бы случай Липмана, где ретроградная амнезия соответствовала отрезку времени в 25 лет). Сам Корсаков тоже не отрицает возможность таковой. Он пишет только, что «события, бывшие до болезни», б-ой часто помнит очень отчетливо (подчеркнуто нами. Е. Б.). В другом месте Корсаков говорит, что «когда эта форма наиболее характерно выражена, то можно заметить, что почти исключительно расстроена память недавнего, тогда как впечатления давнишнего вспоминаются порядочно...» (подчеркнуто нами. Е. Б.). Таким образом, Корсаков не отрицает возможность ретроградной амнезии, он только подчеркивает, что чаще ее не бывает и «вспоминается порядочно».

Большинство крупных психиатров настоящего времени считает, что ретроградная амнезия — довольно обычное явление при Корсаковском

Случай корсаковского симптомокомплекса после странгуляции у хронического алкоголика

психозе. Проф. Гейер, например, считает нехарактерным только глубокие, длительные ретроградные амнезии. В остальном структура расстройства памяти, в нашем случае выражаяющаяся в основном в расстройстве способности к запоминанию и репродукции, довольно полно совпадает с картинами, описанными самим Корсаковым и последующими авторами. В согласии с проф. Розенштейном, можно отметить и на нашем случае, что у этого рода бывших способность удерживания образов лучше сохранена, чем воспроизведение их (наш б-ой имя и отчество своего леча. врача в ряде имен-отчеств узнавал; экспериментально-психологическое обследование тоже даёт указание в этом направлении).

Говорит ли против Корсаковского симптомокомплекса состояние других психических функций в нашем случае?

Из приведённого нами статуса можно видеть, что комбинаторные способности, соображение, критика хотя и не в очень резкой степени, но все же, несомненно, страдают у нашего больного. По вопросу об интеллектуальных нарушениях (кроме памяти) у Корсаковских больных в литературе нет единогласия. В то время как одни авторы говорят о значительной сохранности интеллекта, другие прямо говорят о той или иной степени слабоумия у этого рода больных. Однако даже сторонники первого положения говорят об известном (интеллектуальном) снижении. Так, проф. Гиляровский, считая, что остальные психические функции (кроме памяти) у Корсаковских больных не страдают, в то же время говорит об известном «погрубении психики», «ослаблении психического тонуса», объясняя это «условиями развития Корсаков. психоза», например, тем, что этот психоз развивается обычно у хронич. алкоголиков и т.д. Проф. Гейер говорит об относительно хорошей сохранности интелл. деятельности при этой болезни.

Все же большинство исследователей занимается в этом вопросе другую позицию. Сам Корсаков говорит о «своеобразном слабоумии» у этих больных, об «общем ослаблении энергии интелл. деятельности». Крепелин и Бонгэффер считают этих больных «резко слабоумными» (цитировано по Гейеру). Гуревич и Серейский говорят о «резком понижении интеллекта», об «ослаблении способности к суждению».

Таким образом известное интеллект. снижение у нашего б-го, как мы видим из приведенных литератур. данных, еще не препятствует оценке статуса б-го, как Корсаковского симптомокомплекса.

Не меньшее расхождение отмечается в литературе и по вопросу изменений личности и эмоциональной сферы у этого рода бывших. Принято говорить о «живости психики» у Корсаковских больных, о «сохранности личности». Проф. Гиляровский говорит, что у этих больных «полностью сохраняются прежние интересы, эмоц. привязанности», «всегда налицо сознание болезни». О «живости психики» и сохранности личности (правда, относительной) говорит и проф. Гейер. Однако сам Корсаков в своих описаниях отмечает, что бывают «крайние степени вялости и апатии» у этого рода бывших. Об этом же пишут в своем учебнике профессора Гуревич и Серейский («тупость, безинициативность, апатичное безразличное настроение»), а также ряд других авторов (Бюргер-Принц и др.).

На примере нашего случая, нам кажется, можно было бы объединить эти, на первый взгляд, противоречивые литературные данные. Представленный самому себе — наш больной вял, апатичен, аспонтанен. Совсем иную картину мы имеем при общении с ним: б-ой выявляет живость своей психики, быстро, легко отвечает на вопросы, выявляет находчивость и догадливость.

И по вопросу течения заболевания мы находим в литературе совершенно аналогичные нашему случаю описания. Так, проф. Голант считает, что сознание болезни у Корсаковских больных появляется часто только тогда, когда начинается улучшение состояния, а вначале его часто не бывает; — за последний месяц намечается восстановление критики и у нашего больного.

Суммируя все сказанное, мы приходим к выводу, что имеем дело с довольно ясно очерченным Корсаковским симптомокомплексом. Нам кажется лишним подробно останавливаться здесь на дифференциации нашего случая с корсаковоподобным синдромом в понимании проф. Голанта, ибо расстройство репродукции у нашего б-го захватывает довольно определенный период прошлого, граница ретроградной амнезии более или менее четко выражена, а кроме того вся наша психотическая картина не развертывается на том глубоко-слабоумном фоне, как это имеет место в случае, описанном проф. Голантом.

Чрезвычайно интересным является вопрос о локализации поражения при Корсаковском симптомокомплексе вообще и в нашем случае в частности.

Также как в вопросе клинической структуры Корсаковского симптомокомплекса, так и в во-

проце локализации его — имеются значительные литературные расхождения. Корсаков объясняет возникновение амнестич. синдрома токсическим поражением ассоциативных волокон. Сербский и Суханов говорят о разлитом поражении коры. Единичные авторы (Хусс, Франк) высказывают за функциональные нарушения при этом расстройстве. Ряд авторов указывает на наличие амнестич. синдрома при очаговых поражениях лобных, височных, теменных долей (Бишофф, Альцгеймер, Вебер, Гольдшмидт и др.). Однако в этих случаях обычно отмечается и ряд других расстройств, как то афазических, агностических и т.д. В то же время за последнее десятилетие намечается все большее количество сторонников стволовой локализации Корсаковского симптомокомплекса.

Маршан и Куртуа (цитировано по Андрейчикову) на материале в 40 случаев отмечают поражение главным образом стволовой части мозга. Клейст приводит 4 случая опухоли межуточного мозга с Корсаковским синдромом. Бонгейффер и Гейер также присоединяются к авторам, локализующим Корсаковский синдром в стволе. Весьма интересным является выступление Гампера на съезде в 1928 г. На материале из 20 случаев он доказывал, что пато-анатомические находки при Корсаковском психозе, алкогольном делирии и верхнем Верниковском полиэнцефалите одни и те же: все они локализуются главным образом в межуточном мозгу.

Проф. Гуревич также ставит акцент в локализации на межуточном мозгу, отмечая при этом, что в основном патоанатом. субстратом Корсаков. психоза является верхний геморрагический полиэнцефалит Вернике.

О связи между делириозным состоянием, сном, Корсаковским психозом и межуточным мозгом говорит и проф. Серейский, подчеркивая необходимость понимать эту связь патофизиологически, — в разрезе «нарушения динамики подкорковых центров и коры, нарушения таламо-кортикальных связей» в вертикальном разрезе. Тогда делается понятным, говорит проф. Серейский, и значение мамилярных телец (где так часто обнаруживаются пато-анатом. находки) «как узловых пунктов, соединяющих таламус и кору».

Попытаемся высказать некоторые соображения о локализации процесса в нашем случае. Наличие амнестического синдрома с известной вялостью, аспонтанностью, снижением критики к своему состоянию — заставляет задуматься о лобной локализации. Однако отсутствие выраженных апато-абулических явлений или явлений расторможения с эйфорическими или мотриподобными включениями, отсутствие афази-

ческих расстройств, отсутствие тяжеловесности мышления, затруднений в речи, внушаемости, резкого снижения высших интеллектуальных функций, что является по данным проф. Шмарьяна, характерным для любых поражений, дает нам право отбросить это предположение. Видимо и наш случай, в соответствии с вышеупомянутыми литературными данными, имеет преимущественно стволовую локализацию.

Чрезвычайно затруднительными являются в нашем случае вопросы этиологии и патогенеза.

Что является ведущим — алкоголизм или странгуляция? Ряд авторов указывает на возможность возникновения амнестического синдрома и без алкоголизма после странгуляции.

Bödecker, Sommer, Wagner, Moebius, Wollenberg описали ряд случаев ретро-антеградной амнезии после странгуляции (цитировано по Ковалеву).

Kraepelin, говоря о расстройстве душевной деятельности после повешения, отмечает, что «при восстановлении правильной циркуляции крови и дыхания» у этих бывших наблюдается бредовое состояние с моторным возбуждением, ретроградной амнезией и нарушением способности запоминания. Д-р Ковалёв в 1929 г. описал случай амнест. синдрома после странгуляции. Д-р Ильин описал 3 случая ретро-антеградной и ретроградной амнезии после повешения. Во всех случаях наблюдалось довольно быстрое восстановление (от нескольких дней до 7 недель).

Ковалёв, Пфлюгер, Лангendorф и др. полагают, что в этих случаях в результате расстройства кровообращения при странгуляции наступает ацидоз в сером веществе мозга, с последующим клеточным аутолизом.

Несмотря на то, что сама по себе странгуляция может дать, как мы видим, амнестический синдром, все же, нам думается, что в этио-патогенезе нашего случая значительная роль принадлежит алкоголю.

Массивный и длительный алкоголизм, по-видимому, создал известную слабость некоторых систем, соответствующие изменения в сосудах стволовой части мозга, а странгуляция реализовала эту подготовленность, вызвав там, как нам думается, ряд кровоизлияний. Именно этим, нам кажется, можно объяснить недоброкачественное течение нашего случая, говорящее о массивных, по-видимому, необратимых в своей основной части явлениях.

На вопросе о возможности субарахноидального кровоизлияния у нашего больного мы не считали нужным остановиться ввиду совершенно безупречных данных ликвора (в смысле наличия крови), а также отсутствия каких-либо других указаний в этом направлении (соответств. неврологические симптомы и т.д.).

Шизофеноформный психоз алкогольной этиологии или шизофрения?

**Разбор ведет А. А. Шмилович¹, врач-докладчик С. Ю. Мощевитин²
(ПКБ № 4 им. П. Б. Ганнушкина, 23.03.2022)**

Врач-докладчик. Уважаемые коллеги! Вашему вниманию представляется пациент Вадим Сергеевич (имя изменено), 1968 г.р. (54 года), поступил в нашу больницу 12.01.2022.

Анамнез. Родился 01.03.1968 г. в Москве, младшим из двоих детей в полной семье. Мать и отец инженеры. Мать по характеру активная энергичная. Пациент характеризует её, как «сангвиника». Отец замкнутый немногословный. Родной брат отца злоупотреблял алкоголем. Сестра характером в матеря. Отношения с сестрой формальные. «Ей до меня дела нет», а сейчас отношения еще и конфликтные из-за раздела наследства матери. Родители развелись, когда пациенту было 10 лет, но с отцом продолжал общаться — виделись каждую пятницу и субботу. Отец умер в 2002 году от рака предстательной железы.

Пациент родился в асфиксии после долгих затяжных родов. В развитии от сверстников не отставал. Посещать ДДУ не любил — «устраивал истерики». С 7 лет учился во французской школе, хорошо успевал, был отмечен грамотами на олимпиадах по математике. В возрасте 7-ми лет получил ЧМТ — одноклассник выдвинули из-под него стул, он упал и ударился затылком о парту. Сознание не терял, тошило, болела голова. С 10 лет «ужасно» переносит жару и духоту. Отмечает у себя депрессивные состояния, начиная «ещё с детского сада». В течение жизни они проявлялись по-разному. В целом описывает их, как состояние «безнадежности, апатии, когда ничего не трогает». Испытывает быструю утомляемость. «Ни на что нет сил. Сон не идет несколько ночей кряду, но несмотря на усталость, задремать удается только днём накоротке». Подобные состояния чаще возникают после какого-нибудь стрессового фактора и делятся от нескольких дней до месяцев. В груди ощущает «тоску». Испытывает «облегчение вечером, когда садится солнце». Снижается аппетит — мог не есть по несколько дней, но при этом, возможно, алкоголизировался. Эпизодов гипертимии в анамнезе выявить не удалось.

Хорошо помнит состояние депрессии в возрасте 15-ти лет, когда без какого-то повода, обыди или каприза не хотел идти в школу. Утром делал вид, что уходит, а выйдя за дверь, поднимался этажом выше и, дождавшись, когда все уйдут, «приходил домой и ложился спать» или уходил в лес, где гулял и читал. Там же познакомился с людьми, увлекавшимися самиздатом, влился в их компанию, принял в самиздате активное участие, переплетал книги. Со сверстниками «стало неинтересно». В 15 лет с интересом читал Бердяева, Фрейда. Прочитал речь Бродского на вручении Нобелевской премии. Увлекся «метафизической фантастикой», религиозной философией и хиромантией. Объясняет это поголовным увлечением интеллигенции подобными темами в годы перестройки. Читал религиозную литературу, Бхагавадгиту, Авасту. Тогда же серьезно подошёл к выбору вероисповедания и выбрал христианство. Когда все его прогулы вскрылись, он, несмотря на предложение остаться, школу сменил.

Окончил 11 классов. В 17 лет на выпускном вечере впервые попробовал алкоголь, выпил много с развитием картины отравления. После окончания школы дважды пытался поступить в МФТИ на факультет прикладной математики, но не прошёл по конкурсу и на следующий год поступил в МАИ на факультет «Радиочастотные системы».

В 1988 г. (20 лет) перенес ЗЧМТ с потерей сознания — в драке получил удар по голове чем-то железным. Был госпитализирован без сознания в больницу им. С. П. Боткина. Через пару месяцев обратился в ПНД по месту жительства с жалобами на «нервное истощение», бессонницу, слабость, плохую память, раздражал шум и яркий свет. По направлению ПНД более месяца лечился в ПКБ № 13. Получал лечение амитриптилином, френолоном и сиднокарбом. Был выписан с улучшением состояния с диагнозом «неврастения» (выписка не сохранилась). В армию из-за этого не призывался. «Из-за физического истощения» после 3 курса оставил обучение, т.к. «не было ни сил, ни желания учиться, ничем не занимался», «отдыхал». Через год занялся бизнесом: организовал сначала торговый кооператив, потом еще один «православный». Занимался бизнесом 1989 по 1996 год.

¹ Д.м.н., доцент, зав. кафедрой психиатрии и медицинской психологии РНИМУ им. Н. И. Пирогова.

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

В период с 1990 по 1996 гг. пристрастился к спиртному. Выпивал в одиночку маленькими бутылочками по 100 гр. коньяка. За сутки получалось до полулитра. Безуспешно пытался прекратить пьянство, даже в 1993 году после очередного запоя крестился, но прекратить алкоголизацию сам не мог. Алкоголь помогал отвлекаться и общаться. «Становился добрым, собранным, активным, улучшалась память, хватало психических сил на всё». На трезвую же голову испытывал «тоску», «скованность», «несвободу», плохо спал, плохо соображал. При приеме алкоголя «появлялось много линий в мыслях». Здесь следует отметить, что пациенту знакомо чувство наплыва мыслей, но случалось это редко и четко отследить моменты их появления не удалось. Известно, что впервые такое случилось в 1993 году.

Бизнес закончился неудачей. С его слов, его «подставили на 10 млн. руб. После этого он ушёл в запойное пьянство и «пил по-свински» с 1996 г. по 1998 г. Где-то работал или подрабатывал, но практически ежедневно пил водку до 1,0 л в сутки — «пил и не пьянел, только засыпал». К этому времени уже сформирован развернутый алкогольный абстинентный синдром. Через три года пьянства в 1999 г. алкоголизацию прекратил и последующие три года с 1999 г. по 2002 г. не пил. Работал в строительной бригаде по ремонту и отделке коттеджей, занимался настилом и химчисткой ковровых покрытий. Работал не каждый день, но в свободное время не пил. Этот трехлетний спонтанный перерыв в употреблении спиртного — первый в его жизни.

В 2002 г. скончался отец пациента. В день смерти отец не звонил, на телефонные звонки не отвечал. Мать просила нашего пациента съездить к отцу и выяснить, в чем дело. Пациент приехал, звонил и стучал в дверь, но ответа не дождался и уехал, а на следующий день мать вскрыла квартиру и нашла отца мёртвым. Пациент винит себя в этом до сих пор. После смерти отца возобновил алкоголизацию. Пил запоями от 3-х до 10-ти дней (чаще 3 – 5 дней) с частотой 1 – 2 запоя в месяц без длительных ремиссий. Увлечение религией, оккультизмом и хиромантией прекратил и выкинул все книги по этой теме. Проживал с матерью. Работал системным администратором, занимался сборкой компьютеров. Работал нерегулярно, т.к. позволяли средства от сдачи в наем квартиры отца. В это время сошелся с женщиной, злоупотреблявшей спиртным, и жил с ней гражданским браком с 2002 по 2008 год, но в итоге с ней разошелся из-за того, что «она слишком много пила, а он к тому времени прекратил». В 2011 г. познакомился с другой женщиной, которая представилась ему мировым судьёй. Выпивал с ней в квартире отца. Утверждает, что она пыталась его, как программиста, втянуть в преступную деятельность и склоняла к взлому реестра малых предприятий с целью со-

вершения каких-то финансовых махинаций, а также имела цель завладеть квартирой отца. С декабря 2011 г. по конец марта 2012 г. в течение 4-х месяцев пил запоем. На фоне массивной алкоголизации стал слышать «голоса». Голоса слышал ушами так, как в реальности слышит людей. Разговаривал с ними. Голоса комментировали его поступки в третьем лице, «ругали, угрожали и развлекались за его счет». Например, говорили: «Сейчас придет человек и бросит бомбу тебе под дверь!». Казалось также, что «из окон соседнего дома на него направляют какой-то прибор, способный влиять на его мысли».

С 01.04.2012 по 21.04.2012 г. лечился в ПКБ № 4 им. П. Б. Ганнушкина. Согласно выписке, из истории болезни, испытывал страх, тревогу, беспокойство. Говорил, что «связался с плохими людьми, и они хотят его убить». Был эмоционально лабилен, быстро уставал в беседе, жаловался на плохой сон, раздражительность, влечение к алкоголю. На фоне терапии абстинентные и психотические расстройства были купированы. Заявлял, что «преувеличил опасность, которая и так была». Через 20 дней лечения был выписан с диагнозом: «Абортальный алкогольный делирий. Синдром зависимости от алкоголя 2-й стадии. Алкогольная невропатия. Тромбоцитопения. Токсическая энцефалопатия с синкопальными состояниями». В том, что его хотели и могли убить, уверен до сих пор. В настоящее время считает, что эта история еще не закончилась и рассказывает об этом неохотно.

После этого случая «голоса» стали возникать практически после любого запоя, «как феникс из пепла» и чаще «требовали, чтобы он выпил водки». В декабре 2016 г. в течение 10 дней пил водку с каким-то приятелем, называет его «афганцем». Когда пошел домой, по пути было ощущение, что «ноги идут не туда, куда смотрит голова», думал, что его специально подводят под машину. «Дома, выйдя на балкон, почувствовал, что на него с плеч до пяток выливается какая-то жидкость и потом почувствовал, как из пяток распаковались из одного кубического сантиметра и распространились по всему телу «бесы». Появлению в себе «бесов» не испугался, так как «находился после пьянства в беспечном, вальяжном в состоянии». С тех пор «бесов» чувствует в себе постоянно. Ощущал их сначала в ногах, а потом «они влезли в плечи». «Плечи — это вход и выход в полевую оболочку человека». Слышит их голоса в посторонних шумах «через автомобили и через кран с водой». «Бесы» говорят: «Давай обнимемся» ..., «Ты столько делал, а бог тебя не прощает» ..., «Мы такие же, как ты». Они объяснили, что тот человек («афганец») договорился с сатаной, чтобы его «бесы» переселились в него». После встречи с «афганцем» старался не пить, но всякий раз после приема спиртного «голоса» «бесов» возобновлялись. К врачам не обращался. Хо-

дил в церковь, постился, молился, но ничто не помогало. До настоящего времени в течение пяти лет ни разу ощущение присутствия в нем «бесов» его не оставляло.

Вновь лечился в ПКБ № 4 в 2019 г., когда после недельного запоя опять стал слышать голоса. «Беседовал с целой комнатой голосов», «принимал пару носков, висящих на бельевой веревке, за котят», «настольная лампа двигалась сама собой», «видел красные и синие глаза». Синие говорили: «Умрешь через два года», а красные: «Умрешь через три года». Находился на лечении в наркологическом отделении нашей больницы с 24.12.2018 по 11.01.2019 г. с диагнозом: «Синдром отмены в связи с употреблением алкоголя с делирием F10.4». Выписан с улучшением. Сейчас расценивает этот эпизод, с одной стороны, «как натуральную белочку», а с другой — считает, что «все равно это были «бесы». Когда вернулся домой, то сразу снова начал слышать их «голоса».

Т.к. выписка ушла в наркологический диспансер, то обратился НД № 9 и с этого времени (с 21.01.2019 г.) состоит под наблюдением. Согласно справке из НД № 9, прошел курс лечения в ДС и ОМР, «за время наблюдения НД № 9 с 21.01.2019 режим трезвости не нарушил. Подтвержденная ремиссия на 24.12.2021 г. — 2 года 11 месяцев».

Проживал с матерью на деньги, вырученные от продажи квартиры отца. Не работал. Голоса «бесов» слышал эпизодически. Ощущение существования бесов под кожей и их ползания сохранялось постоянно. Первое время «бесы» ползали под кожей почти незаметно. «Страшную угрозу для себя» почувствовал в июне 2021 г., когда «бесы» в плечах стали ползать «как змеи». «Это было так невыносимо, что чуть не выпрыгнул с балкона». Поясняет: «Бесы — мастера по самоубийству и могли довести меня, но я выпил бутылку валокордина и смог уснуть, а на утро смог вызвал «скорую». С 05.06.2021 по 22.07.2021 г. по поводу указанной симптоматики лечился в ПКБ № 4. При поступлении жаловался на «ощущение ползающих «бесов» под кожей груди и плеч». Пояснял локализацию болезненных ощущений так: «Наша оболочка полевая, она как маечка на плечах висит, поэтому и можно залезть под кожу через открытые плечи». Далее пускался в пространные рассуждения на тему эзотерики и послойного строения биополя человека. Наряду с ощущениями под кожей, слышал голоса извне. Пояснял: «Раньше я слышал их только, когда включал кондиционер или воду в ванной. Им нужны были низкие частоты для того, чтобы разговаривать, а теперь уже и не нужны. Я слышу их беспрерывно». Ухудшение состояния, связывал с тем, что до этого дважды исповедовался: «После исповеди «бесы» не могут во мне находиться, но и выйти не могут, т.к. ос-

лабли и не могут преодолеть сопротивление тела». «Бесы» сказали мне, что доведут меня до суицида, чтобы выбраться наружу».

В отделении был пассивен, малообщителен. Большую часть времени лежал. 29 июня 2021 г. во время пребывания пациента в больнице умерла его мать. Смерть матери воспринял внешне спокойно, выписки на похороны матери не требовал. Находился на лечении в нашем отделении 47 дней. Получал терапию: Sol. Haloperidoli 0,02, Zuclopenthixoli 0,03, Sol. Zuclopenthixoli 5%-2.0, Chlorprotixeni 0,1, корректоры. В процессе терапии галлюцинаторная симптоматика ушла. Выписываться из больницы не хотел. Говорил, что после смерти матери он будет жить один и не уверен, что справится с «голосами». В то же время просил о выписке. От перевода в дневной стационар отказался, ссылаясь на необходимость решения имущественных проблем после смерти матери. 22.07.21 г. был выписан с диагнозом: «Органическое бредовое (шизофреноподобное) расстройство F06.2», под наблюдение ПНД № 17. Рекомендовано: Sol. Zuclopenthixoli 0,2 раз в месяц, Chlorprotixeni 0,1, Trihexyphenidyl 0,006.

Состояние ухудшилось на второй день после выписки, когда вновь стал «ощущать бесов», слышал, как «они его оскорбляют». Самостоятельно вызывал бригаду скорой психиатрической помощи, по направлению дежурного психиатра доставлен в приемное отделение ПКБ № 4 им. Ганнушкина. Находился на лечении 35 дней с 26.07.2021 по 31.08.2021 г. При поступлении уверяет, что алкоголь не употреблял. Предъявляет жалобы на «бесов», ползающих под кожей. Поясняет: «Это не червяки. Я чувствую их физически, «как если бы на мне был одет гидрокостюм, а под ним плавали рыбки». Слышит «страшные голоса «бесов» в шуме воды, кондиционера, автомобиля». Говорит: «Ужаснее не придумаешь, угрожают мне, говорят, что зря я в больницу приехал, все равно они меня уделают». Считает, что каждый бес связан с каким-то его грехом. Считает, но «тех грехов, что у него есть, достаточно, чтобы «бесы» имели право его мучить». Считает, что это результат порчи. Поясняет, что скорую помочь вызвал сам: «Страшно стало, живу один». Настроение несколько снижено. Эмоционально однообразен, лицо маскообразное. Мышление замедлено по темпу, паралогичное. Получал терапию: Haloperidol 0,02 i. M. и р.о., Sol. Haloperidoli Dec. 0,1 раз в две недели. Лечение галоперидолом переносил плохо — был заторможен, жаловался на слабость в ногах. В процессе терапии — незначительное улучшение. Уверял, что «бесы» в нем ползают тихо и с ним не разговаривают. Уверял, что «бесы» с ним навсегда и ничто ему не поможет, поэтому смысла в лечении не видит. Неохотно согласился на лечение в дневном стационаре. Выписан на терапии:

Aripiprazoli 0,01, Chlorprotixeni 0,05, Trihexyphenidyl 0,006.

По результатам ЭПИ от 07.09.2021 г. проведенного в дневном стационаре: «... на первый план выступают специфические нарушения мышления и личностные изменения по шизофреническому регистру. Выявляется искажение, нецеленаправленность, разнoplановость и неправомерность процесса обобщения, проявляющаяся в актуализации малосущественных, латентных признаков объектов. Склонен к зависимости поведению. Мнестическая функция снижена. Также необходимо отметить изменения личности в виде эмоциональной выхолщенности, уплощенности, безынициативности, пассивности, снижения прогностических и критических способностей. Личность замкнутая, социально дезадаптированная, не имеющая планов и целей».

В ДС получал лечение: Aripiprazoli 0,015, Chlorprotixeni 0,05, Trihexyphenidyl 0,006, Pirlindoli 0,3. Дважды был осмотрен комиссией врачей и подтвержден диагноз: «Органическое бредовое (шизофреноидное) расстройство, галлюцинаторно-бредовый синдром. Синдром алкогольной зависимости 2 стадия. Ремиссия». ВК от 01.09.2021 г. рекомендует проводить дифференциальный диагноз с болезнью Блейлера. ВК от 18.10.2021 г. выставляет диагноз «Шизофрения параноидная» или «Ипохондрическая шизофрения». Вне стационара провел около двух месяцев. Проживал одиноко. Алкоголь не употреблял. Из-за раздела наследства матери часто конфликтовал с сестрой. После увеличения дозы арипипразола до 15 мг 22.10.2021 г. в связи с плохой переносимостью арипипразол был заменен на Tab. Ziprasidone 0,08. После этого в ночь с 23.10 на 24.10.2021 выпил вина и самостоятельно вызвал СПП. При осмотре жаловался на голоса, и был госпитализирован дежурным психиатром. Находился на лечении с 23.10.2021 г. по 03.12.2021 г. Состояние при поступлении и на протяжении госпитализации соответствовало описанному выше.

Заключение по результатам патопсихологического обследования от 12.11.2021 г. «...выявлены выраженные негативные изменения как мыслительной, так и аффективно-личностной сфер по эндогенному типу.»

01.12.2021 осмотрен комиссионно в связи с направлением на МСЭК. Диагноз: «Параноидная шизофрения со стойкими и выраженным нарушениями психической деятельности. Непрерывный тип течения, отсутствие ремиссии. Галлюцинаторно-параноидный синдром F20.006». Документы сданы в МСЭК, определена 2-я группа инвалидности. Получал терапию: Olanzapini 0,01, Pirlindoli 0,35, Chlorprotixeni 0,05. На этой терапии с незначительным улучшением выпущен домой. После выписки наблюдался в ДС

и ПНД № 17. Получал терапию: Tab. Olanzapini до 0,015, Tab. Chlorprothixeni 0,05, Sol. Clopixoli acuphase 0,05 раз в 3 дня № 3, Tab. Pirlindoli 0,25. Тем не менее, постоянно испытывал ощущение, что в нем живут «бесы».

12 января 2022 г. выпил с приятелями и вновь стал слышать «голоса». В тот же день самостоятельно вызвал бригаду СПП и был госпитализирован в нашу больницу. При поступлении жалуется, что «бесы ползают в ногах и в груди». Ощущение бесов под кожей чувствует постоянно. «У них тонкое эфирное тело, тонкая материя. Они могут сжиматься до размера 1 см³, а могут раздуваться до размера двухэтажного дома. «Бесов» видят только те, к кому они обращаются». «Бесов» вокруг много больше, чем людей». Говорит, что, когда «бесы» снаружи, они знают о человеке мало, когда же они внутри, они знают все его мысли. «Бесы» способны предугадывать его поступки. Они «могут поднять ему давление», «вызвать сердцебиение», «могут нагнать жути», «навязать мысли». В существовании «бесов» внутри себя абсолютно убежден и коррекции не поддается. Говорит, слышит их «голоса». «Бесы» говорят и мужскими и женскими голосами. Голосов множество. Слышит их в посторонних шумах — шуме текущей воды, работающего кондиционера, в работе машин, иногда они шепчут на ухо и редко, он слышит голоса «бесов» в голове. «Это очень страшное ощущение! О том, что они говорят, надо догадываться... Возникает ощущение, что голова вот-вот разорвется». Бесы «говорят», что выйти из него не могут, что избавиться от них можно только постом и молитвой, став святым». Говорит, что «бесы разглядели в нем грешника», в том смысле, что он «пил, курил и жил в блуде, не оформляя отношения с гражданской женой». Сам считает себя из-за этого грешником. Жалуется на плохое настроение в течение всего дня. «Когда принимал пиразидол, испытывал «облегчение вечером, а без пиразидола разницы нет. Испытывает апатию, тоску и утомляемость. В груди бывает ощущение тоски. Говорит, что у него основной фон настроения «по жизни» подавленный. Алкоголь помогал ему, как наркоману, стимулировать эндорфины. После назначения феварина, вместо пиразидола улучшения настроения не отметил. Считает антидепрессанты «костылем, не меняющим главное». В беседе монотонен. Мало оживляется при разговоре на алкогольную тему и сводит беседу к тому, что винит себя за пьянство. Элементов алкогольного юмора в беседе не допускает. Интеллектуально сохранен, начитан. В беседе заинтересован, открыт. Держится корректно, уважителен к собеседнику. Нить беседы не теряет. Грубых расстройств мышления в беседе не обнаруживает. Нарушений памяти за собой не замечает. В течение полуторачасовой беседы признаков утомления не обнаруживает. На просьбу охарак-

теризовать себя по характеру, говорит: «Я интроверт. Меня всегда тяготило общение. Научился общаться с людьми только в бизнесе, но к этому времени я уже начал употреблять спиртное. Пил практически всегда один, так что «меня никто не видел и не слышал, никому не мешал. С соседями по дому поддерживаю хорошие отношения». С его слов, дома у него порядок, содержит кошку, за ней сейчас ухаживает соседка, у которой есть ключ от его квартиры. Время проводит за чтением и в интернете. Идти в монастырь спасаться от бесов постом и молитвой он не собирается, потому что опять возникнет «проблема личность — коллектив», поэтому в монастыре он не удержится по той же причине, каковая мешала в детском саду, в школе, в институте и на работе. В лечение не верит. Критики к идеям одержимости нет. Фиксирован на своих переживаниях. Суициdalные мысли отрицают. Эмоционально сглажен. Мимические проявления маловыразительные. Речь маломодулированная, темп мышления и речи замедлен. Соматическое состояние удовлетворительное. Склонен к запорам. Получал терапию Азалептином до 300 мг. На фоне терапии галлюцинаторная симптоматика полностью ушла, ощущение ползания бесов в теле временами вообще не ощущает, или чувствует слабо.

- ЭЭГ: «Легкие диффузные изменения БЭА головного мозга, резидуально-органического характера с признаками дисфункции стволово-диэнцефальных структур — легкая дезорганизация основного ритма, диффузное усиление индекса полиморфной низкоамплитудной тета-активности. Ирритативные знаки отрывочные диффузные»
- Заключение невролога: «Токсическая энцефалопатия».
- Заключение терапевта: Хронический бронхит. Кардиомиопатия.

КОНСУЛЬТАЦИИ

Заключение по результатам патопсихологического исследования от 07.09.2021

- При патопсихологическом исследовании использовались следующие методики: «10 слов», «Пиктограммы», «Ответные ассоциации», «Исключение предметов», «Сравнение понятий», «Простые аналогии», толкование условного смысла метафор и пословиц, «РНЖ», «Сюжетные картины», методика Шмишека. Применялись методы наблюдения, клинической беседы.
- Внешний вид неопрятный, неухоженный: немытые сальные волосы, шелушащаяся кожа. Испытуемый соблюдает дистанцию. Ориентирован во времени, пространстве, собственной личности. Продуктивному речевому контакту доступен, зрительный контакт поддерживает. Речь

внятная, грамматически стройная, грамотная. Голос негромкий, маломодулированный, невыразительный. Мимические реакции невыразительные, испытуемый гипомимичен. Поза несколько скованная, закрытая. В ходе обследования испытуемый напряжен, закрыт. Поведение упорядоченное. Словарный запас достаточный. Уровень знаний соответствует полученному образованию. На вопросы отвечает подробно, по сути. Общий эмоциональный фон ближе к ровному. Предъявляет жалобы на «бесов, которые ползают под кожей». Себя больным не считает. Впервые отмечает изменение состояния в 1988 году, когда был госпитализирован в психиатрическую больницу с «нервным истощением». После госпитализации стал злоупотреблять алкоголем, самый долгий запой — 2 года. В 2010 году после длительного запоя — 4 месяца — впервые стал слышать голоса, разговаривал с ними. В 2016 году он, по его словам, внезапно «понял», что «в него переселились бесы из знакомого афганца», «афганец заключил сделку с сатаной, чтобы бесов из себя убрать, а я был рядом, вот в меня и переселились», «бесы разговаривают, ползают под кожей», «их состояние зависит от состояния самого человека: если я сплю — они спят, если я выпил ваши успокаивающие таблетки — они затихают». Текущее ухудшение отмечает с июня 2021 года, когда «бесы стали сильнее, ползали как змеи постоянно, ничто их не брало». Является младшим ребенком в семье из двух детей. Родители развелись в возрасте 12 лет, но с отцом продолжал общаться. ДДУ посещал, но говорит, что никогда не нравилось, устраивал истерики. В школу пошел в 7 лет. Учился средне. После школы поступил в университет, но отчислился со второго курса, так как, с его слов, никак не мог получить зачет по физкультуре. Занимался предпринимательской деятельностью, последнее время не работает. Живет на деньги от проданной недвижимости. Утверждает, что сейчас не может работать, только если «на каком-то низкоквалифицированном труде, где не нужно думать». Целей и планов не имеет. Интересы примитивно-бытовые. Социальная активность выраженно снижена.

Цель исследования понимает. Не проявляет заинтересованности в результатах. Отношение к обследованию формальное. Критические и прогностические функции выраженно снижены. Темп работы средний. Понимание инструкции доступно, но в ходе обследования неоднократно нарушает инструкцию. Средний уровень продуктивности. Ошибки исправляются после указания на них. Доступен коррекции. Указание на ошибку повышает эффективность деятельности.

При исследовании мнестических процессов наблюдается снижение объема непосредственно-го механического запоминания (кривая воспроизведения 10 слов: 5-6-8-8-8, отсрочено — 4 сти-

мула). При опосредованном запоминании («Пиктограммы») испытуемый из 8 стимулов воспроизводит 6 и 2 близко по смыслу, операция опосредования доступна. У испытуемого наблюдаются трудности опосредования сложных, абстрактных стимулов. Ассоциативные образы («Пиктограммы») преимущественно носят конкретно-ситуационный характер, эмоционально обеднены и примитивны, эпизодически отдалены и не проективны. При исследовании мышления («Исключение предметов», «Сравнение понятий») можно сделать вывод о нарушении операционального компонента мышления в виде искажения процесса обобщения. Необходимо отметить нецеленаправленность, разноплановость и неправомерность процесса обобщения, проявляющуюся в актуализации малосущественных, латентных признаков объектов. При этом испытуемому доступны основные мыслительные функции (анализ, синтез, обобщение, опосредование, абстрагирование). При способности испытуемого передавать условный смысл метафор и пословиц эпизодически наблюдается нечеткость и расплывчатость трактовок, а в отдельных случаях смысловые смещения. В описании картин с эмоционально окрашенным сюжетом испытуемый верно улавливает смысл происходящего.

При исследовании эмоционально-личностной сферы («РНЖ», методика Шшишека) можно сделать вывод о социально дезадаптированной личности с заострением дистимных, застревающих и педантичных черт. Склонен к зависимому поведению. Необходимо отметить такие личностные черты как обидчивость, подозрительность, мнительность, ранимость, склонность к формированию сверхценных идей, нерешительность, инертность психических процессов, трудности в принятии решения и адаптации в новых условиях на фоне эмоциональной уплощенности, выхолощенности, апатичности.

Таким образом, при патопсихологическом исследовании на первый план выступают специфические нарушения мышления и личностные изменения по шизофреническому регистру. Выявляется искажение, нецеленаправленность, разноплановость и неправомерность процесса обобщения, проявляющаяся в актуализации малосущественных, латентных признаков объектов. Склонен к зависимому поведению. Мнемическая функция снижена. Также необходимо отметить изменения личности в виде эмоциональной выхолощенности, уплощенности, безынициативности, пассивности, снижения прогностических и критических способностей. Личность замкнутая, социально дезадаптированная, не имеющая планов и целей.

Заключение по результатам патопсихологического обследования от 12.11.2021 г.

По результатам наблюдения и клинической беседы: обследуемый доступен продуктивному речевому контакту в полном объеме, во взаимодействии формален, заинтересованности не проявляет, отмечается повышенная напряженность и настороженность. Зрительный контакт поддерживает эпизодически. Социальную дистанцию взаимодействия формально соблюдает. Все виды ориентировки сохранены. В рамках вопросно-ответного стиля удерживается с трудом, формален, информацию предъявляет развернуто, однако в своих переживаниях раскрывается неохотно. При расспросе, сообщает, что в ПБ госпитализирован не единожды, причину актуальной госпитализации поясняет: «...попали злые духи ко мне в большом количестве, потом они угрожали и стали ползать по телу как змеи, я даже искал место под балконом, куда бы прыгнуть, а потом выпил валокордин целую бутылочку, развел в стакане воды, выпил и заснул, проснулся они еле ползают я воспользовался этой возможность и вызвал скорую». Эмоциональный фон уплощен, эмоциональные реакции слабо дифференцированы, стереотипны, амбивалентны. Мимика и пантомимика скучны, вычурны и маловыразительны. В поведении отмечается незаинтересованность ситуацией, повышенная напряженность, подозрительность. Отношение к обследованию безразличное, во время обследования предъявляет множество амотивационных реакций, мотив экспертизы слабо сформирован. Предложенными заданиями тяготится, в деятельности незаинтересован. Характеризовать себя затрудняется, круга общения не имеет, планов на будущее не высказывает.

По результатам патопсихологического обследования: инструкции усваивает с трудом, в упрощенном виде, удерживаться в рамках алгоритма не может, значительная организационная и направляющая деятельность не повышают продуктивность выполнения проб. Произвольность деятельности снижена, обследуемый не стремится выполнять задания на максимально высоком уровне, предпринимает попытки ухода от ситуации обследования. Психомоторный темп нерезко замедлен, неустойчивый, умственная работоспособность невысока, без выраженных признаков истощаемости психической деятельности в условиях функциональной нагрузки. При исследовании интеллектуальных способностей пациента, следует отметить, что при нарастании сложности заданий произвольный контроль снижается, обследуемый склонен хаотично выбирать ответ, не сверяя его с предлагаемым образцом, таким образом, полученные результаты IQ = 49 баллов, значительно ниже нормативных ориентиров. Темп мыслительных процессов замедлен. Мыс-

лительная деятельность малопродуктивна, в операциональной стороне мышления отмечается измененность мыслительных операций по типу искажения операции обобщения, выявляется выраженное нарушение структуры мыслительной деятельности в форме «расплывчатости» структуры суждений, актуализация латентных связей между понятиями. Ассоциативная продукция представлена примитивными, формальными образами, с элементами символизма и тенденциями к эмоциональному выхолащиванию, содержательная адекватность образов снижена. Мотивационный компонент мыслительной деятельности характеризуется снижением целенаправленности, элементами разноплановости, при сниженной саморегуляции и критичности мышления (обследуемый не отслеживает свою патологически измененную продукцию и не прибегает к спонтанной самокоррекции своих действий).

В структуре личности на первый план выходит выраженные изменения личностных особенностей по щизоидному типу. Индивидуально-психологические особенности обследуемого характеризуются недоверчивостью, неконтактностью, неспособностью установления социальных контактов с выраженным нарастанием аутизации. Поведение отличается выраженной избирательностью, обуславливается субъективно значимыми болезненными переживаниями, что указывает на выраженную социальную дезадаптацию.

Таким образом, по результатам патопсихологического обследования выявлены выраженные негативные изменения как мыслительной, так и аффективно-личностной сфер по эндогенному типу. Критика к своему состоянию значительно снижена.

Ведущий: Спасибо большое. Какие вопросы? Он каждый раз в одно и то же отделение поступал здесь? — Да, он у нас был. — То есть у Вас была возможность его видеть в разные годы? — Нет. Только 2021 год. А до этого он был не у нас, информация по выпискам. — Были другие отделения, да? — Да. — Там он и в наркологическом лежал отделении как-то и так далее? — Да, да. — Понятно. Какие вопросы? — Если нет вопросов, давайте пригласим пациента.

БЕСЕДА С ПАЦИЕНТОМ

— Здравствуйте! — Садитесь. Вадим Сергеевич Вас зовут? — Да. — Очень приятно. Меня зовут Андрей Аркадьевич. Все здесь, кто присутствуют, это врачи. Пусть Вас не пугает, что тут так много людей. Это наша обычная ежемесячная конференция. Здесь, мы смотрим пациентов для того, чтобы лучше разобраться с их состоянием. Можете снять маску? — Да. Совсем снять? — Как Вам удобно. Можете совсем. Будьте добры,

чуть погромче говорите, если получится, ладно? — Я немножко голос потерял. — А что случилось? — Бывает, просто теряется голос. — А из-за чего? — Да не знаю. — Какая-то причина же есть этого? — От волнения, наверное. — От волнения? — Может быть. — Других нет причин? — Нет. — Понятно. Вы волнуетесь? — Естественно! — Понятно. В этой больнице Вы уже не первый раз, много раз бывали, в разных отделениях бывали. Вы много лет уже наблюдаетесь в диспансере, да? Знаете, хорошо... — Нет, почему? В диспансере, начиная где-то ... 2000... 2017 года. — С 2017 года, много лет уже, можно сказать, 4 с лишним года, пять почти. Да? — Ну, да. — В диспансере. Но болеете Вы дольше? — Что значит, болею дольше? — Когда Вы заболели? — Первый раз это было июнь... а, когда я к вам попал? — Когда Вы заболели? — Когда я заболел, это было давно. Это было... — Вот я об этом и говорю. — Это было с 2016-го на 2017 год. В начале зимы, 2017 год. — В начале 2017 года. До этого Вы были здоровый человек? — Да. — Все было хорошо? — Пил. — Ну, пили как? Как алкоголик? — В общем, да. — Тогда Вы болели раньше, если Ваша болезнь называется алкоголизм. — Ну, да. — Тогда скажите, когда начался алкоголизм, в каком году? — А это трудно вычислить. Длинные периоды, когда я бросал. Были также и запои. — Ну, а был такой момент, когда Вы почувствовали себя зависимым от алкоголя? Ну, пьют очень многие люди, да. Но в какой-то момент Вы могли почувствовать, что Вы уже не можете без этого. — Нет, не то что не могу, а что надо бросать. — Когда это было-то? Сколько Вам было лет тогда? — Несколько раз так было, так было еще и в более молодом возрасте. — Я понимаю, в каком? — Ну... не помню. Чего-то я сегодня плохо помню. — А сколько Вам сейчас лет? — 54. — Отлично! Хорошо, что Вы помните свой возраст. — Да, я сегодня много чего не мог вспомнить, готовился. — Просто при алкоголизме память нарушается, я поэтому и спрашиваю. Вы заметили, что память подселя? — Да, но духи тоже воруют память. — Духи? — Ну, да. — Я слышал, про них, как бесы, Вы говорили, а не как... — Ну, бесы, духи. — Это разные вещи все-таки, духи и бесы. Но для Вас это одни и те же персонажи? — Да. Злые духи если, тогда это бесы. — Злые духи? — Да. — Понятно. Это тема религиозная? — Конечно. — Просто я знаю, что Вы в какой-то момент решили с религией покончить. Вы были какой-то момент верующим, да? Изучали философию, религию, христианство. Но потом вдруг... — Да, было такое. — Ушли от веры. А тогда почему бесы-то взялись, откуда они? Если Вы не верите во все это. — Почему я не верю? Я верю. — А, то есть Вы так и не ушли от религии? — Нет. — Вы остались верующим, но что-то изменилось? — Ну, мышление изменилось, конечно. — Как? — Ну,

сковано мышление догмами. Сковано мышление... — Да. — Формулами. На время требуется его отпустить, чтоб почувствовать, именно почувствовать, а не в уме. — Я сейчас повторю Вашу фразу: «Сковано мышление догмами, сковано мышление формулами, на время надо его отпустить, чтобы почувствовать». — Ну, да. — Я повторяю, потому что Вы очень тихо говорите, мог кто-то не услышать. — Почекнуть эту самую веру. Чтобы почувствовать эту самую веру в себе. — Чтобы почувствовать эту самую веру в себе? — Ну, да. — Нужно отключить мышление от формул? — Есть такое понятие, лжеименное знание. Это значит, человек... — Вот расскажите нам про это. — В православии считается, что человек многое знает, интеллектуально развит. — Да. — Хорошо ознакомлен с православием. — Так. И что же? — Но при этом сердце не включается. — Из-за знаний? — Да не из-за знаний. Знания, конечно, нужны, но нужно, чтобы знание было, как это? В том числе, как собственное открытие. — Послушайте, Вы только что сказали, что знание — это догмы, это формулы. А догмы и формулы мешают чувствовать Бога. Я об этом и говорю, что, может быть, как раз из-за этого люди с лжеименными знаниями как раз и не верят в Бога по-настоящему? — Может быть. — И не чувствуют его в себе? — Да, может быть. — Так? — Да. — Поэтому Вы в какой-то момент решили отказаться от изучения религии? — Вообще, да, чтобы оставили меня все в покое, и чтобы я о своем задумался. — А кто Вас должен был оставить в покое? — Это и мама, которая, ссылаясь именно на религию, свой повод беспокоиться на меня распространяла. — Мама? Ссылаясь на религию, распространяла на Вас свой повод познакомиться? — Почему познакомиться? С кем познакомиться? — Ой, Вы сказали: «Распространяла на Вас свой повод беспокоиться». — Беспокоиться, совершенно верно. — Беспокоиться, да. — А под этим лежит страх, что не может, сама видит противоречия, несоответствие жизни и тем нормам, которые видит. — Вы можете попроше выражаться? Какие у Вас отношения с мамой были? — Весьма доверительные. — Мама беспокоилась по поводу чего? — Вообще беспокоилась. Она вообще беспокойный человек. — Хорошо, беспокойная мама у Вас, тревожная мама. — Да, да. — Но за сына она беспокоилась особенно как-то? — Ну да, потому что я рядом был. — Как она беспокоилась за Вас и в связи с чем? — Готова была все для меня сделать, десятки раз спрашивала, что мне нужно, уже не знаю, что она сделала, чтобы мне помочь, как она думала. — Да. — А на самом деле, это все было перпендикулярно моим ощущениям, моей ситуации. Поэтому я уходил в ту квартиру, отцовскую, и там опять запивал. — То есть Вы начинали пить тогда, когда с мамой

случались какие-то несогласия? Назовем это так. Так, что ли? — Ну, да. Только это не несогласия. — А что? — Ей даже объяснить нельзя. Она все правильно говорит, все правильно делает. А ничего не получается. — А что должно получиться-то? — Такое есть мнение... — Сын должен бросить пить, что ли? Я не пойму. — И это... — А что еще? — И должна жизнь в том смысле наладиться, что я должен себе половину обязательство найти. — А, вот о чем она! — Хотя я вовсе, например, не хочу. — Теперь я понял, мама беспокоится, что у нее нет внуков. — Да Бог знает, еще о чем! — О чем? — Довольно много, о чем она беспокоилась. — Ну, ладно, царствие небесное, я так понимаю, мама умерла у Вас? — Да, да. — Чего сейчас об этом говорить? Давайте мы поговорим о событиях относительно недавнего прошлого, всего-таки попытки найти себе вторую половину у Вас были, насколько я понимаю? — Нет, просто вернулась дама, с которой я шесть лет поддерживал отношения, гражданский брак. — Вернулась? То есть Вы сначала разошлись?.. — Да, она вернулась... — Потом она вернулась? — Да. — И у Вас как бы второй акт начался Вашего союза, да? — Ну, да. — Да. — И сколько?.. Значит, 6 лет Вы были вначале с ней вместе, потом Вы разошлись, потом опять сколько были? — С 2014 года. — До? — По сей момент. — Так Вы до сих пор с ней общаетесь? — Да. — И живете вместе? — Нет. — Опять расстались? — Просто не надо обязательно вместе жить. — Я понимаю. У каждого свои приоритеты. — Да. — То есть Вы с 2014 года по сей день только встречаетесь? — Ну, да. — Вместе уже не жили? — Да и жили вместе. — По-разному бывало? — Да, да. — Понятно. Скажите, а я правильно понимаю, просто у Вас как будто бы две было дамы, одна, которая любила выпить, причем похлеще Вашего вроде бы, а другая, которая то ли следователь, то ли судья? — Нет, то ли следователь, то ли судья — это несчастный и очень неприятный случай. — Несчастный для кого? — Для меня. Не надо было с ней знакомиться. — Почему? — Открывать для себя всякие ужасные стороны судейской жизни. Много она чего на рассказывала. — Это был стресс для Вас такой, я так понимаю? Что Вы узнали о несчастных судьях? Что произошло-то там? — Это несчастная женщина по-своему, у которой тоже нет никакой семьи, которая дружит почему-то с уголовником. — Ну и что? — В ответ на всякие вопросы мотивировки свои так озвучивает, что они никогда не предадут, уголовники. Потом, эта женщина взрослея меня на 7 лет. Да, зачем это все? — Слушайте, Вас же никто не неволил тогда, Вы сами эти отношения выстраивали. — Да, но, когда я о них рассказывал, странно, что я рассказывал, это просто как иллюстрация одного из опыта, иллюстрация опыта пьянства. Что

есть и такая история, тоже была. — И такая тоже была история. — Да. — И это какой-то другой опыт пьянства? Вы как-то по-другому пили, что ли? Я не пойму. Что было-то? Вы так говорите загадками интересно, как будто не хотите обо всем этом рассказывать, и... — Да я был тогда горький пьяница, я пил тогда очень прилично, до двух бутылок водки в день доходило. Все, что происходило, я рассказывал и матери, и друзьям. — А что происходило-то? — Тут, вообще, очень трудно будет объяснить. Дело еще в моей сестре родной. Если все это начать раскапывать... — Но можно тезисно. — То целый будет снежный ком. Тогда, кстати, да, я первый раз попал, я тогда первый раз попал в Ганнушкина. В частности, поэтому это всплыло. — Вы поправьте меня, если я как-то не так понял. Вы говорите, что Вы уже рассказывали, и то, что я знаю из того, что Вы рассказывали, это что Вас хотели... там была какая-то крупная преступная организация. — Правильно, так и было. — Жертвой которой Вы стали. — Да. — Которая Вас преследовала, которая пыталась Вас известить, я не знаю, может быть, даже убить с целью захвата квартиры. — Нет, не так круто все. — Поэтому я и хотел бы, чтобы Вы это все-таки рассказали, но в тезисном виде хотя бы. А то, видите, у нас какие сведения противоречивые получаются. — Ну, тезисно, угораздило-таки меня догадаться, как с ней расстаться. Она ушла и больше не появлялась. Также никто из ее компании больше не появлялся. Потом я сдал квартиру, и все. В ней жили другие чужие люди. — Хорошо, я принимаю Ваш уход от ответа. Ну, Вы не ответили на мой вопрос. Но я не буду настаивать, действительно, может быть, Вам неприятно об этом вспоминать. А, может быть, Вы уже и не помните многого. — Многое я не помню. — Так тоже бывает с теми, кто много пьет алкоголя. — Я сегодня пытался вспомнить, то ли комитет социальной помощи, то ли комиссия социальной помощи, куда я должен зайти. Потому что ко мне в палату приходила женщина из этого комитета или комиссии, она говорила, какие документы я должен принести. — Зачем? — Это касается инвалидности. Я помнил, помнил, а сегодня обнаружил, что я ничего не помню. Мне опять к ней зайти, если я даже не помню, что это, комитет, или как-то еще называется? — Понятно. Давайте перейдем к самому, наверное, главному и самому тяжелому для Вас жизненному событию — это Ваша, так скажем, одержимость бесами. Можно это так назвать? — Нет, нельзя. — Тогда поясните, что это с Вами? — Одержимость — это же что-то... присутствие чего-то нереального. — Почему нереального? — Сама по себе одержимость. — Очень даже реального. Посмотрите, какие... — Хорошо, оставим одержимость. — Назовите это иначе, как

Вы-то это сами считаете. — Такой отрицательный опыт познания религиозный. — Отрицательный опыт познания чего? В большей степени этот опыт познания, я так понимаю, Вашего тела? — Нет, почему? Я тоже... — Потому что бесы ползают под кожей. — Ползают под кожей. — Так это же тело. — Ну, и что? — Расскажите, опишите это. — Ползают, как если бы на мне был костюм, гидрокостюм, и под ним рыбки или какие-нибудь червики, мидии, я не знаю, кто-то ползal. — Так это бесы или земные твари? — Они... это и есть интересные вопросы такие, на которые православные не знают, как ответить. Они имеют тонкое тело, но такое, настолько тонкое, что практически мы не можем его никак ощутить. Их нельзя, их, например, нельзя потрогать. — Почему? Потому что тонкие, маленькие? — Потому что сквозь них проходят руки. — Может, их можно обнаружить каким-то микроскопом? — Нет, в микроскопах этого нет. — Нет? — Нет. — Тогда почему? — Святые отцы имели способность их видеть, а, в основном, Бог так сделал, что человек их не видит. — Хорошо, человек их не видит, но человек их, я так понимаю, чувствует? — Чувствует, да. — Телом? — Ну, да. — А есть еще люди, как Вы думаете, у которых такие же чувства? — Есть, я думаю, но очень мало. — Почему? — Как они сами говорят, жертвой такого опыта мог стать любой, повезло мне. Но в меня вселили какое-то кошмарное количество этих бесов, легионы, наверное. — Легион. Да, Вы сказали, что таких людей немного, хотя жертвой может стать любой. Но раз это немного, значит, это какое-то количество таких особенных людей? Если это... — Особенno грешных, как я, пьяница. — То есть это, так скажем, не простые грешники, это великие грешники? — Да, учитывая то, что я — верующий человек, еще и пьющий, если бы я был неверующий и непьющий, со мной такого бы не случилось. — Грех-то у Вас не только алкогольный, насколько я понял. — Да. — Там еще блуд. — Да. — Да? — Да. — А что еще? Хотя что это я спрашиваю, я же не священник, чтобы здесь проводить, как это называется-то? — Ну да, исповедь. — Исповедь. Нет, не нужно говорить про свои грехи. Меня больше интересуют медицинские проблемы. И я бы хотел все-таки, чтобы Вы уточнили локализацию, места присутствия этих невидимых бесов. — Места? — Ну да. — Тогда, 2016–2018-ый, когда они в меня вошли, тогда ощущение было, когда это происходило, как будто жидкость какая-то вливается через плечи и прямо сразу в ноги. — То есть стремительно, в одну секунду от плечей к ногам? — Да, да. Да, ну, не в одну секунду, но несколько секунд, да. — Это путь они проходили под кожей? — Под кожей и, видимо... — Или глубже? — Нет, под кожей и, видимо, еще и в мышцах. — То есть поглубже, чем под кожей? — Да,

они все собирались в пятках, потому что они... — Сконцентрировались? — В плотном виде там были, да. — В каком? — В плотном. Они могут сжиматься, разжиматься. — Были ли у Вас попытки их достать все-таки? — Как же я их достану? Попытка только одна... — Расковырять и выпустить их там, из пяток. — Нет. — Просто я знаю людей, у которых такие же ощущения, так вот, они ковыряют. — Это ужасно. Это как можно их ковырять? — Согласен, это не очень приятно. Но Вы этого не делали, потому что Вы понимали, что таким обычным образом их оттуда не вытащишь? — Да, кроме того, тешил себя иллюзиями, что они сами уйдут. То есть в православии, скажем, там Паисий Святогорец как говорил, когда успокаиваются страсти, то бесы сами уходят. Я же сразу бросил пить, как раз в 2016-ом... — Когда это появилось? — Да. — Поняли, что это наказание? — Да. — Круто! — Я Бросил пить и даже бросил курить. — А прелюбодействовать? — Естественно, тоже я все это оставил. — И что же? — Ну, они никуда не девались, они во мне сидели. Я ждал. Ходил в церковь. — Исповедовались? — Исповедовался, да, жертвовал много. Но ничего не менялось. — А сколько длился этот период трезвости тогда? — До... — Общая продолжительность периода. Приблизительно, не так важно, сколько точно, но хотя бы немного так, рядом. — Кажется, 2018 год — я уже... — В течение года Вы не пили? — Нет, я... — Сколько длилась Ваша трезвость? В тот период, когда Вы решили стать праведником. — Трезвость как длилась, так и длится до сих пор, просто раньше она еще... — Ой ли? — Периодически нарушалась эпизодически. Но это не было пьянством в том виде, как обычно я пьянствовал. А просто я... — Вы можете сказать, что когда появились эти бесы, у Вас прошел алкоголизм? — Да. Ну, как? Он не может пройти... — У Вас прошел. Если Вы пьете не как раньше, как Вы говорите. — Не как раньше. — Значит, прошел. Потому что как раньше Вы пили, как большой алкоголизмом, у которого похмелье, и он не может просто выпить, у него запой. А сейчас Вы пьете так, эпизодами. — Да, меня это здорово напугало, и я не пью. — И не пьете до сих пор? — Нет, не пью. — Честь Вам и хвала, если Вы так смогли. — Случались такие истории, когда я бутылку вина мог выпить. — Да. — С шампанским. Или коньяк. — Тоже бутылку? — Нет. (Смеется). — Меньше? — Ну, половину бутылки. — Полбутылки? — Да. — Понятно. Но на следующий день похмелья не было? — Было, конечно. — Но Вы сдерживались? — Ну, да. — Или у Вас опять запой начался? — Нет, нет, в том-то и дело, что эти годы я резко сократил.... — Прекрасно! Тогда поясните мне, на Ваш взгляд, я понимаю, что Вы не можете этого знать точно, но все-таки предпо-

лагать можете, почему они так и не отпустили Вас, хотя Вы смогли справиться со своим главным грехом? — А они сами объясняют, что они не могут уйти, потому что действует притяжение тела. То есть так бы они вышли, а притяжение тела их не отпускает. Ну, в ответ на вопрос «а что же делать?» они объясняют, что надо поститься и молиться, как, собственно, и заповедано. — Ну, в общем, да. — Я это и делаю. — О'кей, то есть Вы, по сути, с ними как бы примирились? — Да не то чтобы... — Они теперь тоже как бы являются пленниками Вашими, да? То есть они хотят уйти? — Да. — И Вы хотите, чтобы они ушли. — Да. — И в этом смысле Вы нашли с ним общий язык. Вы хотите одного и того же, чтобы они покинули Ваше тело. — Ну, да. — Но на сцену вышел третий игрок — тело. — Тело, да. — Которое притягивает их. — Ну, я не знаю, притягивает... — А Вы не можете этим телом управлять. — Почему я не могу? — Если можете, тогда перестаньте их притягивать — и все. — А! Нет, это, видимо, какой-то... — Это же Ваше тело-то или чье? — Видать, это какой-то такой метафизический процесс, какой-то не... — Видать. — Трудно поддающееся объяснению, что такое это. — Притяжение тела? — Да, да. — Раньше-то его не было? — Так раньше они себя никак и не проявляли. — Слушайте, кстати, вот такой вопрос. Думали ли Вы о том, что это притяжение тела может быть не только с бесами? — Нет. — Вы можете притягивать, допустим, людей? — Нет. — А бывает ли такое притяжение тела у других? — Надо попасть в аналогичную моей историю, и будет точно так. — Нет, я не об этом. Я про то, что Вы встречали в своей жизни таких людей, у которых была какая-то особая, как Вы сказали, метафизическая история с притяжением, которые могли на Вас как-то действовать таким образом? — Нет, я буквально таких людей не встречал. Включил сразу Интернет, нашел много историй. — Да. И? Допустим, Вы уверены, что Ваш сосед не использует какую-то технику, я не знаю, или что-то еще? — Да нет! Зачем? — Мало ли! — Нет. — Не может такого быть? — Нет. — Вообще, кстати, насчет соседей, как они у Вас, нормальные? — Обычные постсоветские люди, у которых все тоже бывает, тоже они пьют, ругаются, потом мирятся, опять пьют. — А у Вас с ними как? И Вы тоже постсоветский человек. — «Здорово — здорово». — То есть у Вас каких-то отношений с ними нет? — Нет. — А с кем-нибудь есть? Кроме Вашей девушки. — Были друзья, теперь они пропали. — Это друзья-собутыльники? — Да, так они по-другому (...). — В основном, с этим связанные друзья? — Так получается. — Ну, да. А почему пропали? А, ну, Вы же бросили пить! — Мало того, у меня и мировоззрение изменилось, то есть если раньше я был таким, прозападным человеком, в этом

прозападном русле провел юношеские годы... — А что такое прозападный? Это что, толерантный, или что сейчас это означает? — *Ой, да это же совершенно простая вещь. Все, что на западе — это хорошо. Ничего лучше выдумывать нельзя.* Все, кто патриотами являются — это просто заскорузлые такие... — Все понятно. А теперь Вы поменяли свое мировоззрение? — Да, буквально наоборот. — А с какого времени Вы поменяли? И что повлияло на это? — *Где-то с 2006 года. Потому что с 2006 года я плотно засел за Интернет.* — 2006 год? То есть это еще до этих всех событий с больницей, да? И что Вы подсели на Интернет, что это значит? — *Интернет — это, конечно, большая помойка, там можно все найти. Но если фильтр хорошо отладить, то замечательный источник информации. Книжки, которые не издавались или которые нельзя купить.* — А Вы в то время работали еще? — Так или иначе, я всегда подрабатывал. И в 2006 году. — Понятно. — Я не помню. — А помогает сейчас лекарство? Как будто бы на азалептине бесы-то отпускают? — Да. Они сами говорили мне, что боятся нейролептиков. В том числе, очень боятся галоперидола. — Главный враг бесов — галоперидол. — Да не главный враг, но они говорят, что если мне в больнице его уколют, то они будут потом за это мстить. — Вы что, серьезно? — Да! Надо понимать, с кем идет общение. — Да, но смотрите, врачи их перехитрили тогда, получается. Они азалептином размагнистили Ваше тело. — Кстати, сегодня они ползают. Еле-еле, совсем еле-еле. — Но не так, как раньше, да? — Нет, не так, как раньше. — Может быть, как раз с азалептином бесам будет легче покинуть Ваше тело, я вот чего думаю-то. — Вряд ли. — Да? — Да. По-моему, просто это их держит в таком состоянии, в котором они вообще ничего не могут сделать просто. — А с алкоголем они больше говорят или меньше? — Алкоголь вообще лучше не употреблять, потому что как только начинаешь его... — Безусловно! — Они активизируются значительно. — Сразу? — Да. — Прям на первых же дозах? — Нет. — Или надо так, хорошо выпить, чтобы они?.. — Хорошо надо выпить. — Понятно. А с похмелья они активизируются или наоборот, исчезают? — В похмелье активизируются. — Тоже активизируются? То есть когда у Вас опьянение или когда с похмелья, Вы их слышите лучше? — Да. — И чувствуете больше? — Да. — В теле, верно? — Да. — Теперь понятно. Да, и еще помогает корвалол? В смысле, этот... — Нет, это когда они начали ползать так, что уже вытерпеть нельзя было, я как последнее средство — пошел на кухню и бутылочку валокордина. — Это то же самое. — Валокордин дороже гораздо. — А, ну да. — И в нем есть этот самый... — Фенобарбитал. — Барбитал, да. — Так же, как и в корвалоле. — В корвалоле

тоже есть? — Конечно! — Не знал. И да, если его выпить целую бутылочку, я выпил, сел на кресло писать предсмертные записки — и пропал. Проснулся, сидя в кресле, через два часа, судя по часам. — Заснули просто? — Да. — А записи-то Вы почему писали суицидальные? И кому, кстати? — Потому что мать должна была знать, где находятся деньги, записные книжки, документы. — А, так Вы выпили эту бутылку как суицид, что ли? — Нет! На тот случай, если так получится, что... — А они принуждали к суициду? — Они могут принуждать. — Говорят об этом? — Да, говорят об этом. — Приказывают, да? — Нет, что значит, приказывают? — «Прыгни в окно», «вскрой вены» или чего? — Мне от них приказаний ни тепло, ни холодно, я просто не буду это выполнять. — То есть приказывают все-таки? Было такое? — Ну, да. Они говорят об этом как о последнем средстве. — Понятно. — «Тебе больше ничего не осталось, давай!» — Я понял. Так, если Вы не возражаете, я предоставлю слово моим коллегам, ладно? Возможность задать Вам несколько вопросов, хорошо.

Ведущий. Прошу, у кого вопросы? В том числе, нас еще смотрят врачи из диспансеров. Если что, они тоже могут задать вопрос. Да, прошу.

— Вадим Сергеевич, скажите, пожалуйста, потребление алкоголя началось с чего, по какой причине? Когда-то Вы маленькими порциями пили. — Маленькими порциями? Я пить вообще начал на выпускном вечере, если на это пошло. — Там вроде неудачно получилось, на выпускном? — Потом я попивал и рюмочками, и полбутылки, и бутылка. Всяко бывало. — А с какой целью? — Началось это так особенно сильно в 1990 году, в 1989-ом... в 1989 году. Поэтому что занялся бизнесом, открыли контору. В основном, бизнес посреднический или торгово-закупочный. В области компьютеров, оргтехники. Так это было организовано, что большая ответственность очень во время исполнения договора на мне лежала, большие очень деньги. И ничего успокоительно на меня не действовало, ни валокордин, ни... тогда удавалось покупать рецепты, я их покупал, но никакие транквилизаторы на меня и успокоительные не действовали. А коньяк действовал совершенно жалко. — То есть Вы стресс снимали? — Да не стресс, это просто средство единственное, с которым вместе я мог чего-то делать, работать. — Спасибо.

— Вадим Сергеевич, бывают моменты, когда бесы овладеваю, то есть они становятся сильнее, мощнее, они в эти моменты могут управлять Вашим телом? То есть они настолько становятся мощными, что двигают Вашими руками, например? — Нет. — А могут как-то мысли направлять, вкладывать мысли? — Тут есть подозре-

ния, что я сегодня много забыл, я пытался вспомнить, уж и так, и эдак, я так и не вспомнил, что я забыл. Я уверен, пройдет время, я это вспомню. — Они у Вас отняли эти воспоминания? — Да, есть такое подозрение.

— Скажите, пожалуйста, в Вашей жизни был период, когда некие недоброжелатели наблюдали за Вами, хотели Вам причинить какие-то проблемы, помните? — Да. — Скажите, а эта ситуация до сих пор какое-то значение имеет, сейчас продолжается, или это осталось в прошлом? — Нет, эта ситуация в прошлом. — Прошла? — Да, ушла. — А это было связано как-то с бесами? — Нет, истинно верующий человек знает, что бесы, так или иначе, участвуют в жизни любого человека. Просто, какой смысл им искушать неверующего? Нет смысла, достаточно того, что он неверующий. Они к нему и не пристают. И он считает себя более правым, чем верующий человек. — Понятно, спасибо.

— **Ведущий.** Все, да? Нет больше вопросов? Не будем тогда Вас долго беспокоить. Я только задам, может быть, последний вопрос, какие у Вас планы после выписки из больницы? Что Вы думаете делать? — Работу искать. — Искать работу? — Да. — Как? У Вас же теперь вторая группа. — Так она же рабочая. — Ну, сейчас это не так принципиально, это в советские годы было важно, рабочая, нерабочая, могли не устроить из-за того, что нерабочая, сейчас даже с первой группой можно устраиваться на работу. Так как Вы будете искать работу, что Вы будете делать? — Способов довольно много. — Вы какой предпочтете? — Конечно же, всех знакомых обзвоню. Потом есть в Интернете приложения для Android. — Какое? — «Работа.ру», «Работа для Вас». — Есть, да. — Или, например, есть программа «Достависта» курьерская, где можно свои данные выставить и там подрабатывать. — То есть Вы рассчитываете пойти на работу курьером? — Да я все рассматриваю. — А что еще, кроме курьерской? — Может быть, опять вернусь поработать системным администратором, хотя мне чего-то тяжело. Не знаю. — Понятно. А что касается лечения, походов в диспансер, алкоголя, опять же, с этим как у Вас в планах? — Нет, алкоголь ни в коем случае. А походы в диспансер, этого я не знаю. — А с бесами-то Вы что будете делать? — Да я думаю, я их переборю. То есть я не пью довольно долго и прочие грехи. — То есть Вы планируете просто не грешить? — Да. — Это главный Ваш план? — Главный, да. — Ясно. Хорошо. Есть ли у Вас какой-нибудь вопрос? — Да нет. Я так понял, мне нельзя, чтобы до инвалидности... — Что? У Вас же уже есть инвалидность. — А, уже есть? — Я так понял, что оформлена она, да? У Вас же должна быть справка розовая. — Розовая справка есть. — Ну, вот! Это и есть Ваша инвалид-

ность, Вы должны пенсию получать каждый месяц на карточку. У Вас есть карточка? — Нет еще. — Вам надо просто ее оформить, сходить в «Сбербанк». И все. Вам оформят «Мир», сейчас это в тренде. — «Мир» мне оформили. — Вот! И все, и будете получать пенсию свою законную. Плюс, Вам там положены льготы по квартплате, насколько я знаю, с инвалидностью, бесплатный транспорт, какие-то препараты лекарственные тоже Вы можете бесплатно получать. В общем, надо посмотреть, там много всяких преимуществ. Ладно, все тогда, удачи Вам! — Спасибо. — Да, всего хорошего.

ОБСУЖДЕНИЕ

Врач-докладчик. Статус больного мы оцениваем, как галлюцинаторно-параноидный с элементами синдрома Кандинского. Поскольку заболевание манифестирует у больного алкоголизмом и сопровождается галлюцинациями, сразу обратим внимание на галлюцинаторную составляющую синдрома. Обманы восприятия возникают у больного в результате 4-х месячного запоя в структуре атипичного алкогольного психоза, как комментирующие и угрожающие «голоса». Поначалу они близки к проявлению вербального алкогольного галлюцинации, и его содержание соответствует алкогольной тематике. Однако, нет контрастных голосов, отсутствуют голоса сочувствия и поддержки. Чуть ли не с самого начала появляются угрожающие, императивные и комментирующие голоса. После стационарного лечения они уходят, но в дальнейшем возникают всякий раз в связи с алкоголизацией. Голоса сначала ассоциируются с посторонними звуками, например, со звуком текущей из крана водой и шумом машин, потом пациенту начинают шептать на ухо. Все это имеет сходство с функциональным и истинным галлюцинациями. Однако, в дальнейшем с появлением идей одержимости бесами картина усложняется. На сегодняшний день мы склонны рассматривать эти голоса как псевдогаллюцинации. Пусть голоса не безлики, пусть это даже и мужские и женские голоса, но их источник не на кухне или в соседней квартире, в теле самого больного, а изредка и внутри его головы. Более того, помимо интракорпоральной и интракраниальной проекции имеется ощущение невыносимости и насилия. Для полного сходства с псевдогаллюцинациями не хватает только чувства сделанности. Подобную трансформацию от функционального до псевдогаллюцинации мы рассматриваем, как признак усложнения синдрома и прогредиентности болезни. Как это и характерно для дебюта псевдогаллюцинации, пациент сразу понимает, что и почему он слышит. Это понимание приходит к нему, как бредовое знание. Это не соседи, обсуждающие его пьянство и возжелавшие отобрать квартиру,

это «бесы». Пациент слышит голоса бесов только при обострении состояния. В результате лечения они проходят или уходят на задний план, но бредовая фабула остаётся неизменной. Бредовая система сохраняется, и убежденность в ней сохраняется на уровне «оставили в покое», т.е. на параноидном уровне. Бредовая часть синдрома феноменологически представлена бредом одержимости, который наряду с высказываниями о «полевой оболочке» и «энергетической маечке» выглядит не столько архаичным, сколько резонерским, нелепым и вычурным. Сам феномен ползания бесов под кожей, подобно змеям, близок к дерматозоидному бреду, сенестопатиям и сенсорным автоматизмам. Любой из выбранных феноменов в совокупности с перечисленным выше набором симптоматики лишь дополняет картину процессуального статуса. Бред одержимости возникает практически сразу с появлением обманов восприятия и следовало бы ожидать развитие у больного соответствующих признаков остроты состояния. Однако, ни страха, ни паники, ни психомоторного возбуждения, свойственных острому алкогольному галлюцинозу, больной не испытывает. Его не госпитализируют ни по скорой помощи, ни через полицию, как это часто случается при острых алкогольных психозах, когда полиция вскрывает квартиры соседей наших пациентов в поисках расчлененных тел, ни даже с алкогольным делирием», как в предыдущий раз. Ничего подобного не происходит. Наш пациент с холодной головой, будучи абсолютно спокойным, даёт интерпретативную трактовку собственным ощущениям и, принимая к сведению случившееся, живёт с этим дальше, проводя определённую интеллектуальную работу, интерпретируя и систематизируя происходящее с ним, и тогда появляются новые детали — «полевая оболочка» и «маечка». Когда голоса уходят, то сохраняется бредовая убежденность на уровне «оставили в покое». Шаг за шагом пациент приближается к развернутому синдрому Кандинского-Клерамбо. Нельзя не отметить, также, что бред одержимости у больного носит персекуторный оттенок. Неизменная тема угрозы жизни сближает его с бредом преследования. А способность бесов вызывать неприятные ощущения в теле, изменять артериальное давление позволяет нам рассматривать этот феномен, как сенсорные автоматизмы. В моменты обострения он ищет спасения в церкви, но и там его поведение не привлекает к себе внимания. Только, когда голоса склоняют его к самоубийству, он самостоятельно обращается за медицинской помощью. Поведение пациента в дебюте заболевания, свидетельствующее о неконгруэнтности аффекта и переживаний больного, позволяет предполагать наличие у него уже сформированных к тому времени процессуальных изменений в эмоциональной сфере.

На текущий момент эмоциональный фон у больного мы склонны расценивать, как апатическую депрессию с суточным ритмом, витальными ощущениями, идеями самообвинения. Длительный прием антидепрессантов картину существенно не меняет. На фоне улучшения от приема антидепрессантов он эмоционально нивелирован, пассивен, залеживается в постели, выписку не торопит. Уже не первую госпитализацию он держится одиноко, обособленно, отгорожено, практически ни с кем не общается, не группируется ни с алкоголизирующими, ни с психопатизированными пациентами. В поведении больного не отмечено эксплозивности, нодержания аффекта, истощаемости, слезливости, циничности, беспардонности, балагурства, игнорирования дистанции и ситуации и прочего, что подтвердило бы изменения личности по психоорганическому (сосудистому или травматическому) или алкогольному типу. Последние годы вне стационара он ведёт замкнутый образ жизни, длительно не работает, свободное время занимает чтением, спиртное практически не употребляет, а если и употребляет, то изредка и лишь в периоды обострения заболевания. Наряду с изменениями в эмоциональной сфере, подтверждающимися в экспериментально-психологическом исследовании (ЭПИ), имеются и процессуальные изменения мышления, не столь выраженные клинически, но трижды подтвержденные в ЭПИ. Данные раннего анамнеза, на наш взгляд, не противоречат диагнозу процесса. И в преморбиде и сейчас личность можно охарактеризовать как шизоидную. С раннего детства у больного отмечены проблемы в коммуникации и депрессивные состояния по типу апатических, постепенно приобретающие все признаки депрессии эндогенной. В возрасте 15-ти лет у пациента развивается пубертатный сдвиг, сопровождающийся апатической депрессией, утратой интереса к учёбе, появлением новых интересов и метафизической интоксикиации. В возрасте 20-ти лет он переносит ЧМТ, но последствия травмы лечит не у неврологов, а обращается в ПНД и лечится в клинике неврозов с диагнозом неврастения. От службы в армии он освобожден психиатрами. Закончить ВУЗ он не смог, семьей не обзавелся. Все перечисленное выше могло быть с одной стороны, результатом снижения энергетического потенциала, а с другой — следствием депрессивных состояний. Как компенсация отмеченных расстройств, у пациента развивается вторичный алкоголизм, завершившийся формированием алкогольной зависимости 2-й стадии и возникновением алкогольных психозов. Диагноз хронического алкоголизма у данного больного сомнений не вызывает. Но обращает на себя внимание пьянство пациента не в компаниях субкультурников, а в одиночестве. Не характерны для алкоголизма и спонтанная почти трехлетняя ремиссия

в 1999 – 2002 годах и текущая почти четырёхлетняя ремиссия алкогольной зависимости с 2017 года по настоящее время. Наличие алкоголизма до поры сглаживало депрессивные расстройства, смягчало течение эндогенного процесса и препятствовало формированию грубых процессуальных изменений личности, что и описано в работах отечественных психиатров — Суханова, Стрельчука, Жислина и Гофмана. Первый психотический эпизод, расцененный в свое время как алкогольный делирий, мы расцениваем, как дебют паанойдной шизофрении с персекционным бредом, галлюцинозом и идеаторными автоматизмами и отсутствием критики. С возникновением бреда одержимости течение болезни становится затяжным и безремиссионным, синдром усложняется, за счет появления симптомов более тяжелых регистров и затягивания депрессивной симптоматики, нарастает социально-трудовая дезадаптация, учащаются и удлиняются госпитализации, их связь с алкоголизацией все менее очевидна, появляются признаки терапевтической резистентности и госпитализма.

Дифференциальный диагноз

1. Шизофрения паанойдная

Шизофрения паанойдная на органически неполноценной почве эпизодический тип течения, осложненная алкогольной зависимостью 2-й стадии. Галлюцинаторно-паанойдный синдром. Этот диагноз мы и пытались обосновать.

2. Другой тип шизофрении F20.8:

Гретеровская форма шизофрении — дебют шизофрении, спровоцированный алкогольным психозом или микстовый случай — поздний дебют паанойдной шизофрении у больного с первичным алкоголизмом на фоне люцидного сознания — вариант Суханова.

Дебюты шизофрении, развивающиеся на фоне люцидного алкоголизма или спровоцированные алкогольным психозом, описанные соответственно Сухановым и Гретером, встречаются относительно редко, но их патогенез роднит их с бесчисленным числом случаев шизофрении, развитие которой спровоцировано употреблением других ПАВ. В своей практике мы ничтоже сумняшись выставляем диагноз паанойдной шизофрении больным наркоманией, и это не вызывает у нас столь больших диагностических сомнений, как у больных алкоголизмом со сходным анамнезом и статусом. Основное противоречие диагнозу — отсутствие изменений личности по алкогольному типу с учетом многолетней алкогольной интоксикации.

3. «Рецидивирующий алкогольный галлюциноз с автоматизмами и парафренным бредом F10.52» или «Преимущественно по-

лиморфное психотическое расстройство в связи с употреблением алкоголя F10.53».

Атипизм клинической картины может быть объяснён наличием органической почвы. Основным противоречием диагнозу в таком случае станет наличие процессуальных изменений мышления и эмоциональной сферы.

4. «Органическое психотическое шизофреноидное расстройство в результате смешанных (токсическое, травматическое, сосудистое) заболеваний F06.28»

В данном диагнозе можно всё свести воедино и ограничиться одним шифром МКБ-10, но при этом не определиться в главном, какова истинная причина заболевания: алкогольная зависимость или эндогенный процесс.

Ведущий. Спасибо. Что же давайте начнем разбор, точнее, продолжим. Какие есть мнения по поводу пациента? Я думаю, что здесь более чем исчерпывающая интерпретация этого клинического случая. Я так понимаю, это общее мнение отделения на сегодняшний момент. Но оно расходится с мнением врача ПНД, который настаивает на том, что это все-таки алкогольный больной, наркологический больной. Так ведь я понял? Или не ПНД, а наркологического диспансера? — *Нет-нет, нашей службой, психоневрологическим диспансером.* — В психоневрологическом? То есть, имеется некое расхождение в мнениях амбулаторных и стационарных врачей относительного этого больного. Кто хочет сказать? Может быть, как раз со стороны врача ПНД, если они с нами, будет какая-то контраргументация в пользу наркологического диагноза? Если есть возможность подключиться, будем рады услышать ее.

Врач диспансера. Данный пациент с 3 декабря 2021 года по 13 января сего года находился в дневном стационаре, и у нас коморбидный диагноз, основной ведущий — это шизофрения паанойдная, непрерывный тип течения, отсутствие ремиссии. И второй диагноз — это синдром зависимости от алкоголя 2 стадии. Так что мы двойной диагноз ему регистрируем. — Да, да. Но этот диагноз появился только в прошлом году. — В этом году, 13 января. Находился у нас на лечении. — Да. А в прошлом году после второй летней выписки он же к Вам приходил тоже? В июле прошлого года, после выписки. Он же пришел тоже к Вам в дневной стационар? — С 18 октября по 25 октября он находился. — Да, да. И в октябре у Вас уже этот двойной диагноз появился. — Ну, тогда мы выставляли еще органическое бредовое шизофреноидное расстройство. Со смешанными заболеваниями и синдромом алкогольной зависимости. — Главный вопрос то в том, как появился диагноз шизофрения у Вас? Что там произошло,

что поменялся диагноз, в состоянии больного что изменилось? — Так, в его жалобах ничего не изменилось. Мы верифицировали как шизофрения, диагноз. — Вы просто пересмотрели этот диагноз, и все? — Да.

Ведущий. Хорошо. Спасибо большое. Кто еще хочет высказаться?

— Очень хорошо подготовленный разбор, очень хорошо все отмечено. Просто не очень понятно, что добавить. У пациента действительно есть нарушения мышления, он соскальзывает, он паралогичен, он как бы отвечает не по существу периодически. Он иногда как бы уходил от ответа намеренно, а иногда просто не мог сформулировать свою мысль. То есть нарушение мышления у него явно есть. У него есть галлюцинаторная симптоматика. У него есть какое-то подобие синдрома Кандинского-Клерамбо, не до конца сформированного. Но, возможно, это связано с тем, что манифест случился довольно поздно, если я правильно запомнил, в 2015 году, то, что было принято за делирий первоначально. Это было довольно поздно, это было не в 20 лет, не в 30 лет, он был уже возрастной пациент. И вот было чему разваливаться. Возможно, что он продолжает разваливаться достаточно медленно. Какой объем его болезнь занимает, какой вес занимает госпитализация, сказать довольно сложно. Но я согласен с термином делирий.

Ведущий. Понял. Но я понял еще, что для Вас этот диагноз абсолютно очевиден, и как бы нечего обсуждать. Только первая его госпитализация была в 13-ю психиатрическую больницу после закрытой черепно-мозговой травмы, когда ему было 20 лет. Сейчас ему 54. 34 года назад. Тогда ему поставили диагноз неврастения. Диагноз ему хорошо помог, я так понимаю, в военкомате. Можно предположить, что эта госпитализация была установочная. Была установка на то, чтобы не идти служить в Афганистан, когда он был в призывном возрасте, как раз наша страна воевала в Афганистане. Это так. И он как раз был того года, который подлежал призыву. И поэтому востребованность в психиатрической помощи была очень высокая. Ему было 20 лет, тогда он, видимо, заканчивал свой институт. Он же институт заканчивал? — Он не смог его закончить. — Да. Поэтому он и оказался в психиатрической больнице. И дальше на протяжении многих лет встреч с психиатрами у него не было. И следующая встреча с психиатром у него состоялась в начале 2012 года, когда после алкогольного запоя он поступил в психиатрическую больницу имени Ганнушкина и был через 20 дней выписан с диагнозом алкогольный делирий, типичный алкогольный делирий. И вопросов о том, что у него параноидная шизофрения, тогда даже не возникало, как и не возникало во-

просов о шизофеноформном характере его психоза. Просто я к чему? Если мы ставим и делаем столь очевидным диагноз параноидная шизофрения, то тогда нам нужно понять динамику этого заболевания от его начала до сегодняшнего дня. Когда оно началось, как оно протекало? И почему его, если оно началось тогда, еще в 2012 году, почему его тогда не видно было врачам-психиатрам? С 2012-го по 2021-й, то есть 9 лет, множественные госпитализации. Ну, не множественные, хорошо. Сколько их, три было в итоге? — Клиника неврозов, потом был параноид, потом был делирий. — Делирий, да. И потом еще вот это сдвоенное в 2021-м. 2016 год был послезапойный тоже. И в 2016-м уже были бесы и все остальное, и он продолжал оставаться без этого диагноза, параноидная шизофрения. Что изменилось-то? — Я вообще не очень представляю, я никогда не видел в таком возрасте этих пациентов. Но можем ли мы сказать, что это была вялотекущая шизофрения, которая постепенно развивалась, и возраст хорошо встает? И возраст, в котором появились такие явные какие-то симптомы, уже не квазипсихотические, а явно психотические? Или так не бывает, как в 21? — Все бывает. Особенно в психиатрии. Нам не стоит удивляться, если что-то вдругшло не так, как в книжке написано. То есть, это еще одна версия, что речь идет о вялотекущем шизофреническом процессе, который потом трансформировался в параноидную шизофрению. Есть ли еще какие-то мнения, коллеги? Ну, хорошо, давайте поговорим о расстройствах мышления. Я буду задавать более конкретные вопросы. И мы с Вами, может быть, будем более детально разбирать то, что мы видели сейчас в психическом статусе. О каких расстройствах мышления сейчас идет речь? Они, конечно, есть, это понятно. Но давайте подумаем, какие они. Что это? — Резонерство. — Как Вы себе представляете резонерство? Вы же видели много раз резонерствующих пациентов, да? — Очень много говорил на православную тему, рассуждал о том, что истинно верующий человек — это... Ну, я, честно говоря, не особо запомнила, когда это было. Но был какой-то вопрос, и он что-то сказал, что если ты человек верующий, зачем бесам его как бы... А если человек неверующий, зачем тогда бесам его одолевать. Начал рассуждать на эту тему. — Он очень много говорил? — Ну, на религиозную тему он часто высказывался... — Он ссылался на религиозную тему постоянно, безусловно, да. В его ответах были витиеватые выражения. Но сказать, чтобы это был какой-то резонерский распространенный монолог? Я чувствовал себя гестаповцем, который пытает партизана, и каждое слово прямо вытаскивал из него, приходилось буквально угово-

варивать его ответить на вопрос. Ну, хорошо. Я понял так, что резонерством, возможно, мы можем назвать его своеобразие, витиеватость ответов, да, и уход в философско-религиозную тему. — Я бы отметил некую вычурность в его изречениях. А насчет религии — мне показалось, что это не резонерствование на эту тему, а просто это его действительно очень сильно беспокоит, и в бредовых конструкциях вся эта религиозная история занимает какое-то особое место. Он это изучал и интересовался и поэтому периодически на эту тему соскальзывает. Но это не столько резонерство, сколько какое-то особое значение этой тематики, которую он дает. — Вот. В контексте нашего обсуждения, как раз того, что Вы говорите, я хочу задать вопрос — какая интерпретация? Мы говорим об интерпретации расстройств восприятия, у нашего больного очень много расстройств восприятия. И ощущения, наверное. Я думаю, там и сенестопатоз, и тактильный висцеральный галлюциноз, и вербальный галлюциноз, может быть и псевдогаллюциноз. Тут, в общем, весь набор существующих расстройств восприятия и ощущений. Там и иллюзорные есть расстройства, и функциональные, ну, в общем, все. Какова интерпретация? — Бредовая. — Я понимаю. Какая? — Религиозная. — Можете поконкретней сказать? В чем бредовая фабула? — Одержанность. — Подождите, подождите. Давайте мы сначала поговорим про одержимость. Что это за фабула? — Самоопределение, с тем, что он грешен. — И что? Вы Библию открывали когда-нибудь? Это что, бредовая фабула? — Нет, но у него же тело бесы контролировали. — Стоп. Бредовая фабула наших пациентов имеет прямое отношение к патологическому процессу, и если мы говорим о параноидной шизофрении, то мы должны в этой бредовой интерпретации нашего пациента видеть какую-то персонифицированную специфику. То есть она должна касаться непосредственно его, должно быть какое-то развитие этой религиозной темы, темы одержимости. Потому что то, что я слышал от нашего пациента сегодня, это то, что абсолютно вычурным, крикливым, очень таким витиеватым своеобразным образом наш пациент выдает банальные, обычные, хорошо известные всем религиозные постулаты об одержимости бесами грешников. И избавляется он от этой одержимости бесами грешников тем, что перестает грешить. И все. Ну, еще молитвами и исповедью. И, кажется, там был еще заход в монастырь, попытка какая-то, да? — Нет, он говорит: «Тут не ужишусь». — Не уживусь. Не уживусь в монастыре. Вот, собственно, есть ли какая-то еще интерпретация? Если мы говорим о персекции, о преследовании. Может быть, он недоступен? Да не может быть, а навер-

няка есть еще что-то, о чем мы не знаем. — Если из анамнеза братъ, то он говорит, что он с кем-то познакомился и на него все это перешло. До этого у него были идеи преследования совсем другого характера. — Какого? — Кто-то за ним следил. — Это дама, судья, Вы про это? — Опять же, какие-то истории с тем, что у него квартиру хотели отнять. Прибором влияли на него. С соседнего дома. Кто-то там на него воздействовал, а потом это все превратилось в бессов каким-то образом. — Потом это все превратилось в галлюциноз, в обман восприятия. Просто мы говорим сейчас о статусе. Я все-таки хотел бы последовательно сначала о статусе поговорить. Анамнез — это отдельная тема. Но вот сейчас-то статус какой? Какая интерпретация, собственно? Мы же ведь что-то лечим, мы лечим бредовые расстройства или мы лечим обман восприятия, или галлюцинаторно-бредовой синдром, в котором много галлюциноза, но почти нет бреда. Но это бред, который... он даже не согласился с моей версией, которую я ему предложил про одержимость. У него просто бесы в пятке застряли. Так он сказал. Почему нет интерпретации? Что происходит? Можно сказать, что это типичный больной параноидной шизофренией? — Нет. — Он сильно нетипичный. Я просто к тому, что, может быть, у него есть параноидная шизофрения. Но я не согласен с тем, что здесь нечего обсуждать. Здесь есть очень много контрагументов. И мы могли бы, если бы была такая возможность, послушать тех врачей, которые были уверены, что у него алкогольный диагноз наркологический, что это психозы, чистой воды металкогольные психозы. И металкогольные психозы очень часто протекают с Кандинским, очень часто длительное время потом больные с алкоголизмом не восстанавливают критику, хорошо это известно, и спокойненько, благополучно уходят в свою деменцию. Психоз просто разваливается под гнетом психоорганического синдрома. И нет никакого дальнейшего процессуального развития, собственно, о котором мы говорим, когда ставим шизофрению. Потом, у него интерес к работе сейчас какой-то вдруг просыпается, он говорит, что готов на любую работу, что она ему нужна, интересуется этим. Наш пациент не работал-то почему, как Вы думаете? Причина? — Денег хватало? — Во-первых, у него не было мотиваций особой. А еще почему? — Не интересовало? Нет интереса? Пил? — Я думаю, просто потому, что пил. — Нет, ну он всю жизнь пил, за исключением 2–3 периодов. — Ну, да. Но я бы не стал интерпретировать его анамнез в таком серьезном ключе, потому что этот анамнез собран с его слов. У нас нет объективных, к сожалению, данных, он один. У него нет родителей сейчас, никого из родственников. Там есть сестра,

но она, по-моему, никак в его жизни не участвует. И поэтому у нас есть только его слова о том, что он пьет или не пьет. Но слова больного алкоголизмом здесь для нас не должны быть таким серьезным основанием, чтоб на них опираться. Давайте так. Я буду провокационные вопросы задавать. Чего не хватает для диагноза, для аргументации диагноза параноидная шизофрения? — Ну, фабула бредовая не параноидная. Она не сформирована прям параноидно, на мой взгляд. — А псевдогаллюциноз? — Должно быть стерто. — Он вообще есть или нет? — Есть. — Есть, но без сделанности. Так не бывает. Сделанность — это первый критерий псевдогаллюциноза. Второй — интропроекция. У Кандинского так написано. Псевдогаллюциноз должен обязательно быть с чувством сделанности. Его здесь нет. Есть интрапроекция, но очень много и экстрапроекции. И наличие интракорпорального, как мы говорим, галлюциноза, то есть внутри под кожей и где-то в мышцах. Это истинный галлюциноз, потому что он показывает четкую локализацию. Мало того, он чувствует, как они из плеча переходят в пятку и там накапливаются. — И их же рассасывает под ушами. — Или ушами, или в голове, но бывает, что и за стенкой, да. Так почему мы тогда говорим о Кандинском? И есть ли здесь бред воздействия? Он что говорит о воздействии? Как они к нему попали? Как они влияют на его мысли? Какие-то у нас есть отдельные сведения, что они знают мысли, могут нагнать жути. Да? И что-то еще там, параллельные мысли... Можно предположить, что одна из этих параллелей мыслительных, это параллель, которая связана с воздействием. Но при этом он об этом не говорит, он не озвучивает, он не описывает эти переживания, именно переживания пациента, находящегося в этом психозе. — Он же сказал в какой-то момент, что они, скорее всего, отняли у него себя. — Ну, «скорее всего, я предполагаю» — это как-то не похоже на бред, на воздействие, честно говоря. Он говорит об этом так, как переживает. То есть мы через его слова понимаем, как он их переживает. Понимаете? Это очень важный момент. Нам не сознательная часть, а описательная важна здесь. Его переживания оценить, насколько он чувствует это на каком-то субъективном уровне. И тут еще один очень важный момент. Я пытался вывести его на какую-то параноидную симптоматику. Почему? Потому что параноидная симптоматика при всей даже своей фантастичности все равно должна иметь какое-то земное выражение. Это должны быть какие-то люди, которые вокруг больного. Я пытался узнать, кто там притягивает его тело еще, или, может быть, он кого-то притягивает, кто-то его преследует, подозрительные люди за окном, соседи, может быть, какие-то

странные, необычные. Но у него только мистическая фабула. Причем, даже эта мистическая — застывшая. Бесы бесами, но бесов-то кто, по идеи, должен насыщать на грешников? Сатана. Ну, бесы — это же посланники сатаны, если я не ошибаюсь. Поправьте меня, конечно, я не очень в этом большой специалист. Ангелы с одной стороны, из одной категории, бесы — из другой. Кстати, вот этого антагонизма нет. То есть, можно было предположить, что там есть какой-то антагонистический галлюциноз, то есть за него борются темные и светлые силы. Ну, и главное выражение, земное-то выражение какое-то есть? Нет. Мы можем предположить тогда, что, может быть, это параноидный синдром? И на это я пытался тоже нашего пациента вывести. Помните, да? Когда говорил об избранности, об особенности той небольшой касты людей, которые чувствуют этих бесов, то есть я великий грешник, может быть, Ваша греховность необычная, Вы грешны перед всем миром, а может быть, и всей вселенной. Ну, я так ждал что-нибудь такого грандиозного. Не дождался. Все так и осталось в этом простом, примитивном. И единственное, что вызывает вопрос, это особенности его речи. И мышления, конечно же, да. Потому что оно очень вычурное, очень витиеватое, это объективные вещи. И еще один вопрос вызывает его малая доступность. То есть, недостаточная откровенность и открытость, как это бывает у больных со слабоумием, с токсической энцефалопатией, у алкоголиков, которые легко поддаются на такие эмоциональные, аффективные пассажи в беседе, и быстро начинают рассказывать все подряд, наоборот, становятся очень разговорчивыми, появляется такая лобная психика, шутки. Это то, чего мы здесь не увидели. Классической алкогольной энцефалопатии, типичной для алкоголизма, здесь нет. А в остальном это да, да. А может быть, и параллельно текущая шизофрения. Причем, большая шизофрения. Вот как раз врач-докладчик и предположил под №2 гретеровскую форму шизофрении, при которой как раз оба патологических процесса — и шизофренический процесс, и алкогольный, поедают друг друга. Больные с гретеровской формой шизофрении выглядят гораздо более сохранно по шизофреническому типу, у них остается более сохранный аффект, относительно сохранное мышление, когнитивные функции, волевая сфера тоже не страдает так тяжело, как у трезвой больной шизофрении. Но алкогольная деменция, алкогольная энцефалопатия тоже не развивается, и психоорганический синдром тоже довольно мягкий, его почти не видно при этой форме. И поэтому они долгое время остаются относительно сохранными и даже работоспособными, и вполне могут на ка-

кой-то момент времени неплохо адаптироваться социально и даже семейно, профессионально.

Поэтому нам следует все-таки провести эту дифференциальную диагностику. Согласен, что у нас диагноз алкоголизма не вызывает никаких сомнений. Нам нужно провести диффдиагноз между гретеровской шизофренией и алкоголизмом, допустим, у шизоида или шизотипика. Вот есть версия по поводу возможного наличия в анамнезе шизотипического расстройства, которое в какой-то момент времени доросло до шизофеноформного психоза у больного алкоголизмом. Вот такой вариант. Этот диффдиагноз нужен, но в нашем случае этот диффдиагноз нужен больше с академической точки зрения, нежели с практической, потому что с практической точки зрения, мы понимаем, как лечить нашего пациента. Ну, никаких сомнений нет, что ему нужна группа инвалидности, и мы понимаем, как лечить. Нам хорошо знакома литература, посвященная терапии алкогольных психозов и шизофеноформных психозов, и там эта терапия фактически никак не отличается, принципиально никак не отличается от классической терапии антидепрессивной, но с учетом плохой переносимости типичных нейролептиков мы получаем хороший ответ на клозапин, правда, на высокой дозе в 300 миллиграммов. Практически купируется, обрывается большая часть галлюцинаций. И пациент настроен на трудоустройство, и говорит о том, что вполне мог быть работать и курьером, и даже, может быть, попытался бы там что-то с компьютерами, системным администратором быть.

Давайте я все-таки свое мнение скажу. Я согласен, безусловно, с теми психиатрами, которые лечат этого больного, и понимаю тех из присутствующих здесь, и диспансерного врача, кто здесь видит параноидную шизофрению, причем, непрерывно текущую, с таким галлюцинаторным вариантом. Правда, это не синдром Кандинского, а все-таки параноидный синдром. Синдрома Кандинского здесь точно нет, но галлюцинаторный вариант параноидного синдрома мы вполне можем здесь диагностировать. Мне не хватает для аргументации этого диагноза двух вещей, которые для меня принципиально важны. Первая вещь — мне не хватает длинника болезни. То есть получается, что, по сути, заболевание началось около 9 лет назад, значит, больному нашему было 47 лет примерно. Так? Ну, 45 лет, что очень поздно, конечно, для шизофрении, с моей точки зрения, для параноидной. Ну, почему нет? Бывают и такие варианты. И мне непонятно, как эта болезнь протекала на протяжении вот этих последних лет. То есть, где, какая была бредовая

фабула, как вообще происходило бредообразование, как развивались негативные дефицитарные симптомы. Этого не хватает. И сегодня мне не хватает для диагностики этого заболевания продуктивной симптоматики, которая должна быть при непрерывной форме параноидной шизофрении, и которая обязательно должна быть с насыщенным бредом. Она должна быть насыщена бредовыми расстройствами. Вот этого ничего нет. И обманы восприятия, с моей точки зрения, больше органические, органического типа. Вариант с дерматозальным бредом интересный, только для дерматозального бреда не хватает самоповреждений, когда больные выковыривают этих существ. И дерматозальный бред более примитивный должен быть и более конкретный. Ползают червяки, клопы, клещи, кто-то еще, и я их выковыриваю, в баночку складываю и показываю всем — вот смотрите, какое у меня под кожей живет существо. Здесь этого нет, все это как-то не понятно, плюс тут вербальный галлюциноз. Но, тем не менее, все равно обманы восприятия больше органического типа. Они всегда ассоциированы с употреблением алкоголя. А мы знаем, что такое экзогенный тип реакции. Это и галлюциноз, один из вариантов бонгегафферовских экзогенных типов. И здесь прямо классическим образом, он сам об этом говорит, и мы видим это: начинает пить, все усиливается, во время похмелья тоже. Но интерпретации бредовой нет. Дальше. Истинный галлюциноз преобладает и полисensorный галлюциноз с преобладанием висцерального и тактильного, что тоже в пользу органического заболевания. Я вижу нарастающую деменцию, несмотря ни на что. Я думаю, что то, что мы видим, как недоступность, может быть вполне обусловлена интеллектуальным распадом нашего пациента и неспособностью просто формулировать свои мысли и, может быть, осмышлять заданные ему вопросы. Я не согласен с тем, что он интеллектуально сохранен. Для меня все-таки это состояние, близкое к алкогольной деменции. Интеллектуально сохранный алкоголик для меня — это Венечка Ерофеев, который написал «Москва — Петушки», прекрасно описал свой delirium. А здесь вот совсем не Венечка Ерофеев. И одновременно с этим я могу сказать, что для шизофрении мне не хватает и настоящего, действительно хорошего такого дефицитарного симптомокомплекса, то есть вот тех самых дефицитарных расстройств, за которые мы даем инвалидность нашим пациентам. Конечно, инвалидность ему нужна. Но я думаю, что она ему нужна больше как органику, как дементному пациенту. Может ли это быть гретеровская шизоф-

рения? Конечно, может. Может вполне. За это говорит вычурность, своеобразие его выражений, витиеватость, может быть, малодоступность, все-таки связанная не только с интеллектуальными расстройствами, и отдельные бредовые переживания, некоторые бредовые переживания. Поэтому исключать это окончательно нельзя. Можем ли мы отдифференцировать сейчас на 100% эти два диагноза? Не можем. У нас нет такой возможности, потому что чаши весов наполнены примерно одинаково. Можем ли мы отдифференцировать их в дальнейшем? Тоже не можем. Потому что все равно наступит исход, мы знаем об этом. И исход будет, скорее всего, органический. И этот органический исход съест ту самую шизофрению, которую возможно сейчас съесть окончательно, оставив вообще только элементарные истинные галлюцинации, и больше ничего. В конечном итоге, при наличии вот этих клинических данных, я считаю, что предпочтительней в такой ситуации, если мы не можем до конца аргументировать такой непростой, сложный диагноз как шизофрения, остаться все-таки на позиции тех врачей, которые диагностировали нашему пациенту шизофреноформный психоз алкогольной этиологии, органический шизофреноформный психоз. И продолжать лечить нашего пациента клозапином, продолжать лечить и вести его как бредового больного и бредового, психотического больного. И возможно, в плане реабилитационном и в плане дальнейшего его ведения в медико-реабилитационном определении имеет смысл его сопровождение с трудоустройством. У нас сейчас есть такие службы, и в Москве есть служба занятости, которая очень активно работает для инвалидов, в том числе и наших ментальных инвалидов. Мы можем вполне его обеспечить какой-то трудовой занятостью, где он может найти свою нишу. Было бы неплохо, если бы его работа была каким-то образом связана с церковью, с моей точки зрения. Может быть, он не был бы монахом, но был бы, например, трудником. Есть же такие, при монастыре, которые работают, получают довольствие свое, еще что-то. Это очень непросто будет с ним организовать, конечно, я думаю, с учетом его грехов. Ну, вот пока так. Вы поняли мой диагноз, мою точку зрения? — *Депрессивный статус у него?* — Да. Что касается депрессивного статуса, давайте обратим внимание на депрессию, которая может быть при шизофрении, периодической шизофрении или приступообразно-прогрессивной шизофрении. Все-таки эта депрессия

должна иметь какую-то цикличность, она должна иметь какую-то периодичность, фазность. Мы должны понимать, что это депрессия в структуре приступа. Потом ремиссия наступает, и она исчезает. Его депрессия длится много лет. И ее продолжительность, такая многолетняя депрессия, говорит о том, что, скорее всего, это не депрессия, а все-таки плохое настроение. Плохое настроение человека, который убежден в своих грехах. Но бред греховности — это совсем не обязательно депрессия. Ну, радоваться-то особо нечего, когда твой организм полностью нашпигован этими ужасными тварями, и никак они не вылезают из тебя. Поэтому, я думаю, что это, скорее, такая депрессивная или гипотимическая реакция бредового больного или, скорее, галлюцинирующего больного, даже не бредового, с переживаниями своей греховности. — *И, пожалуйста, еще комментарий по поводу двух ремиссий по три года.* — Алкогольных ремиссий, наркологических ремиссий? Да, это, конечно, характерно для гретеровской шизофрении, когда наступает внезапная ремиссия у больного алкоголизмом, без наркологической помощи и поддержки, то вдруг исчезает влечение к алкоголю, и человек начинает как бы заново жить. Но при гретеровской шизофрении все-таки во время этих ремиссий происходит какое-то другое клиническое событие, и мы начинаем понимать, чем шизофрения остановила алкоголизм. Было у него такое событие? Ему голоса приказывали не пить? — *Ругали, соответственно.* — Ругали. Но у нас нет достаточной информации, чтобы говорить о том. — *Были бесы год с небольшим, даже два, наверное. Потом был делирий, когда голоса разговаривали между собой, и носки висели. И он ушел в ремиссию после этого. В алкогольную.* — Я понимаю, что он ушел в алкогольную ремиссию. Он тогда лечился в наркологическом диспансере, кстати говоря, у вас. Приходил. Вопрос, была ли тогда ремиссия? Откуда мы знаем, что была ремиссия? Это аргумент в пользу гретеровской шизофрении, с этим я соглашусь. Но все равно, это не главный аргумент для диагностики шизофрении. Это может быть связано с чем угодно, и этого могло и не быть.

Наверное, на этом все. Спасибо большое за внимание, за участие и за такой чудесный разбор, который нам сегодня предоставили врачи 4-й больницы. Спасибо.

Как должны измениться условия ведения, учета и хранения меддокументации, если суд признает недобровольную госпитализацию незаконной?

Ю. Н. Аргунова

Рассматривается Постановление Конституционного Суда РФ от 13 июля 2022 г. № 31-П, признавшего не соответствующими Конституции РФ п. 11 и 12 ч. 1 ст. 79 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в той мере, в какой в системе действующего правового регулирования они не предусматривают необходимых правовых гарантий отражения при ведении, учете и хранении меддокументации сведений о признании судом недобровольной госпитализации лица в психиатрический стационар незаконной и разрешения вопроса об условиях и основаниях их дальнейшего хранения.

Ключевые слова: недобровольная госпитализация в психиатрический стационар; ведение, учет и хранение медицинской документации.

Недобровольная госпитализация в психиатрический стационар может быть признана судом незаконной по ряду оснований, в т.ч. даже в том случае, когда госпитализация не превышала 48 часов, и лицо было выписано из стационара по результатам комиссионного освидетельствования.¹ Суд по таким искам взыскивает с больницы и компенсацию морального вреда. Однако врачи не вносят сведения о судебном решении в меддокументацию, информационные системы, хранят медкарты таких пациентов в неизменном виде в общей картотеке, ориентируются на выставленный при недобровольной госпитализации диагноз при выдаче справок и заключений, что служит препятствием в реализации гражданами своих прав. Во многом это связано с проблемой в законе.

Обязанности психиатрического учреждения по ведению меддокументации, обеспечению ее учета и хранения установлены п. 11 и 12 ч. 1 ст. 79 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»². Эти нормы, однако, не предусматривают необходимых правовых гарантий отражения при ведении, учете и хранении меддокументации сведе-

ний о признании судом недобровольной госпитализации в психиатрический стационар незаконной и разрешения вопроса об условиях и основаниях их дальнейшего хранения. Конституционный Суд РФ³ своим Постановлением от 13 июля 2022 г. № 31-П по жалобе гр-ки Ф. признал в этой части положения закона **не соответствующими Конституции РФ**, обязав законодателянести в правовое регулирование необходимые изменения.

Гр-ка Ф. 26 марта 2013 г. была подвергнута недобровольной госпитализации в психиатрический стационар, что послужило основанием для оформления в отношении нее медкарты психиатрического больного с указанием сведений об обстоятельствах, основаниях госпитализации, об установленном ей по МКБ психиатрическом диагнозе. По результатам комиссионного освидетельствования в пределах 48 часов с момента госпитализации Ф. была выписана в связи с отсутствием оснований для недобровольного лечения в условиях стационара. Ей было рекомендовано консультативное диспансерное наблюдение психиатра.

Через несколько лет Ф. узнала о наличии в психиатрической больнице медкарты и о медицинской информационной системе, в которой

¹ Об этом подробнее см.: Аргунова Ю.Н. Права граждан при оказании психиатрической помощи. — М.: Грифон. 2014. С. 468 – 471.

² Далее — Закон об охране здоровья.

³ Далее — КС РФ.

также содержались сведения о ее госпитализации. 8 июля 2019 г. она обратилась в суд с иском:

- 1) о признании недобровольной госпитализации незаконной,
- 2) о возложении обязанности на больницу уничтожить медкарты стационарного и амбулаторного психиатрического больного,
- 3) об исключении соответствующих сведений из информационной системы.

Суд в удовлетворении требований отказал. Апелляционная инстанция, с которой согласились вышестоящие суды, отменив данное решение частично:

- 1) признала недобровольную госпитализацию Ф. незаконной в связи с отсутствием в материалах дела доказательств наличия у нее тяжелого психиатрического заболевания, способного без оказания медицинской помощи в стационарных условиях привести к прогрессированию, обострению ее состояния или причинению существенного вреда ее здоровью либо непосредственной опасности для себя и окружающих;
- 2) возложила на больницу обязанность организовать удаление из Единой информационной системы здравоохранения региона сведений в отношении Ф. по двум талонам амбулаторного пациента.

3) оставила без удовлетворения требования Ф. об уничтожении ее медкарт со ссылкой на оспариваемые нормы Закона об охране здоровья и письмо Минздрава России от 7 декабря 2015 г. N 13 – 2/1538 «О сроках хранения медицинской документации» о 25-летнем сроке хранения медкарт.

По мнению Ф., оспариваемые положения Закона об охране здоровья не соответствуют ст. 41 и 55 Конституции РФ в части необходимости хранения меддокументации, которая содержит сведения о недобровольной госпитализации в психиатрический стационар после признания ее судом незаконной, что может препятствовать осуществлению преподавательской деятельности и оформлению прав опекуна над совершенолетним ребенком.

КС РФ в своем Постановлении указал, что обеспечение защиты сведений о состоянии здоровья гражданина и их надлежащего (только в соответствии с их предназначением) использования образует одну из конституционно обусловленных обязанностей государства, поскольку сведения о состоянии здоровья гражданина, с одной стороны, охватываются достаточно строгими гарантиями защиты личной тайны и персональных данных, происходящими из конституционных требований уважения его частной жизни, а с другой стороны, собираются и хранятся медорганизациями в конституционно значи-

мых целях охраны здоровья, с учетом того что жизнь и здоровье человека представляют собой высшее благо, без которого утрачивают свое значение многие другие блага и ценности.

Закон об охране здоровья обеспечивает реализацию гарантированного каждому права на охрану здоровья и медицинскую помощь. Будучи базовым законодательным актом в данной сфере, он определяет правовые, организационные и экономические основы охраны здоровья граждан, права и обязанности человека и гражданина в данной сфере, гарантии реализации этих прав, права и обязанности медорганизации. Не определяя напрямую понятие меддокументации, ч. 1 ст. 79 закона обязывает медорганизацию вести меддокументацию в установленном порядке и представлять отчетность по видам, формам, в сроки и в объеме, которые установлены уполномоченным федеральным органом исполнительной власти (п.11), обеспечивать учет и хранение меддокументации, в т.ч. бланков строгой отчетности (п.12).

Психическое здоровье — особая составляющая здоровья человека, чем объясняются особенности психиатрической помощи и правил ее оказания в сравнении с общими правилами охраны здоровья граждан, в т.ч. с точки зрения врачебной тайны, доступности медицинской информации и документации.

В соответствии со ст. 92 Закона об охране здоровья при осуществлении медицинской деятельности ведется учет персональных данных, в частности, лиц, которым оказывается медицинская помощь, лиц, в отношении которых проводятся медэкспертизы, медосмотры и медосвидетельствования; при ведении персонифицированного учета должны обеспечиваться конфиденциальность указанных персональных данных и их безопасность с соблюдением требований законодательства в сфере персональных данных. Обрабатываемые в системе персонифицированного учета персональные данные о перечисленных лицах касаются среди прочего их диагноза, видов, условий и сроков оказания медицинской помощи и, как следствие, подлежат отражению в меддокументации, а также в Единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения — при условии их обезличивания.

Соответственно, реализация обязанности по ведению в установленном порядке меддокументации, по обеспечению ее учета и хранения, как предполагающая учет персональных данных лиц указанных категорий обусловлена необходимостью соблюдения требований, установленных Федеральным законом от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных». Этот закон определил, что по общему правилу обработка

специальных категорий персональных данных, касающихся, в частности, состояния здоровья, не допускается. Одно из исключений — обработка персональных данных в медико-профилактических целях, в целях установления диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг при условии, что обработка данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну (ст. 10). Это исключение позволяет хранить информацию о состоянии здоровья граждан лишь в целях реализации их права на охрану здоровья и медицинскую помощь, при этом конфиденциальность персональных данных обеспечивается врачебной тайной.

Приказом Минздрава России от 31 декабря 2002 г. № 420 утверждены учетные формы меддокументации (карта обратившегося за психиатрической (наркологической) помощью (далее — Кarta); статистическая карта выбывшего из психиатрического (наркологического) стационара) и инструкции по их заполнению. Форма Карты содержит сведения о динамике наблюдения, диагнозе с датой установления и пересмотра, а также о причине прекращения наблюдения, среди которых установлено снятие диагноза психического заболевания (код 2).

Согласно утвержденной приказом Инструкции по заполнению формы № 030-1/у-02 «Карта обратившегося за психиатрической (наркологической) помощью» данная Кarta содержит основные сведения о больном и является формализованным документом, предназначенным для амбулаторного наблюдения и контроля посещений больных психическими и наркологическими расстройствами; в конце каждого отчетного года Карты используются для составления годового отчета учреждения; по окончании наблюдения больного в Карте делаются соответствующие записи; в течение отчетного года закрытые Карты хранятся отдельно от общей картотеки, а после использования их для составления годового отчета сдаются в архив; в Карту вносятся сведения о больном на момент ее заполнения; в случае изменения каких-либо данных в последующем в Карту вносятся исправления, например об изменении диагноза, места работы, семейного положения, уровня образования и т.д. Письмом Минздрава России от 7 декабря 2015 г. № 13-2/1538 «О сроках хранения медицинской документации» предусмотрено хранение медкарты в течение 25 лет.

Из системного толкования приведенных норм следует, что меддокументация формируется в отношении каждого пациента, сопровождает процесс оказания ему медицинской помощи и отражает информацию о самом пациенте, а также о

диагнозе, видах, условиях и сроках оказания медицинской помощи, представляя собой, соответственно, важный источник медицинской информации, содержание которой составляет врачебную тайну.

Тем самым обязанность медорганизации в надлежащем порядке вести, учитывать и хранить меддокументацию, фиксирующую факт обращения пациента за медицинской помощью, факт ее оказания, этапы лечебно-диагностического процесса, вытекает из значения *содержащейся в меддокументации информации о состоянии здоровья для защиты прав и свобод самого пациента*, в т.ч. в контексте оценки правомерности и эффективности оказанной ему медицинской помощи, а также осуществления предусмотренной ст. 64 Закона об охране здоровья экспертизы качества медицинской помощи, проводимой в целях выявления нарушений при ее оказании, включая оценку ее своевременности, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата. Утрата меддокументации объективно может привлечь определенные сложности в реализации конституционных прав, в т.ч. гарантированных ст. 41 Конституции РФ и — в случае обжалования действий по оказанию психиатрической помощи — ее ст. 45 и 46.

При этом актуальность сказанного сохраняется и в случае, когда содержащая персональные данные меддокументация была сформирована в результате недобровольной госпитализации в психиатрический стационар, которая впоследствии признана судом незаконной, т.к. *незаконность госпитализации не отменяется значение такой документации для предотвращения дальнейших ошибок оказывающих психиатрическую помощь медработников как в отношении самого лица, госпитализированного с усмотрением судом нарушениями, так и других лиц, а установление судом незаконности недобровольной госпитализации может быть предпосылкой дальнейших юридических разбирательств*.

Следовательно, оспариваемые нормы по своему предназначению направлены на защиту конституционно значимых ценностей, среди которых такие, как право на жизнь, выступающее источником всех других основных прав и свобод человека, и право на охрану здоровья, а медорганизация при формировании меддокументации осуществляет обработку персональных данных о состоянии здоровья гражданина, в т.ч. безотносительно к его согласию, и не вправе необоснованно уклоняться от исполнения требований законодательства, обязывающих вести, учитывать

и хранить меддокументацию, отражающую обстоятельства оказанной лицу медицинской помощи.

Таким образом, КС РФ пришел к выводу, что п. 11 и 12 ч. 1 ст. 79 Закона об охране здоровья, предусматривающие — во взаимосвязи с положениями Закона о психиатрической помощи (ст. 9, ч. 6 ст. 23, ч. 3 ст. 25 и ч. 5 ст. 28) — обязанность медорганизации по ведению, учету и хранению меддокументации, **не противоречат Конституции РФ**, в т.ч. в случаях, когда соответствующая документация сформирована при недобровольной госпитализации в психиатрический стационар, впоследствии признанной судом незаконной.

Иными словами, медкарта пациента не может быть уничтожена по причине незаконности его госпитализации и не столько потому, что этого не позволяет закон, а прежде всего потому, что ее уничтожение не в интересах самого гражданина. Данную правовую позицию КС РФ психиатрическим больницам следует доносить до пациентов при возникновении конфликтных ситуаций, связанных с оспариванием ими недобровольной госпитализации, диагноза психического расстройства, установления диспансерного наблюдения и др.

При этом, как указал КС РФ, порядок формирования и хранения информации о состоянии здоровья должно предусматривать ясные и недвусмысленные правила, определяющие, по крайней мере, общие условия и основания сбора, ведения, учета и хранения меддокументации, а также ее содержание и состав, что не исключает детализации законодательных норм в подзаконных нормативных правовых актах. Необходимые гарантии правомерного ведения, учета и хранения меддокументации надлежит определять, учитывая деликатный характер информации о состоянии здоровья, которая не может быть подвергнута интенсивному правовому регулированию и необоснованному вмешательству⁴, что, однако, напротив, не исключает необходимости тщательного и конкретного регулирования тех мер, которые должны предприниматься органами власти, медорганизациями для того, чтобы предотвратить использование таких документов и содержащихся в них сведений вопреки законным интересам граждан.

КС РФ напомнил, что информация о психическом здоровье человека имеет особую степень деликатности, поскольку сведения, позволяющие сделать вывод о наличии у человека проблем в этой сфере, могут серьезно помешать в реали-

зации его прав и свобод, если не на основе прямого нормативного указания, то в силу возможного негативного восприятия в общественном сознании лиц, выступавших в соответствующих отношениях в качестве пациентов. Как отмечено в преамбуле Закона о психиатрической помощи, психическое расстройство может изменять отношение человека к жизни, самому себе и обществу, а также отношение общества к человеку. Такой же, по существу, эффект может оказывать информация о психическом расстройстве, безотносительно к тому, насколько она обоснована и актуальна.

Несмотря на то, что законами и принятыми в их исполнение актами обеспечивается конфиденциальность информации, составляющей врачебную тайну, а использование ее осуществляется только по целевому назначению, степень ее защиты ниже по сравнению с защитой информации, которая охраняется наиболее строгим образом (например, гостайны). Кроме того, *она все равно может оставаться доступной для лиц, оказывающих медицинскую помощь соответствующего профиля, и служить ориентиром для выработки позиции при выдаче справок, заключений и иных документов, касающихся психического здоровья лица, в т.ч. влияющих на возможность осуществления ими тех или иных прав.*

Подзаконными актами о порядке ведения меддокументации предусмотрены меры по актуализации соответствующей информации, включая ее устранение из регулярного использования (посредством сдачи на архивное хранение) в случае утраты актуальности. Однако, несмотря на это, из обстоятельств дела гр-ки Ф. КС РФ усмотрел, что *даные положения не обеспечивают выявление соответствующих документов из текущего использования в медорганизации или проставление на них корректирующих (дезавуирующих) информацию пометок в случае признания недобровольной госпитализации незаконной, в ходе которой они сформированы.*

Более того, даже если конкретные факты не-надлежащего использования информации о недобровольной госпитализации в психиатрический стационар, в дальнейшем признанной судом незаконной, не проявляются, *само знание гражданина о том, что такая информация имеется в состоянии, сформированном фактически до признания госпитализации незаконной, и в любой момент возможно проявление ее негативного эффекта, способно оказывать существенное негативное воздействие на самоощущение человека, угнетать его ожиданием негативных последствий, затрагивая в конечном итоге его достоинство. При этом даже вы-*

⁴ См. Постановление Конституционного Суда РФ от 13 января 2020 г. № 1-П.

полненная в этой документации в режиме одной из текущих записей *пометка о состоявшемся судебном решении, если она и вносится, может оказаться недостаточной для устранения психологического дискомфорта.*

По смыслу ст. 2 и 18 Конституции РФ государство обязано не только пресекать и предотвращать конкретные негативные воздействия на личность и ее правовой статус, но и максимально обеспечивать — насколько это возможно правовыми и управлеченческими средствами — гарантии минимизации негативных претерпеваний лицом, тем более когда они возникли из-за действий публичных институтов или в силу применения, пусть и незаконного, установленных нормативных предписаний. В отсутствие таких гарантий в ситуации, когда медкарта была сформирована в результате госпитализации, впоследствии признанной судом незаконной, *безоговорочная реализация медорганизацией обязанностей, прямо возложенных на нее оспариваемыми законоположениями, представляет собой неправомерное вмешательство в права и свободы, гарантированные ст. 23 (ч. 1) и ст. 24 (ч. 1) Конституции РФ.*

Между тем, устанавливая общую обязанность по ведению, учету и хранению меддокументации, п. 11 и 12 ч. 1 ст. 79 Закона об охране здоровья не предусматривают гарантий обеспечения прав гражданина по приведению меддокументации в соответствие с судебным решением о незаконности помещения его в психиатрическую больницу. А именно, они ни сами по себе, ни во взаимосвязи с иными нормами Закона об охране здоровья и Закона о психиатрической помощи не содержат предписаний, обеспечивающих внесение в меддокументацию сведений о признании недобровольной госпитализации незаконной, а также специальных условий и сроков хранения таких сведений, оснований прекращения хранения исходя из их актуальности.

Допускаемое тем самым оспариваемыми нормами сохранение меддокументации гражданина в неизменном виде (без учета факта признания госпитализации судом незаконной), как установил КС РФ, *умаляет значение соответствующего судебного акта, что помимо всего прочего вступает в противоречие с положениями ст. 46 (ч. 1) Конституции РФ.*

Таким образом, КС РФ признал п. 11 и 12 ч. 1 ст. 79 Закона об охране здоровья **не соответствующими Конституции РФ**, ее ст. 2, 17 (ч. 1), 21 (ч. 1), 23 (ч. 1), 24 (ч. 1), 46 (ч. 1) и 55 (ч. 3), в той мере, в какой в системе действующего правового регулирования они не предусматривают необходимых правовых гарантий отражения при ведении, учете и хранении меддокументации сведений о признании судом госпитализации гражданина в психиатрический стационар в недобровольном порядке незаконной и разрешения вопроса об условиях и основаниях их дальнейшего хранения.

Федеральному законодателю КС РФ поручил внести в действующее правовое регулирование необходимые изменения, вытекающие из настоящего Постановления.

КС РФ установил правила, которые должны соблюдаться впредь до внесения изменений в законодательство:

- **в меддокументации гражданина подлежит незамедлительному отражению вступившее в законную силу судебное решение о признании недобровольной госпитализации в психиатрический стационар незаконной;**
- **если меддокументация сформирована именно в ходе такой госпитализации, соответствующие сведения должны быть отображены так, чтобы меддокументация имела вид, отличающийся от документации, которую можно использовать в текущей деятельности;**
- **одновременно должно быть обеспечено хранение указанной документации, которое исключало бы ее использование в текущей деятельности для оценки психического состояния данного гражданина и выдачи соответствующих заключений (справок), причем такое ее использование не допускается.**

Данное Постановление КС РФ можно назвать прорывным. Оно должно повлечь существенные перемены в работе психиатрических учреждений, слом стереотипов. Правового регулирования особенностей ведения, учета и хранения меддокументации требуют и случаи, когда суд отказывает психиатрическому учреждению в удовлетворении искового заявления о недобровольной госпитализации. Внести изменения потребуется не только в Закон об охране здоровья, но и Закон о психиатрической помощи.

ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА

Есть ли у нас политическая психиатрия?

Мы уже писали о судьбе якутского шамана Александра Габышева, которому недавно продлили принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа в Уссурийске, по нашему мнению, без всяких оснований. На вопрос членов ОНК, почему комиссия приняла такое решение, руководство ответило: «Ну, вы же понимаете, он у нас политический больной».

А вот судьба еще одного «политического больного», которого, наконец-то, отпустили домой, на амбулаторное принудительное лечение.

25 августа 2022 г. Оренбургский гарнизонный военный суд принял решение о переводе Осипова Вадима Маратовича, 1998 г. рожд., на амбулаторное принудительное лечение. Так после пяти лет мытарств закончилась история молодого курсанта Военно-космической академии им. А. Ф. Можайского, обвиненного в 2017 г. в подготовке теракта. Тогда это дело имело большой общественный резонанс, правозащитники были уверены в невиновности Осипова, в том, что он всего-навсего нарисовал план казармы, желая привлечь внимание командования к ее недостаточной охране и, соответственно, угрозе безопасности курсантов. Сам он говорил, что не намеревался кого-либо расстреливать или взрывать, а план составил с целью показать командованию и компетентным органам ущербность системы безопасности, действующей в академии. Он предполагал, что его сослуживцы, давшие против него показания, попали под влияние ФСБ и поэтому его оговорили.

Между тем, в обвинительном заключении, а затем и в определении суда было написано следующее: «в период с конца ноября 2016 года по 5 апреля 2017 года, находясь на территории базы обеспечения учебного процесса академии, Осипов, желая самоутвердиться и прославиться путем создания общественного резонанса, направленного на запоминание населением его личности в роли массового убийцы, а также желая показать неспособность обеспечить безопасность военнослужащих военного учебного заведения, в целях дестабилизации деятельности органа власти — командования Военно-космической академии им. А. Ф. Можайского, разработал план поджога и массового расстрела военнослужащих».

Вадим человек непростой, со сложной судьбой. Родился от 14-летней матери, отца не знает. Когда ему было 4 года, мать лишили родительских прав, и мальчика поместили в детский дом.

Через год бабушка оформила опеку и воспитывала его до 12 лет, когда он поступил в кадетское училище в Оренбурге. Учился средне, классы не дублировал. Любил читать, больше нравились история и география, занимался легкой атлетикой, гимнастикой, троеборьем. Говорит, что по характеру был общительным, имел много друзей, «был гиперактивным», однако в характеристиках из училища отмечены его малообщительность и отгороженность от коллектива, а также аффективные нарушения: не умеет справиться со своими эмоциями, подвержен сиюминутному настроению, вспыльчив, раздражителен. В период обучения в училище у Осипова отмечались, своеобразные, необычные интересы, выделяющие его из круга других — он проколол ухо для серьги, увлёкся темой самоубийств в социальных группах (группа «Синий Кит»), музыкой группы «Нирвана», заинтересовался и увлёкся обстоятельствами спланированного нападения двух учеников старших классов школы в США на учеников и персонал этой школы. По окончании училища поступил в Военно-космическую академию в Санкт-Петербурге. Вступительные экзамены проходил без желания, описывал свои «сомнения» по поводу поступления в военную академию, не исключал возможного отчисления. Говорит, что среди сверстников ощущал себя более незрелым, чем остальные — «был одной ногой в детстве», «ощущаю себя на 16 – 17 лет». Стыдился своего семейного положения, старался никому о нём не рассказывать. Проживал в 3-х комнатной квартире с матерью, отчимом, сводным младшим братом, бабушкой и тётей (сестрой матери). Мать, отчим и бабушка часто злоупотребляли алкогольными напитками. Сам алкогольные напитки и наркотические средства не употребляет, не курит.

Следствие направило Вадима на судебно-психиатрическую экспертизу, сначала амбулаторную, а потом и стационарную. Эксперты Городской психиатрической больницы № 6 Санкт-Петербурга пришли к выводу, что Осипов «психически здоров, у него имеются акцентуированные черты характера шизо-сензитивного и эпилептоидного типа, ригидность, черты инфантилизма со склонностью к фантазированию, которые не препятствуют его способности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий». Московский окружной военный суд не удовлетворился таким заключением и добился назначения повторной СПЭ в Центре им. Сербского.

Больше полутора месяцев (с 12 февраля по 30 марта 2018 г.) потребовалось экспертам Центра им. В. П. Сербского, чтобы обнаружить у Осипова острое психотическое состояние — «острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении и психогенными наслонениями», и рекомендовать ему принудительное лечение в стационаре специализированного типа до выхода из болезненного состояния.

Полгода Осипов находился в ПКБ № 5 г. Москвы, психически больным себя не считал, но от терапии не отказывался («Врачам виднее»). За это время его психическое состояние менялось, отмечалась аффективная лабильность, преобладал сниженный фон настроения, психопродуктивная симптоматика ни разу не была зарегистрирована. Время проводил в основном за чтением литературы, пациентов в палате сторонился, с медицинским персоналом общался корректно, по необходимости. Настаивал, что «не планировал никакого теракта», предполагал, что его судебно-следственная ситуация была спровоцирована недавними взрывами в метрополитене Санкт-Петербурга, а он «просто предположил, как бы можно было захватить казарму». В конце 2018 г. эксперты пришли к выводу, что Осипов «не обнаруживает признаков острого полиморфного психотического расстройства с симптомами шизофрении» (которое, кстати, ни разу не было отмечено на протяжении его пребывания в КПБ № 5), «не нуждается в дальнейшем пребывании и лечении в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях», и он вновь поступил в Центр им. В. П. Сербского, в 111-й Главный государственный центр судебно-медицинских и криминалистических экспертиз Министерства обороны РФ.

В своём заключении эксперты отметили, что «Осипов В. М. страдает хроническим психическим расстройством в форме шизотипического расстройства личности (F21.8 по МКБ-10), в период, относящийся к инкриминируемому деянию, не мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими, и нуждается в применении к нему принудительных мер медицинского характера в виде принудительного лечения в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях». Обосновывая свои выводы, они указали на стабильность имеющихся у Осипова В. М. сверхценных идей, связанных с фабулой содеянного, расстройства мышления, нарушение прогностических и критических способностей в сочетании со склонностью к диссимиляции, что, по их мнению, связано с опасностью для себя и других лиц, возможностью причинения иного существенного вреда.

С 05.11.2019 г. Осипов В. М. находился на принудительном лечении в Оренбургской областной психиатрической больнице № 2. Отмечается, что при поступлении был правильно ориенти-

рован, фон настроения был ровный, эмоциональные реакции невыразительные. Общался свободно, ответы давал развернутые. По поводу инкриминируемого деяния заявлял: «ничего подобного практически осуществить не хотел — это был глупый порыв, просто подростковая глупость». Уточнял, что его план был только в теории. Планы на будущее строил реальные — получить высшее образование, сдать ЕГЭ, потом институт». Мысление было с некоторой непоследовательностью, расплывчатостью. На момент осмотра продуктивной симптоматики не обнаруживал. Поведение было упорядоченным, много читал, вел переписку с родными, знакомыми. С 17.03.2020 г. начал обучение в Европейской школе корреспондентского обучения на курсе: «Практическая психология». 27.07.2020 г. решением Оренбургского гарнизонного военного суда принудительное лечение в отделении специализированного типа продлевалось, т.к. согласно освидетельствованию ВК от 15.05.2020 г. стойкого улучшения в психическом состоянии Осипова В. М. не наблюдалось. В дальнейшем у Осипова Е. М. отмечалось улучшение состояния. Согласно освидетельствованию ВК от 18.09.2020 г. в течении последних 6 месяцев у Осипова В. М. отмечалось стойкое улучшение в психическом состоянии: отсутствие агрессивных и аутоагgressивных действий и грубых нарушений режима, снизилась вероятность повторных противоправных действий.

22.10.2020 г. Осипову В. М. Постановлением Оренбургского гарнизонного военного суда Осипову В. М. было назначено принудительное лечение в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях общего типа, и он поступил в Оренбургскую областную клиническую психиатрическую больницу № 1. При описании состояния указывалось, что критика к инкриминируемому ему деянию была формальная. Считал, «что его повязали для галочки». К своему состоянию относился противоречиво, утверждал, что у него «стойкие изменения личности». В отделении первое время читал учебную литературу, рисовал. К общению с окружающими не стремился, предпочитал проводить время в одиночестве. В дальнейшем стал общаться с пациенткой, зависимой от ПАВ, перестал заниматься учебой, рисованием, просил бабку принести любимые продукты вышеуказанной пациентки. В высказываниях был противоречив: не считал себя больным, однако соглашался с необходимостью лечения. 30.04.2021 г. принудительная мера медицинского характера в виде принудительного лечения в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях общего типа, была продлена.

08.07.2021 г. Осипов В. М. был внеочередной раз освидетельствован комиссией врачей. Из акта психиатрического освидетельствования следует, что Осипов В. М. обнаруживает шизотипическое расстройство личности. Комиссия вра-

чей пришла к заключению, что у Осипова В. М. имеется дисгармоничность и диссоциированность личностной структуры, малообщительность, формальность контактов, эмоциональная отгороженность, негибкий характер представлений, склонность к непродуктивному, навязчивому фантазированию и оторванному от реальности рассуждательству о необычных странных увлечениях сверхценного характера в сочетании с чудакаватым, вычурным поведением. Отмечалось, что у Осипова В. М. имеются расстройства мышления, характеризующиеся непоследовательностью, разноплановостью, амбивалентностью, склонностью к рассуждательству и резонерству, а также незрелость, псевдоинфантильность суждений, ригидность установок. Однако опасности ни для себя, ни для окружающих он не представлял, и врачебная комиссия склонялась к тому, что Вадима можно перевести на амбулаторное принудительное лечение. Тем более, что были близкие люди, которые обещали присматривать за ним, контролировать его лечение и т.п. Однако взять на себя такую ответственность больница не решилась, и предложила суду самостоятельно решить вопрос о «продлении принудительных мер медицинского характера Осипову В. М. в виде принудительного лечения в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях общего типа, или в виде принудительного наблюдения и лечения у врача-психиатра в амбулаторных условиях», для чего просила «направить Осипова В. М. на стационарную комплексную психолого-психиатрическую экспертизу в ГБУЗ «ПКБ № 1 им. Н. А. Алексеева ДЗМ»». Все надеялись, что это поможет Вадиму вернуться домой, поскольку состояние его в тот момент было стабильным, настроение ровным, прихопродуктивной симптоматики не отмечалось. Но не тут-то было. Как раз во время нахождения Вадима в экспертном отделении КПБ № 1 им. Н. А. Алексеева случился очередной шутинг в школе, и отношение к нему врачей резко изменилось.

Комиссия пришла к заключению, что Осипов В. М. страдает хроническим психическим расстройством в форме шизотипического расстройства личности (F21.8 по МКБ-10) и нуждается в дальнейшем применении к нему принудительных мер медицинского характера в виде принудительного лечения в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях общего типа.

Обосновывая своих диагностические выводы, эксперты ссылаются на данные медицинской документации о наличии у подэкспертного «эмоциональной отгороженности, формальности и поверхностности контактов, псевдоинфантильности суждений, о постепенном формировании склонности к непродуктивному навязчивому фантазированию и оторванному от реальности рассуждательству, появлении увлечений сверхценного характера, повышенной тревожности,

колебаний настроения с суициальными тенденциями, с развитием в 2017 г. психогенно обусловленного острого полиморфного психотического расстройства с симптомами шизофрении, что в совокупности послужило причиной применения принудительных мер медицинского характера». По мнению экспертов, у Осипова В. М. в дальнейшем отмечалась недостаточная продуктивность в осмысливании собственных побуждений, нарушения в структуре планирования и достижения целей с некритичным отношением к собственным решениям, неустойчивость и противоречивость оценок, нелепость и вычурность поведения. Несмотря на адекватную длительно проводимую терапию в стационарных условиях, у Осипова В. М. «существенных изменений в психическом состоянии не наступило». Эксперты утверждают, что у Осипова В. М. сохраняются эмоционально-волевые расстройства, диссимулация внутренних переживаний.

Кандидат медицинских наук, врач-психиатр, специалист Бюро независимых экспертиз «Версия» И. Э. Гушанский подготовил критическую рецензию на это заключение СПЭ, в которой отметил, что «за весь период прохождения стационарного принудительного лечения у Осипова В. М. не отмечались какие-либо агрессивные действия в отношении себя или окружающих. В его поведении отсутствовали импульсивные действия и поступки. Находясь на принудительном лечении в психиатрических стационарах, он много читал, смотрел телепередачи, занимался физическими упражнениями, вел переписку с представителями правозащитной организации, читал учебную литературу, строил реалистичные планы на будущее. За все время наблюдения у Осипова В. М. отсутствовали какие-либо продуктивные психопатологические нарушения психотического уровня в виде помрачения сознания, бреда, расстройств восприятия, не было указаний на наличие каких-либо суициальных мыслей или суициального поведения. О положительной динамике проводимого лечения свидетельствует заключение врачебной комиссии от 18.09.2020 г., в котором указывалось на стойкое улучшение в психическом состоянии Осипова В. М.: отсутствие агрессивных и аутоагgressивных действий и грубых нарушений режима. Врачи пришли к выводу о снижении вероятности повторных противоправных действий».

Отвечая на поставленные перед ним вопросы относительно научной обоснованности и всесторонности представленного заключения, И. Э. Гушанский пишет:

1. Заключение комиссии экспертов не отвечает требованиям, предъявляемым к выполнению государственных судебно-психиатрических экспертиз. В соответствии со ст.8 Закона «О государственной судебно-экспертной деятельности в РФ» № 73-ФЗ заключение экспертизы должно отвечать требованиям «объективности, всесторонности и полноты экспертиных исследований». Заключение комиссии экспертов клинически не обосновано, лишено пол-

ноты аргументации и доказательности, носит односторонний характер, не содержит научно достоверного и объективного анализа медицинской документации.

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

Согласно п. 4.6. инструкции, в выводах экспертов должна присутствовать интегративная оценка выявленных нарушений в различных сферах психической деятельности (мышление, интеллект, эмоции, критика), сопровождающаяся констатацией наличия или отсутствия психотических расстройств (бреда, галлюцинаций). Исследование завершается систематизацией выявленных клинических феноменов, их психопатологической квалификацией для целостного анализа, соотнесения с общепризнанными международными критериями диагностики.

В выводах экспертного заключения дается одностороння необъективная оценка состоянию подэкспертного, отсутствует констатация факта отсутствия у него психотических расстройств. Эксперты не анализируют поведенческие и эмоциональные реакции подэкспертного, изменения его отношения к собственным поступкам, касающегося инкриминируемого действия.

В заключении комиссии экспертов отсутствует динамическое описание психического состояния подэкспертного за время прохождения комплексной стационарной судебной психолого-психиатрической экспертизы, его поведение в отделении, что свидетельствует о неполноте проводимого экспертного исследования.

Выявленные экспертами психопатологические проявления у Осипова В. М. на момент проведения клинико-психопатологического исследования не позволяют сделать вывод о степени опасности подэкспертного для себя и окружающих.

Выводы комиссии экспертов об отсутствии у Осипова В. М. существенных изменений в психическом состоянии клинически и научно не обоснованы, и не опираются на анализ клинических проявлений психического расстройства у подэкспертного в динамике под влиянием проводимой терапии».

Однако суд не принял во внимание эту рецензию и вынес свое решение на основе Заключения экспертной комиссии КПБ им. Алексеева: «У нас нет оснований не доверять заключению комиссии экспертов ПКБ № 1 им. Н. А. Алексеева, поскольку оно принято комиссией в составе четырех врачей судебно-психиатрических экспертов государственного учреждения здравоохранения г. Москвы». И вновь Вадим вернулся в Оренбургскую областную КПБ № 1, и вновь началась борьба за его освобождение. Правозащитные организации писали письма,

близкие люди демонстрировали свою готовность организовать жизнь Вадима после выписки, сам Вадим работал с психотерапевтом и беспрекословно выполнял все требования администрации. Обсуждая результаты очередного предстоящего освидетельствования, врачи вновь стали говорить о возможном направлении на экспертизу, на этот раз в Центр им. Сербского. НПА направила письмо на имя главного врача КПБ, демонстрируя свою осведомленность подробностями дела и знакомство с медицинской документацией. В заключение мы писали: «Обращаем Ваше внимание, что Осипов В. М. находится на принудительном лечении уже почти 3 года. За это время в его состоянии была отмечена положительная динамика, он ни разу не нарушил режим отделения, не конфликтовал с врачами, персоналом и другими пациентами, у него не отмечалось признаков опасности для себя и других лиц, а вероятность принесения иного существенного вреда существенно нивелировалась. У него есть реальные планы на продолжение обучения и трудоустройства, и есть близкие люди, которые готовы помочь ему в этом, а также организовать контроль за лечением в амбулаторных условиях. Осипов В. М. - молодой человек, которому предстоит найти свое место в жизни, и его длительная изоляция в закрытом медицинском учреждении затрудняет процесс реабилитации и ресоциализации.

Мы надеемся, что все имеющиеся профессиональные и гуманитарные соображения будут приняты во внимание Вашими врачами во время проведения очередной комиссии, и они проявят профессиональную честность и независимость. Мы убеждены, что мнение врачей, которые постоянно наблюдают пациента и заботятся, в том числе, о его дальнейшей судьбе, является более весомым, чем мнение судебных психиатров-экспертов, которые оценивают статус на основе непродолжительного исследования и наблюдения и не интегрируют свои выводы в более широкий контекст прогноза жизни пациента».

И вот — о радость! — комиссия выходит в суд с ходатайством о замене Осипову В. М. принудительной меры медицинского характера в виде принудительного лечения в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях общего типа, на принудительную меру медицинского характера в виде принудительного лечения и наблюдения у врача психиатра в амбулаторных условиях. Суд удовлетворяет это ходатайство и таким образом открывает дорогу для возвращения Вадима Осипова к нормальной жизни. Пять лет нахождения в закрытых учреждениях дезадаптировали его, и многое придется осваивать заново. Пожелаем ему удачи!

Л. Н. Виноградова

ДОКУМЕНТЫ ВРЕМЕНИ

Просим помочь!

Письмо пациентов московского ПНД

Здравствуйте. Мы просим оказать нам информационную, юридическую или любую другую помощь. Мы будем благодарны, если у Вас есть возможность опубликовать наше письмо, разместить в тематическом журнале, группе, сделать «репост» или посоветовать, как поступать в нашей сложной жизненной ситуации. Нас несколько человек, мы рискнули обратиться к общественности, чтобы защитить свою честь и право на гуманное отношение. К сожалению, в силу сложившихся обстоятельств мы вынуждены не подписываться, сохранять анонимность (в редакции есть имена обратившихся).

Мы, люди с ментальными заболеваниями, их родные и близкие, оказались заложниками реформы психиатрической системы Москвы, проведенной в спешной, без обсуждения форме. Так, несколько лет назад наш районный ПНД стал филиалом больницы им. Алексеева (ГБУЗ ПКБ № 1), поменялись внутренние правила и политика оказания помощи. Медицинский персонал, чтобы получить стимулирующие выплаты, выполнить «госзадание» (обязательное для врача ежемесячное число осматриваемых больных) ввел практику «активных вызовов». На наши домашние телефоны начали поступать звонки из диспансера с требованиями «отметиться», угрозами применить нейролептики «в профилактических целях», «вызвать на комиссию». Причины неожиданных частых обязательных явок назывались разные, иногда анекдотические: «Я у заведующей спрошу, как часто вам появляться! Вам статус поменяли, у нас госзаказ, вы статистику портите!». На дверях кабинетов прикрепили памятки для посетителей, где сообщается, что отказы от следования рекомендациям врачей, посещений и приема лекарств рассматриваются как симптомы обострения заболевания и свидетельствуют о необходимости вызова скорой психиатрической помощи (ПОНП).

Многие опытные врачи, недовольные реформой, уволились: сейчас в диспансере 22 вакантных участка, поэтому случаются часовые очереди

ди, обслуживание проводят замещающие врачи с небольшим психиатрическим стажем. Увольнение врачей сопровождалось скандалом, негативными публикациями в СМИ. Например, статья «Мертвые души душевнобольных: что стоит за приписками в психбольнице» в «Новых известиях» Юлии Сунцовой от 30 ноября 2020 года. В статье упоминается, как в ПНД № 19 г. Москвы набирают нужное число пациентов для выполнения «госзаказа». Участковые врачи приходят неопытные, со студенческой скамьи, после переобучения. Так, участковый врач двадцати четырех лет, акушер по профилю, в качестве психотерапии порекомендовал пожилой женщине «вечерний секс». (К счастью, врач уволился через три месяца.)

В период пандемии COVID-19 в 2021 – 22 гг. врачи начали настаивать на ежемесячном посещении ПНД, в том числе пожилыми людьми. Нам не объясняли, почему ослабленные, имеющие хронические заболевания люди должны приезжать в диспансер во время вспышки коронавирусной инфекции. («Вы уже болели в этом году один раз! Хватит с вас! Вы должны приехать! Вы под наблюдением!»). Участились звонки на дом от сотрудников диспансера: медсестры в угрожающей, унижающей достоинство манере требовали отметить в ПНД.

Также никак не обеспечивается медицинская тайна: медсестры и медбратья по телефону проводят беседы с родственниками и знакомыми больных, сообщают приватные сведения. На жалобы руководство ПНД не отвечает или отделывается отписками. («Мы сожалеем, что у вас сложилось такое впечатление о качестве оказанных медицинских услуг. С уважением, Администрация»)

К сожалению, как нам сказали, у нас нет возможности поменять диспансер, мы прикреплены к районному ПНД и больнице им. Алексеева, как крепостные. Мы не можем отказаться от навязываемых врачами медицинских услуг: во-первых, лечащие врачи, не согласные с политикой заве-

Письмо пациентов московского ПНД

дующих, уволились; во-вторых, оказываемые услуги рассматриваются как не требующее согласия больного психиатрическое наблюдение.

Мы лишиены возможности жаловаться в страховые компании — нам ответили, что психиатрическое наблюдение не входит в перечень страховых услуг. Чтобы написать жалобы в Минздрав, Департамент здравоохранения, Росздравнадзор требуется предоставить полные паспортные данные, нарушение анонимности вызовет открытый конфликт с заведующими и врачами. Учитывая наше почти бесправное положение из-за психиатрической реформы, мы не готовы рисковать здоровьем и социальным статусом.

У нас есть работа или учеба, семья, мы никогда не совершали преступлений, не попадали на принудительное лечение, не ведем асоциальный образ жизни. Мы дорожим своими маленькими радостями и печальми. Многие годы мы ежегодно добровольно ходили к врачам, нам помогали в сложных ситуациях, выстраивалось какое-то доверие между врачом и пациентом. Сегодняшнее отношение к нам врачей и медицинских сестер глубоко ранит, вызывает обоснованное опа-

сение за качество лечения и возмущение из-за постоянных унижений. Частое посещение врача-психиатра и диспансера отнюдь не легкое испытание для психики молодых и пожилых людей. Также из-за стигматизации психических заболеваний в обществе мы боимся, что окружающие нас люди случайно узнают о нашем заболевании, увидят нас в диспансере: в ПНД много случайных посетителей, оформляющих документы или пришедших на плановое рабочее освидетельствование.

Пожалуйста, помогите нам! Мы с благодарностью примем любую помощь — сочувствие, совет, как поступить в нашем случае. Мы будем благодарны, если нам подскажут, как преодолеть конфликтную ситуацию, куда обратиться за помощью, но чтобы сохранить анонимность. Мы уверены — в наше сложное время люди с ментальными проблемами должны поддерживать друг друга, не бояться рассказывать о сложностях, поэтому решились попросить о помощи.

P. S. В силу сложившихся обстоятельств мы вынуждены сохранять анонимность. Надеемся на деликатность и понимание.

Комментарий редакции. Главный психиатр Москвы Георгий Петрович Костюк в своих выступлениях с гордостью сообщает, что посещаемость психиатрических диспансеров увеличилась на порядок. С его точки зрения, это свидетельствует об успехе проводимой реформы деинституционализации и повышении эффективности оказания психиатрической помощи. Теперь все по-военному: есть приказ — выполняй! В статье в «Новых известиях» (30.11.2020) упоминаются нормы госзаказа — 28 человек на одного психиатра ежедневно, не выполнишь — лишишься стимулирующих выплат. В результате, пациентов чуть не насильно заставляют посещать диспансер, даже в отсутствие надобности, и появляются «непонятные посещения», которых не было. А мы удивлялись и не верили, когда пациенты рассказывали, что у них в картах появляются записи о несуществующих визитах в ПНД, уверяли, что такого не может быть. Оказывается, так выполняется план, который при добросовестной работе психиатра просто не может быть выполнен. Но можно отдать приказ, и на бумаге все будет Ок. Вот только к лечению это не имеет отношения. Статья очень точно названа — «мерт-

вые души...». Как тут не вспомнить Гоголя и Пушкина, подсказавшего это именование.

А вот выдержка из короткого ответа на письмо поддержки, которое мы отправили.

«Здравствуйте, Любовь Николаевна! Очень приятно, что мы так быстро получили исчерпывающий ответ. Мы с радостью увидели, что НПА стойко и непоколебимо стоит на прежних гуманистических позициях в сложнейшее время. После Вашего письма пропало чувство неопределенности, появилась вера в справедливость, спасибо за теплые слова!

Много лет назад, в девяностых годах, случилось наше знакомство с Юрием Сергеевичем Савенко, что поменяло у некоторых из нас отношение к жизни, возродило надежду на возможность существовать в обществе полноценно, с избавлением от медикализации, присущей советской психиатрии. С тех пор прошло почти тридцать лет, до 2020 года ни у кого из нас не было конфликтных ситуаций с врачами — теперь мы понимаем, насколько важной была роль НПА для отечественной психиатрии. Вы с Юрием Сергеевичем сделали невозможное. Очень большим оказался вклад НПА в нашу необычную, по-своему яркую жизнь».

ОТКЛИКИ, ОБСУЖДЕНИЯ

Отклик на интервью главного психиатра Москвы

Интервью, которое дал д.м.н. Г. П. Костюк — д.м.н. Б. Л. Лихтерману, психиатр — историку медицины, научному обозревателю «Медицинской газеты» (07.09.2022, № 35) по стилю больше походит на интервью военного — гражданскому лицу.

Четко, без колебаний, с решительным в своей абсолютно правоте напором, но при этом с военной хитростью верноподданного Президенту страны. Портрет Президента в кабинете главного врача центральной психиатрической больницы и даже главного психиатра столицы — все равно с нашей точки зрения не лучший, хотя и откровенный стиль. Собственно, тогда все, что делается, — превосходно. Но ведь нашего Президента недавно очень крупно подвели благостной информацией, которая не соответствовала действительности. Мы далеки от того, чтобы считать Георгия Петровича ответственным за реформу оптимизации психиатрической службы в Москве и планы распространения этой практики на всю страну. Он, как полковник медицинской службы, образцово следует полученному заданию. Мы были свидетелями восторженной реакции ректора МГУ В. А. Садовничего на организационные способности Г. П. Вот уж, действительно, как на военный лад.

Но как представитель гражданского общества, я не верю и не считаю научно обоснованной практику строительства гражданской психиатрии по военному образцу и стилю.

Главное, что я считаю неприемлемым и глубоко вредным считать критику вредительством. — Ведь сейчас это уже нередко уголовно наказуемо. Дисциплины нет!

Г. П. не мог не понимать, для каких читателей он отвечает. Вряд ли им стоит объяснять, что такое деинституционализация, разве что толкуя это понятие на свой лад — буквально. Все понимают это как резкое сокращение стационарной, а не амбулаторной службы.

Говоря, что в Москве постоянно проживает 13 миллионов и теперь имеется 5 больниц на 7 тыс. коек вместо 16 больниц и 16 тысяч коек, Г. П. преподносит это как достижение. Но оно, прежде всего, экономическое, неизбежно за счет многоного другого. У нас же «за последние годы на третью снизилась психическая заболеваемость!» Вот только инвалидов вследствие психического заболевания почему-то меньше не

становится, и появляются они в поле зрения психиатра тогда, когда активное лечение уже неэффективно. Может быть, снижается не заболеваемость, а выявляемость? Может, это говорит о снижении доступности психиатрической помощи и падении доверия, которое понемногу стало восстанавливаться в 90-е годы после принятия закона о психиатрической помощи? Но вместо того, чтобы укреплять это доверие кропотливой работой психиатра, мы сокращаем сроки госпитализации, переводим на долечивание в дневной полустационар, где «за шесть занятий больной должен понять, что с ним произошло, понять природу своего заболевания и способы борьбы с ним» и стать «квалифицированным получателем психиатрической помощи». А не станет, так признаем недееспособным и отправим в психоневрологический интернат, а это другое ведомство и другая статистика.

По данным, приводившимся Н. Д. Букреевой¹, количество психиатрических коек в стране с 2005 по 2012 год сократилось с 11,8 до 10,2 на 10 тысяч населения, при этом в Москве их было 17, а в Чеченской республике, где крепки семейные связи, и помещение члена семьи в психиатрическую больницу возможно лишь в самом крайнем случае, — 3,3. И это снижение шло постепенно, в значительной мере за счет освобождения коек от пациентов, находящихся в стационарах по социальным показаниям. А теперь оказывается, что и 5 психиатрических коек на 10 тыс. населения в Москве нам не нужно, поскольку они в значительной степени в центральной больнице города остаются незанятыми. Вот уж, действительно, оздоровление жителей Москвы идет ударными темпами! Одновременно с этим в Москве с приходом нового главного психиатра ежегодно недееспособными признаются около 400 – 500 человек, и этот поток не ослабевает.

Георгий Петрович ссылается на то, что во всем мире первый прием осуществляют врачи общей практики. Как во всем мире? Но Запад — не идеал и поэтому не образец для обезьянничанья, так как у них другой контекст за счет

1 Наталья Дмитриевна Букреева — д.м.н., засл. врач РФ, 18 лет возглавляла научно-организационный отдел Национального центра психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского.

другой инфраструктуры и активного гражданского общества. Западные коллеги восхищаются советской системой здравоохранения, а современные руководители российского здравоохранения копируют современную западную систему, — выразительный круг. А ведь диагностически пограничная психиатрия значительно труднее и чревата ошибками даже узких специалистов. Получается, что, как во всем мире, врачи общей практики, имея право выписывать нейролептики, будут предварять консультацию психиатра и посыпать к нему. Такая система дешевле, но понятно, чем это чревато.

Г. П., в качестве члена Комиссии по охране здоровья граждан и развитию здравоохранения Общественной палаты РФ, давно говорит, что закон о психиатрической помощи устарел, и возглавил рабочую группу по разработке изменений и дополнений к нему, а фактически пытается подменить его новым гораздо более обширным законом о психическом здоровье. При этом его не смущает, что общественная организация с наиболее крупными юридическими наработками в этой сфере — Независимая психиатрическая

ассоциация России — не привлечена к этой работе, тогда как у него самого имеется очевидный конфликт интересов, как у государственного чиновника. Не смущает и памятный всем выход из Общественной палаты Л. М. Рошаля, неудовлетворенного ее деятельностью в области здравоохранения.

Интервьюер спрашивает относительно принудительной госпитализации якутского шамана: «Разве представлял он общественную опасность?». Ответ: «Вы ведь согласны, что речь идет о больном человеке. Разве можно оставлять больного без медицинской помощи?». Это наивный ответ, так как речь не о диагнозе, а принудительной госпитализации человека, который принимал и соглашался на амбулаторную терапию, а его помещают в самые жесткие — четвертой степени строгости условия, чтобы держать подольше. Это и называется «карательная психиатрия», про которую Г. П. отметил, что «не понимает, что это такое».

Ю. С. Савенко

Опрос ЕПА относительно правила Голдуотера¹

14 июля 2022 г.

Уважаемые господа!

Я научный сотрудник Бернского университета, отделения судебной психиатрии. Мы работаем над исследовательским проектом, посвященным «Правилу Голдуотера» и его применению в Европе. С этой целью мы проводим опрос национальных психиатрических ассоциаций, обществ и организаций, являющихся членами ЕРА.

Мы хотели бы знать, есть ли у Независимой психиатрической ассоциации России общедоступные заявления, руководства, рекомендации к действию в отношении публичных заявлений врачей-психиатров о публичных деятелях в СМИ, которых они сами лечили или не лечили? Возьмем, к примеру, публичные психиатрические диагностические оценки в связи с крушением самолета Germanwings в марте 2015 года. Или дискурс в англоязычном мире о психическом состоянии Дональда Трампа.

Мы были бы признательны, если бы вы могли указать нам на соответствующую литературу

Независимой психиатрической ассоциации России и прислать ее нам, или сообщить, что такой литературы не существует и ваша официальная позиция не сформулирована.

Я также доступен для звонка, если это будет необходимо.

С наилучшими пожеланиями,
Александр Смит.
22 июля 2022 г.

Уважаемый Александр!

Тема предлагаемого опроса для нашей Ассоциации была актуальной с начала 1990-х годов, когда в ходе попытки подменить нас марионеточной организацией, а потом опорочить, был написан донос в Американскую психиатрическую ассоциацию, что я публично выразил сомнение в психическом здоровье Звиада Гамсахурдия, президента Грузии и сына выдающегося писателя из-за его утверждения об искусственно вызванном в Грузии землетрясении и медицинских данных об его юности. В результате я получил серию назидательных брошюр на эту тему, которую и сейчас считаю важ-

¹ Правило Голдуотера сформулировано в «Принципах медицинской этики» Американской психиатрической ассоциации: «Психиатру неэтично высказывать профессиональное мнение в отношении общественных деятелей, если он не провел обследование и не получил надлежащее разрешение на публичное заявление».

ной. Поэтому на одном из тогдашних съездов НПА была выработана позиция, которую мы неоднократно подтверждали.

В отношении исполнительной и судебной власти необходим психиатрический контроль, а для первых лиц — еще и гласность, так как от них непосредственно зависит судьба людей, тогда как для парламентской и четвертой власти этого не нужно.

Поэтому сам жанр патографий первых лиц государства и тем более мыслителей, людей искусства и науки не подлежит критике. Наоборот, это примеры преодоления болезни и даже использования ее в творчестве. Но нам претят, например, фото впавшего в маразм Ленина при самой жесткой оценке его злодеяний, вне оправдывающего это контекста и отсутствия этического и художественного вкуса.

Эта позиция, как и цели НПА, является неизменной на протяжении более 30 лет существования НПА в ответах на вопросы об этом. Так, 30 лет назад, Жириновскому, как сейчас Путину, выставлялись психиатрические диагнозы, что выражает постыдное снижение профессионального и даже общекультурного уровня. Оба всегда действовалиrationально. Они — как и Трамп — не священные коровы. Но было бы безответственно и неграмотно высказывать суждения заочно и не располагая необходимыми данными. Коллеги, которые это делали, это обычно психологии или психиатры, работающие только с пограничными состояниями и дающие характерологический и личностный портрет, а не медицинский диагноз.

Короче, психиатрический контроль первых лиц, особенно диктаторов, конечно, необходим, но это проблема подбора независимых экспертов, что в диктаторском режиме чревато судьбой Владимира Бехтерева, который после консультации Сталина был отравлен. Поэтому общее правило, как общий знаменатель, дискредитирует себя при внеконтекстуальном рассмотрении (вне модели фигура/фон). В демократических и авторитарных обществах это разные вещи.

«Правило Голдуотера в американской психиатрии» подробно и корректно представлено в Википедии на русском языке, но явно неизвестно многим комментаторам здоровья нашего президента. Мы не располагаем данными о судебной практике по этой проблематике. Но в условиях имитации разделения властей, полицейского режима, испарения этики, высокой вероятности любого произвола, мы придерживаемся традиционных «архаических» профессиональных правил и ценностей, основа которых сугубо конкретный индивидуальный подход к каждому отдельному случаю.

**Ю. С. Савенко,
президент НПА России**

22 июля 2022 г.

Уважаемый доктор Савенко!

Спасибо за Ваш ответ и разъяснение позиции НПА России, которые я очень ценю. Это чрезвычайно полезно.

С наилучшими пожеланиями,
Александр Смит

Из писем в редакцию

Здравствуйте!

Я ваш постоянный подписчик участковый психиатр Суворов Иван из г. Талица Свердловской области.

Хочу приобрести у вас книгу Избранных трудов Х. Рюмке в переводах Завитаева. Если есть еще подобные труды (классиков) — тоже интересует.

Еще хотел бы поинтересоваться, существует ли какое-нибудь издание трудов профессора Владимира Ивановича Крылова? Это лучшее из русской современной психиатрической литературы, что я знаю, но, к сожалению, встречались только отдельные статьи в журналах. Еще довелось раза три слушать Владимира Ивановича на конференциях. Хотелось бы все в одной книжке. Лучше общую психопатологию не объясняет сейчас никто, по-моему. Большое вам спасибо, что включили этот раздел. Раньше этого как-то не хватало (имею в виду раздел по общей психопа-

тологии). Еще хотелось бы отдельный постоянный раздел по лечению (фармакологии) психических заболеваний. Тогда вашему журналу вообще не будет конкурентов. Их и сейчас практически нет!

Жду ответа по книжкам.

С уважением,
Иван Суворов

Дорогой коллега! Спасибо за Ваш отклик, высокую оценку журнала и советы. Владимир Иванович готовит сейчас обобщающую монографию, о которой мы сообщим в нашем журнале. Из классиков у нас есть еще «Философская автобиография» Ясперса, тома работ Кронфельда, Берце и Груле, Вирша и Клауса Конрада. Заходите на наш сайт. Будем рады любым Вашим публикациям в нашем журнале.

Ваш Юрий Сергеевич Савенко

ИЗ ПРАКТИКИ

Какова опасность суицида?

Сообщение по электронной почте:

«Здравствуйте. Меня зовут Анастасия, мне 14 лет. Примерно за последние 9 месяцев в моем самочувствии и сознании произошли большие изменения. Я не могу понять, что со мной происходит, и хотела бы узнать, как справиться с этим и заставить себя функционировать нормально. Вот, с чем я существую уже почти год.

Моего скромного словарного запаса не очень хватает, чтобы описать это, но я попробую. Я чувствую полную опустошенность, будто во мне не осталось вообще ничего. Мне кажется, что мозг в моей голове заменили на тяжелый камень, и я больше не способна ни думать, ни действовать. Во мне нет ни капельки разума. Я стала отсталым недоумком, потому что моя память и способность понимать происходящее вокруг очень сильно ухудшились. Я ничего, абсолютно ничего не могу запомнить. Ни дат, ни обещаний, ничего. В моей голове все смешалось. Я стала глупой золотой рыбкой. Буквально ничего не понимаю с первого раза, нет, мне нужно не единожды повторить, что делать, иначе я, бестолочь, ничего пойму. Я чувствую себя будто в тумане.

Я вообще ничего не могу делать нормально. Либо что-нибудь перепутаю, либо что-нибудь уроню, либо что-нибудь сломаю. Я неуклюжая, недееспособная. Меня нельзя попросить буквально ни о чем, я все сделаю не так. Это просто ужасно, и я виню себя за это, но это не помогает. Я стала абсолютно бесполезной.

Я отчаялась. Ничто не приносит мне удовольствие. Вообще. Я не понимаю, что мне делать, чтобы заставить себя хоть немного радоваться или мотивироваться. Я ничего не понимаю. В моем горле буквально комок, который не проходит. Эта неопределенность ставит в тупик. Любимые дела не приносят мне такого удовольствия, как раньше. Я не хочу ни настольных игр, ни книг, ни кексов — знаю, это очень глупые примеры, но прошлую я просто обожала все это, а теперь мне очень трудно получить удовольствие вообще. Вместо этого я имею желание плакать. Я стала гораздо ранимее с того момента, как все это началось. Кроме слез — я понимаю, что в этом мире для меня все стало слишком громко, быстро и непонятно. Меня обжигает бешеный поток в метро, оглушает рев поезда, мне очень трудно сосредоточиться даже на простых вещах, например, чтении, и из-за того, что все так ранит и пугает меня, я тоже могу заплакать. Это очень стыдно. Раньше для меня слезы были чем-то серьезным — я плакала редко, 1 раз в 3–4 месяца. Сейчас же это происходит в 3, а то и в 4 раза чаще. Я пытаюсь сдерживать себя, потому что обычно я плачу из-за какого-то незначительного события (например конфликт), обычно

даже не доходящий до криков — года 2 назад я бы и бровью не повела, если бы поругалась, допустим, с матерью) или, того хуже, без повода вообще. Мне так стыдно из-за своей плаксивости. Это просто неописуемый стыд — когда я ощущаю, что хочу плакать, но почему — непонятно. Я так сильно ненавижу себя за это, об этом подробнее дальше. Но я уже более-менее научилась сдерживать слезы. Сейчас я просто лежу, смотрю в потолок и представляю себя в пустой комнате или просто белом пространстве. В своих фантазиях я рыдаю, бьюсь, ломаю себе кости, режу себя, даю себе пощечины, выдергиваю из себя внутренности, захлебываюсь в собственной крови, убиваю себя и уродую свое и без того ужасное тело другими изощренными способами, об этом подробнее будет написано позже. Это помогает мне очень немного, но снизить напряжение и побыть к слезам. Но я больше не могу получать удовольствие.

Я бесконечно устала. Устала от всего, и я не могу выспаться или отдохнуть. Сколько бы я не спала, как бы не пыталась настроить свой график — это не помогает. Каждый день я понимаю, что у меня нет сил абсолютно ни на что. Меня будто придавило бетонной плитой, а головная боль преследует меня каждый день и усиливает мою лень. Когда я готовлю, то меня тошнит от запаха еды. Я начала гораздо больше спать и меньше есть. Когда я начинаю пытаться заниматься чем-то, то в конечном итоге либо бросаю, либо просто откладывают дело, ложусь и смотрю в потолок. Моя голова пуста, я стала ленивым покрастинацией из-за того, что мне не хватает энергии, и я не знаю, как с этим справиться.

Я поняла, что стала полной эгоисткой. Из-за своих глупых незначительных проблем, которые я даже не могу нормально классифицировать, я перестала достаточно заботиться о других людях. Вместо того, чтобы помогать другим с делами и проблемами я лежу и смотрю в стену. Я не делаю ничего по дому, либо делаю, но с трудом. Я стала меньше интересоваться другими людьми. Я могу отказаться от встречи или мероприятия в последний момент, просто потому, что я не увидала смысла в том, чтобы идти туда, или не нашла в себе силы, чтобы подняться с кровати, об этом подробнее ниже.

Из-за моего эгоизма мои отношения с родными и друзьями испортились. Я чувствую, что они ненавидят меня, и это вполне заслуженно, потому что я просто бесполезна. Раньше, когда все это начиналось, я вполне умело притворялась. Я всегда старалась быть инициативной, доброй, веселой, и все было отлично. Я хорошо скрывала то, что на самом деле чувствовала. Я просто приходила домой и смотрела в потолок, думала о

том, какое же я ничтожество. Но с каждым днем это становилось все тяжелее и тяжелее, и сейчас я уже с трудом притворяюсь. Мне так страшно, что когда-нибудь хоть один человек по моей глупости узнает о моих проблемах. Я не знаю, как это произойдет, но я уже этого боюсь. Я боюсь того, чего нет: это так жалко с моей стороны. Это просто ужасно. Я так сильно ненавижу себя и свой эгоизм. Мне так больно, когда обо мне заботятся. Когда пытаются узнать о моих проблемах, когда хотят мне помочь или утешить. Это просто ужасное чувство. Я чувствую себя эгоисткой, будто я перетягиваю на себя внимание или что-то вроде того... хотя, не «будто». Мне больно, что люди тратят на меня свое время, свои силы, будто я чего-то стою. Это так мучительно смотреть на то, как люди хотят помочь мне, хоть это происходит крайне нечасто. Но при этом, когда меня бросает на обочину и никто не хочет общаться со мной, мне тоже больно. Это так жалко выглядит, вот такая вот несостыковка.

Я ненавижу себя. Я испытываю за себя просто неимоверный стыд. Я хочу выделить это в отдельный пункт. Я понимаю, что я эгоистка, и думаю только о себе. Я понимаю, что я ничего не стою и ничего не умею. Я понимаю, что я — ужасный человек. Я понимаю, что выгляжу безобразно и ужасно. Я хочу, чтобы мое никчемное тело исчезло и больше никому не мешало. Я готова повторять вечно то, что я ненавижу себя. Я никогда не была ни хорошей дочерью, ни верной подругой, ни примерной ученицей. Я начала учиться хуже. Я никогда не была человеком, которого можно было бы полюбить, а сейчас я ненавижу себя еще больше, чем до этого. Я стараюсь быть добрым и спокойным человеком, тем более я понимаю, что ненависть — это очень глубокое и серьезное чувство. Поэтому я ненавижу себя всем сердцем. Иногда я начинаю ненавидеть себя больше, чем вообще способна ненавидеть.

Я даю себе наказания. Они очень жалкие и глупые, но за все то, что было описано ранее, я должна ежедневно их нести. Это все то, на что способна моя фантазия — и голодание, иногда сухое (непродолжительное — макс. 1 день), и помещение своего убогого, огромного тела в пространства с низкой и высокой температурой, и вырывание волос, и царапание ногтями, и пощечины с кулаками. Я не считаю, что если человеку плохо — то он должен нести за это наказание. Но я просто не могу с собой справиться, хоть и должна это сделать. Я знаю, что я способна на то, чтобы подняться с кровати, потому что не способны на это только люди с психическими расстройствами и настоящими проблемами, но сколько бы я не пыталась, у меня не получается. Я причиняю себе заслуженную боль, чтобы себя растормошить и заставить сделать хоть что-то. Или просто еще раз напомнить о том, что я — ничтожество, или о том, что мое тело абсолютно ужасно, и я не заслуживаю ничего, что у меня есть. Я ненавижу себя и причиняю себе боль еще и поэтому.

Этот пункт для меня — самый сложный и непонятный. Я не знаю, как его классифицировать. Как и всегда, я не знаю, что делать. Для чего я живу? Стоит ли мне жить? Стоит ли мне застав-

лять всех своих близких людей терпеть меня? Все чаще мне начинает казаться, что мне не стоило бы существовать. Я ничего не могу, ничего не приношу и не подаю никаких надежд. Кажется, что совсем скоро все узнают о том, какая я на самом деле ничтожная. Я не могу сказать, что готова покончить с собой, но у меня есть определенные планы. Основных 2 — это повешение и отравление снотворным. Мне кажется, что в моей жизни нет никакого смысла. Более того, своим существованием я всем приношу только боль. Раньше в моей голове редко проскакивали мысли о суициде, но я начинаю думать об этом каждый день все чаще. Это потому, что я не знаю, как справиться со своими никчемными подростковыми проблемами? Или это еще одно проявление моего нескончаемого эгоизма?

Скажите, пожалуйста, на что это похоже и как все это (желательно побыстрее) побороть? Я ненавижу себя за это. Это часть взросления? Все через это проходят, и только я ною, да? Вроде бы ничего настолько серьезного не происходило, что могло спровоцировать подобную, тем более такую долгую реакцию. Большое спасибо заранее!

Анастасия!

Ответ на твой первый вопрос — «что со мной?» дан в первой строчке твоего же письма. — Тебе 14 лет, а мучаешься уже год. В этом возрасте это хорошо известное явление, описанное в замечательной работе Ильи Ильича Мечникова «Этюды оптимизма» на собственном примере (это есть в интернете). Я тоже перенес его 70 лет назад. Это субдепрессивный возрастной кризис, словно природный обряд инициации для избранных. Это состояние не бывает бесконечно.

Ты пеньяешь на свой «скромный словарный запас», а пишешь — без преувеличения — очень талантливо, передавая свое состояния с мастерством художественного таланта, а это противоречит глубине расстройства, которое ты тонко описываешь. Эти описания — дневники и первые литературные опыты — замечательное лекарство. Так (как в родах) с болью прорываются творческие силы, и чем они мощнее, тем больнее. Но, в конечном счете, делают нас духовнее. Важно придать смысл своему состоянию, как необходимому испытанию. Тем быстрее ты справишься с ним и даже что-то создаешь. Твои память и интеллект в порядке, а их расстройство — следствие нарушения внимания, что естественно при сильных переживаниях. Конечно, когда такое состояние затягивается и так истощает, необходим наставник. Я мог бы порекомендовать опытного в этом специалиста. В каком городе ты живешь?

Юрий Сергеевич Савенко.

P. S. Доказательством того, что ты замечательно пишешь, является то, что мы хотим опубликовать твое письмо в «Независимом психиатрическом журнале». Как его подписать?

ВОСПОМИНАНИЯ

К 60-летию моей профессиональной деятельности¹ (часть 5)

Ю. С. Савенко

Возвращение в Институт в качестве старшего научного сотрудника экспериментально-патопсихологической лаборатории определило изменение прежнего преобладания моих клинико-электроэнцефалографических исследований на их паритет с клинико-психологическими и вскоре на личностный подход. Уникальная лаборатория Блюмы Вульфовны Зейгарник только благодаря ей сохранила дух феноменологического, гештальтистского направления Курта Левина, его берлинского периода. Но Б. В., уйдя с поста заведующей по возрасту, согласно жесткому минздравовскому шаблону, благодаря Д. Д. Федотову в высоко деликатной форме, сохранила лабораторию в качестве базы кафедры нейропатопсихологии факультета психологии МГУ, которую возглавляла наряду с А. Р. Лурия. Заведующим лабораторией стал Борис Моисеевич Сегал, который привел с собой сотрудников с медицинским образованием, Л. Н. Собчик и В. М. Кушнарева, что создало некое равновесие с собственно психологами С. Я. Рубинштейн, Т. И. Тепеницыной, которая изучала резонёрство, В. В. Николаевой (Коченовой по мужу, автору основополагающей работы по судебной психологии, тоже ученика Б. В.). Старшим лаборантом был в этот период Б. С. Братусь, в будущем декан психологического факультета РГГУ.

Мой приход в лабораторию совпал с выходом сборника ее научных трудов, куда я успел поместить свою первую работу по психологической тематике — «Рисунок человека». Сусанна Яковлевна, замечательный методист и яркий лектор, обчила меня используемым в лаборатории методикам. Человек совершенно другого стиля, чем Б. В., яркая и несколько экзальтированная, она показала мне несомненное преимущество оценки работы испытуемого не по результату, а процессу выполнения заданий. Например, учту того, куда еще только тянется рука испытуемого, складывающего кубики Коса. Кроме того, что у каждого сотрудника была своя научная тема, — у меня дальнейшее исследование тревожно-депрессивных расстройств — наша рабо-

та состояла из экспериментального исследования присыпаемых из клиник Института и отделений больницы им. П. Б. Ганнушкина больных, обучения стажеров (мне доставались имеющие медицинское образование, среди них В. Е. Лановой из Одессы, специалисты из Астрахани, Омска, Томска, Новосибирска) и обсуждения актуальных профессиональных проблем многими творчески одарёнными молодыми гостями лаборатории и на еженедельных собраниях, на которые приезжала и Б. В. Борис Моисеевич вел и обобщал эти обсуждения с мастерством и творческим анализом, превосходя всех нас. Он поместил в своем кабинете портрет проклинаемого тогда Фрейда², но всякий раз умело объединял психологический анализ с нейрофизиологическим в духе пробивавшегося из догматов эпигона И. П. Павлова исследований дienceфальной и лимбической систем. По инициативе Б. М. в Институт приезжал Н. Н. Гращенко со своими сотрудниками. Запомнилось его яркое выступление о роли гипоталамуса.

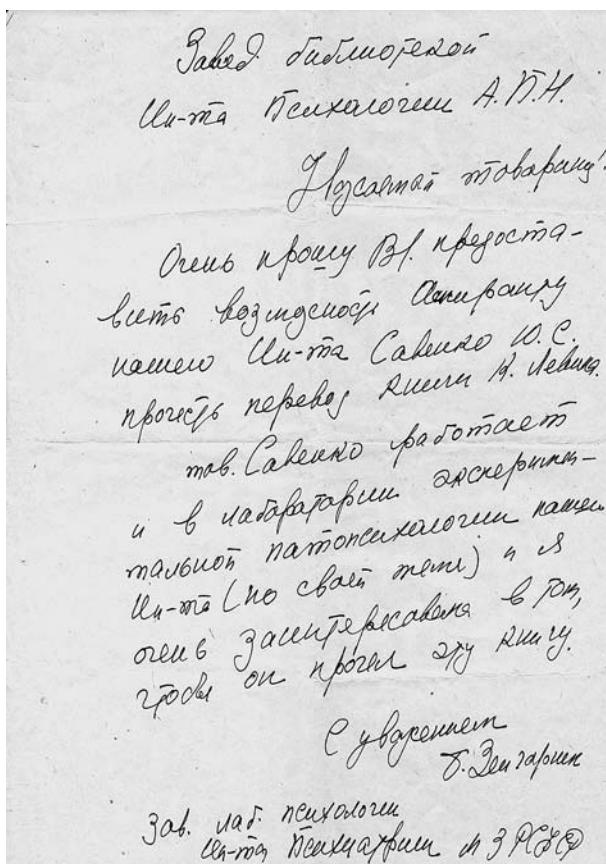
Одним из первых моих шагов в лаборатории было письмо Александру Романовичу Лурия. «От имени группы психиатров и психологов обращаюсь к Вам с просьбой выступить инициатором издания избранных произведений Курта Гольдштейна на русском языке. Вряд ли найдется человек, который лучше чем Вы смог бы оценить необходимость такого издания. Со своей стороны, я мог бы предложить перевод поразительной по проникновенности работы «The structure of anxiety» (1957)». Спустя несколько недель Блюма Вульфовна передала мне его разочаровавший меня ответ: «Получил Ваше письмо. К сожалению, у меня нет путей для публикаций сочинений К. Гольдштейна на русском языке. Я тоже считаю, что это было бы желательно и с удовольствием приму участие в редакции их, но насколько я представляю, — убедить издательства в этом издании будет нелегко». Но заме-

² Но две объемистых главы, обобщающих вклад в психиатрию разнообразных психоаналитических школ, были исключены из подготовленного им тома «Клинической психиатрии» под ред. Груле и др.

¹ НПЖ, 2021, 3; 2021, 4; 2022, 1; 2022, 2.

чательная разработка клинических приемов нейропсихологических исследований больных Александра Романовича восхищает еще больше чем прежде: современные исследователи растеряли эти навыки, превратившись в обслугу КТ и МРТ, беспомощные без них, что обрекает на зависимость от исследований, недоступных на периферии. Еще в мою бытность аспирантом Б. В. несколько раз, ценя мою увлечённость гештальт-психологией, адресовала меня в библиотеку Института психологии и лабораторию Л. И. Божович этого Института, где оставался свободный экземпляр переведенного только что фундаментального текста К. Левина «Намерение, воля и потребность». Меня изумило, что лаборатория удовлетворилась одним экземпляром, тогда как я буквально трепетал заполучить такое сокровище. Действительно, контраст всего в этой работе с массивом тогдашней психологической литературы (разумеется, из моей прочитанной) был грандиозен. Приводимое факсимилеме записки Б. В. Зейгарник интересно тогдашней стилистикой, необходимостью такого разрешения и тем, как и сквозь нее пробивается неформальное отношение к делу.

Борис Моисеевич инициировал также творческое сотрудничество лаборатории с Институтом психологии им. Дмитрия Узнадзе, выдающаяся концепция которого, впитавшая передовой уровень экспериментальной психологии в Герма-



нии, где он длительное время работал, опиралась на методики фиксированной установки на основе иллюзии Шарпантье³, оказавшихся важным подспорьем в многообразных практических применениях. Результатом этого сотрудничества, к которому присоединилась психологическая лаборатория И. М. Тонконогого из психоневрологического института им. В. М. Бехтерева, корреспондировавшая теорию установки с теорией отношений В. М. Мясищева, было проведение нескольких совместных симпозиумов в Тбилиси. Там был выдающийся научный коллектив — А. С. Прангишвили, И. Т. Бжалава, В. Г. Норакидзе, Серго Цуладзе. Иосиф Таймуразович Бжалава обучил меня методам фиксированной установки. Незабываемы впечатления от Тбилиси, атмосферы города и грузинских коллег, увы, уже ушедших, как и от самого Института, оставивших достойное научное наследие. О его уровне свидетельствует перевод с грузинского на русский язык руководства «Общая психология» Д. Н. Узнадзе (2004). Наша лаборатория получила в выполнении части экспериментального раздела докторской диссертации Ш. А. Гамкрелидзе, тогдашнего главного врача тбилисской ПБ, концептуальными советами Б. М. и экспериментальными материалами, выполненными М. З. Дукаревич.

Диапазон экспериментальных методов лаборатории с нашим приходом существенно расширился за счет интеллектуальных и личностных тестов, широко представленных в международной практике. На первых порах я активно продвигал идеологически опороченные интеллектуальные тесты. Один из моих обширных, написанных «в стол» текстов по истории формирования различных понятий, был посвящен «измерению в психологии». В отношении «интеллекта» — понятия, отождествлявшегося с мышлением, изгнанного из советской психологии, вопреки действительности, наиболее очевидной в психиатрии и дефектологии, — я опирался на ясные и четкие определения К. Ясперса и В. Штерна, книгу которого об этом обнаружил только в библиотеке им. К. Д. Ушинского. Нельзя не посетовать, что до сих пор эти фундаментальные классические определения не получили необходимого для коллег знания их драматической судьбы.

Значительную роль в лаборатории сыграла Майя Захаровна Дукаревич, которую я «похитил» из психологической лаборатории Института судебной психиатрии им. В. П. Сербского. Лаборант с неоконченным филологическим университетским образованием из-за репрессиро-

³ Иллюзия Шарпантье состоит в обманутом ожидании маленького веса маленького чемодана и значительного веса большого.

ванного отца, одного из сотрудников Куйбышева, и на редкость разносторонне одаренный человек, книгу воспоминаний о которой издала Лидия Графова, она образовала один из эпизентров лаборатории. К ней обращались за помощью многие научные сотрудники, не упоминая ее имени в своих публикациях. У нас с ней установились дружеские отношения, и это ее положение «темного соавтора» или даже автора подвигло меня на демонстративное присоединение ее имени к своей работе, в которой она не участвовала, и которая была продолжением моей ранней работы о психотическом уровне в различии невротической и психотической тревоги. Я был обязан М. З. приобщением к поэзии Рильке, к тому, как звучит она на немецком языке. Наконец, М. З. показала всем нам, что «легкая» и полноценная интерпретация тестовых результатов обеспечивается наличием теории, подчас даже невербализуемой.

В этот период по приглашению факультета психологии МГУ курс лекций по тестологии прошел Казимир Обуховский из Познани после своей двухлетней стажировки по этой теме в США. В дополнение к этому курсу, который мы все прослушали, Б. М. организовал практические занятия Обуховского в нашей лаборатории. Тогда наметился тропизм каждого к новым методам: у Л. Н. Собчик к MMPI, у Ю. Л. Фрейдина к неоконченным предложениям, у нас с М. З. — к тесту Роршаха и TAT.

В теоретическую основу проективных личностных тестов лег мой обширный (на 90 страниц) текст «К обоснованию понятия “проекции”», обобщающий взаимоотношения проекции и интроекции не только в психологической, но и философской литературе. Я выступил с ним в Институте психологии АН перед полным залом под председательством Ю. Ф. Полякова и, отвечая на его вопросы, опирался на введенное К. Гольдштейном понятие «самореализации» личности, которое еще не было в ходу в послевоенной отечественной психологии.

Спустя несколько лет в Институте судебной психиатрии им. В. П. Сербского состоялось представительное заседание под эгидой АН, АМН, и МГУ, посвященное тестологии с тремя выступлениями Б. Д. Карвасарского и И. М. Тонконогого из Института им. В. М. Бехтерева и моим о проективных личностных тестах, которое вызвало ревнившую реакцию А. Р. Лурия. Но прежний идеологический шлагбаум в отношении тестов был поколеблен вопреки выразительному эпизоду. И. М. Тонконогий под занавес зачитал анти-тестологический текст, сходный с советской лекцией 20–30-х годов, и после выразительной паузы объявил, что это продукт ведомства Гебельса. Тогда из первых рядов зала с возгласом «Не пройдет!» — театрально взметнулась рука с партбилетом К. К. Платонова — увы! — совсем

другого уровня и ориентации чем его отца, известного невропатолога и гипнолога К. И. Платонова, автора книги «Слово как лечебный фактор». Этой, уже водевильной сценой, по сравнению с кошмаром 30-х годов и послевоенных погромных кампаний, он удостоил и мое выступление о понятии «психологического поля» на съезде психологов, что не мешало ему без всякой критики благодушно общаться со мной⁴. И все же в пору было поежиться, тем более, что в зале была парторг нашего института.

В этот, во многом знаменательный для меня, 1967 год, 55 лет назад, я не просто прочел — тщательно проработал первый том «Логических исследований» Гуссерля, сразу почувствовав его фундаментальную значимость: необходимость изгнания отовсюду психологизации, как пронизывающего всё релятивизма, а также его работу «Философия как строгая наука» и резкую реакцию на нее (в противоположность первой работе) Ясперса. Тогда уже циркулировали и умножались и наши самодеятельные переводы Ясперса, Конрада, Рюмке, Колле, Гебзаттеля и мн. др., а из отечественных авторов меня наиболее впечатлила работа Л. С. Выготского «Педология подростка» 1928 г., переизданная только сейчас, почти столетие спустя. В шести томнике Выготского 1982–84 гг. фундаментальные теоретические главы этой работы, посвященной подробному обсуждению предмета задач и методов педагогии, были изъяты! И были впервые опубликованы в НПЖ. С предельной ясностью Лев Семенович показал различие психологии и педагогии, которая — а не психология — соотносится с психиатрией этого возраста. Но даже самих слов «педология», «психотехника», «психоанализ» еще боялись. Разгром педагогии, как полидисциплинарного подхода, возрождение которого началось с 90-х годов под новым именованием «нейронаук», не был итогом научной критики. Подобно тому, как причиной разгрома психоанализа Фрейда и индивидуальной психологии Адлера была активная поддержка их Львом Троцким, обосновывавшего это их соответием марксизму, педагогия и психотехника передавали подбор кадров в руки профессионалов вместо партапаратчиков, ориентировавшихся на совершенно другое основание — властного контроля.

Необыкновенную близость для себя я открыл в естественнонаучных работах Гёте. Наконец, это было еще время знакомства со стихами Мандельштама и Рильке, прозой Джозефа Конрада и Кафки, особенно ясно показавших, как далеко их прочтение от понимания. Для меня они были

⁴ К. К. Платонов не мог знать, что я был автором внутренней отрицательной рецензии на готовившуюся к публикации его монографию о способностях.

тем, что доносит смысл не только текстом как таковым, а множеством более тонких, не лежащих на поверхности особенностей. Внимание ко всему этому обогащает наш предмет и делает необходимым знание и понимание искусство- и литературоведческих открытый, их использования для соответствующего влияния на наших пациентов. Особенное значение в этом отношении имели прочитанные мной тогда работы о театре Н. Н. Евреинова, и музыки Б. В. Асафьева (Глебова).

Грандиозное для себя открытие, которое я сделал на основе работы в патопсихологической лаборатории, состояло в том, что одинаковый методический инструментарий в руках психологов и психиатров приводит к различным, но дополняющим друг друга выводам. И что с полным правом следует говорить об экспериментально-психопатологических исследованиях, далеко не тождественных экспериментально-патопсихологическим. Психиатрия является разделом антропологии, а ее категориальный аппарат только омонимичен психологическому, что является источником фундаментальных ошибок.

Расширению проблемного горизонта понятия страха (тревоги) послужил мой доклад в лаборатории «Концепции тревоги у Кьеркегора, Тиллиха и Нибура», а в ЭЭЭ-лаборатории доклад о Е-волне («волне ожидания») Грея Уолтера. Наконец, фундаментальным для меня стало знакомства с критической онтологией Николая Гартмана, которая была философской основой «Клинической психопатологии» Курта Шнейдера и многих других немецких психиатров. Самым содержательным по тем временам изложением философии Н. Гартмана стала монография Т. Н. Горенштейн, 17 лет отсидевшей в ГУЛАГе.

Очень помогали тогда для ориентации в океане информации многочисленные реферативные журналы: медицинские, психологические и гуманитарные, особенно выпускаемые давно уничтоженным ИНИОНом «для служебного пользования». Благодаря обширным выпискам из англоязычной литературы для точного последующего перевода я грамотно писал по-английски, но говорить так и не научился, несмотря на многолетние со школы усилия собственные и многих замечательных преподавателей. Видимо, сказалась запуганность и отсутствие общения времен оккупации. Узнав о существовании собрания переводов по широкой проблематике при телецентре, которым распоряжался П. С. Гуревич⁵, я воспользовался им, хотя он признавал только бартер.

Критический склад моего ума успешно использовался в Институте для рецензирования

диссертаций на аprobациях, что вызывало благодарность диссидентов, т.к. после жесткой содержательной критики рецензия помогала придать тексту значимость, избегая разного рода ошибок.

Руководители ряда отделов Института приглашали меня в свои разработки. А. Г. Амбрумова, как раз в период подготовки первого сборника по суицидам, привлекла меня к концептуальной части своей работы. До меня эту роль выполнял Владимир Леви в психоаналитическом ключе. Я, отталкиваясь от этой позиции, — в экзистенциальном, привлекая фундаментальное понятие Ясперса из его «Психологии мировоззрений» «потерю точки опоры», написав этот термин по-гречески «апоэадия». Никто не смог найти его в терминологических словарях, и он не прижился. Сборник был для «служебного пользования», и в первом отделе мне показали его издали, не дав прикоснуться. Шлагбаум суицидологии открыл достойнейший человек на посту министра внутренних дел — Н. А. Щелоков, с семьёй которого Айна Григорьевна дружила. Он и кончил «по законам жанра» тогдашней эпохи суицидом. После меня А. Г. помогал В. А. Тихоненко в традиционном естественно-научном ключе.

Леон Лазаревич Рохлин привлек меня к теме докторской диссертации М. П. Подобед о парофренических синдромах, Ольга Петровна Верготграфова — к кандидатской диссертации В. Ф. Войцеха о зрительных галлюцинациях по его настоятельной просьбе, заинтересовавшегося рисункочными тестами, которые я использовал, а Виктор Маркович Шкловский — к попытке разобраться в лечебном действии состояний транса, которые он успешно использовал при различных формах логоневроза, и которые еще не подвергались преследованию, как «грубый вред психическому здоровью и деформации личности», как во второй половине 90-х годов. Главным врачом его коллектива оказался мой школьный товарищ из Черновиц Анатолий Добрович, талантливую работу которого, присланную уже из Израиля, мы опубликовали в НПЖ.

Борис Моисеевич сразу высоко оценил диссертацию посетившего лабораторию д-ра А. Л. Грайсмана из Харькова, первую работу, посвященную групповой психотерапии, и включил эту тематику в планы лаборатории. Проблеме «путей воздействия на личность при психотерапии» были посвящены и мои публикации рубежа 60 – 70-х годов, в частности, на V Всесоюзном съезде невропатологов и психиатров, на котором, выступая с коллективным докладом от нашей лаборатории, я резко высказался против ретроградных и, уверен, показных реверансов в адрес эпигонов И. П. Павлова в выступлениях высоко эрудированного проф. Г. К. Ушакова. Это

⁵ В будущем сотрудник Института философии и автор школьного учебника по философии и работ по философской антропологии.

тут же, в перерыве, привлекло ко мне Игоря Губермана, с которым мы оказались во всем единомышленниками. Меня восхитило собрание икон в его квартире⁶, которые он спасал из разрушенных церквей, скупал в деревнях, где они служили нередко как простые доски подставками под цветочные горшки. Но его грандиозные «гарики» — четверостишия, сконцентрировавшие разоблачительный заряд сарказма с необычайно легким неотразимым юмором, привели ко лживому обвинению: его — спасителя икон — в торговле ими. Последний раз перед этим мы виделись, когда одновременно проводили летний отпуск на знаменитой «даче Ковалевского» Литфонда в Одессе в момент вспышки холеры. Чудовищная паника, — успеть сбежать до карантина, — спровоцированная, как водится, самими властями, захватила и мое семейство. Хотя нам предоставили особый вагон, в купе через окна набивалось до дюжины человек, было трудно дышать. Но Игорь с женой предпочел остаться, чтобы быть свидетелем последующих событий.

Мои собственные исследования ТАТ оказались высоко востребованными, благодаря привлечению меня А. И. Белкиным, заведующим психоэндокринологической лабораторией, к исследованию нескольких пациентов с двойственным полом. Детерминация половой идентификации не только на генетическом (хромосомном), конституционально-тканевом, эндокринном, психофизиологическом, но и на психо-социально-ролевом и личностном уровне, схватываемая этим методом, оказалась важной интегрирующей характеристикой для ответственных медико-психологических рекомендаций.

Меня часто посещал молодой талантливый математик Розенштейн, который носился с построением математической модели методики Выготского – Сахарова.

Слава Майи Захаровны привела к запросу на ее семинар по ТАТ и тесту Роршаха из новосибирской лаборатории В. Н. Волкова, который наткнулся на невозможность командировать ее из-за статуса лаборанта. В этой неприятной ситуации, как наименее обидного кандидата для М. З., учитывая наши дружеские отношения, послали меня. М. З. щедро поделилась со мной планом семинара. Благодаря этой поездке, я познакомился с Цезарем Петровичем Короленко. Это было время расцвета новосибирского Академгородка, и я съездил туда и познакомился с акад. В. П. Казначеевым, проводившим тогда исследования действия капилляротерапии Залманова.

⁶ Лик одной из икон, почти в человеческий рост, был удивительно похож на очень характерное лицо Губермана.

Из числа участников семинара у меня установились неформальные отношения с психологом кафедры Ц. П. Короленко Виктором Марковичем Гольденбергом, сыном прежнего зав. кафедрой психиатрии. Это был талантливый молодой энтузиаст, варьировавший методики Брунера при исследовании мышления больных шизофренией. Его диссертация опиралась на значительный массив зарубежной литературы, диссонирующий с работами Ю. Ф. Полякова, зав. психологической лаборатории академического института психиатрии, на исследования которого опирался А. В. Снежневский после своего первоначально пренебрежительного отношения к психологии и психотерапии. Юрий Федорович провалил эту диссертацию, ссылаясь на отсутствие клинических иллюстраций. В результате, В. М. эмигрировал в США. В состав лаборатории под мое начало вошли две незаурядные молодые сотрудницы Л. Гольдштейн (Драгунская) и Т. Н. Бояршикова. Первая, несмотря на все мои усилия, осталась приверженцей идеи своего первого учителя Феликса Борисовича Березина, да еще с жалостливым отношением к психиатрии как вымирающей профессии. Профессиональная судьба второй началась драматически. Посвятив свою диссертацию под моим руководством Тематическому апперцептивному тесту (ТАТ), что было фактически первым шагом этого метода в нашей стране, она попала в момент, когда заведующим лаборатории неожиданно стал полковник Зухарь, докторская диссертация которого была посвящена гипнотерапии, видимо, для служебного пользования. Возмущение, что знаменитую лабораторию возглавил такой человек, обернулось тем, что защита этой диссертации в МГУ, первым руководителем которой приписался Зухарь, была провалена. Причем в значительной мере усилиями В. М. Шкловского, мобилизовавшего для этой цели всех членов Ученого совета. Это был унизительный и громкий разгром «работы XVIII века». Виктор Маркович, целись в Зухаря, проигнорировал и на редкость добросовестную докторантку, несмотря на двух маленьких детей, и меня, не говоря о существе диссертации, как второстепенных обстоятельствах, и заведомо не преодолев иммунитет Зухаря⁷.

⁷ Эта неуязвимость всплыла на поверхность, когда Зухарь был назначен психологом-консультантом А. Карпова на шахматном матче в Багио. Широко рекламировав себя как знаменитого гипнотизера, провокационно-аффектогенными выкриками с первого ряда, почерпнутыми из досье В. Корчного, он вывел его из равновесия. Политизация у нас шахмат, как и спорта в целом, привлекла к ним усилия спецслужб, но в шахматах А. Карпов был одним из немногих их единоверцев, о чем я знал из личных встреч со Б. Спасским, поразившим меня своим свободомыслием.

Впервые созданную в 1967 году лабораторию генетики психических заболеваний возглавил В. П. Эфроимсон. Мне посчастливилось сблизиться с ним: мы часто последними уходили из Ленинской библиотеки... Он настолько проникся ко мне доверием, что до конца жизни приглашал к себе домой и посыпал своих знакомых на консультации. Общение с ним буквально заряжало бывшей ключом творческой энергией.

1968 год — время подавления Пражской весны — «социализма с человеческим лицом» — сопровождалось общим собранием сотрудников Института для одобрения введения в Прагу танков стран Варшавского договора. До сих пор во мне живо чувство унижения и стыда и память, с каким трудом, насилия в себе склонившее возмущение, я криво, с натугой подымал руку, помогая другой рукой... Отводил душу откровенными разговорами с гостем лаборатории Павлом Ржицаном (в последующем автором чешского руководства по психологии), несколько дней показывая ему Москву, архитектурную и чекистскую.

Это было время и перелома в истории Института, достигшего за время директорства Д. Д. Федотова (1960 – 1969) наивысшего расцвета и независимости от Института А. В. Снежневского. Д. Д. оказался побочной жертвой закулисных партийных разборок: выяснилось, что главный врач психиатрической больницы одного из близких к Москве областных городов подарил бриллиантовой перстень жене одного из секретарей обкома партии. Проверки больницы обнаружили в числе прочего, что консультации московских специалистов оплачивались по двойной таксе, что было рутинной повсеместной практикой. Это послужило поводом для диффамации Б. М. Сегала, организатора этих консультаций, и предложение Д. Д. передать директорство по его выбору. Но его подвела естественная для нас ориентация на собственные моральные устои. Он предложил своего соавтора по учебнику психиатрии (в котором поучаствовала и лаборатория Б. М. Сегала) — А. А. Портнова. Наряду с группой руководителей отделов, я оказался свидетелем бес tactных комментариев Портнова в отношении еще не освобождённого содержимого письменного стола Д. Д. и его совершенно другого стиля поведения, контрастирующего с его заискивающим отношением к руководству академического института психиатрии. В результате, он — уступая ревнивому отношению А. В. Снежневского к сборнику работ «Шизофрения» под редакцией Л. Л. Рохлина — попытался навязать Институту роль головного в проблеме деменции и прислал или, как шутили, отоспал для руководства этой темой своего сотрудника доктора Лупандина. Только решительный отпор

Леона Лазаревича, поднявшего коллектив Института, предотвратил это решение.

Анатолий Александрович Портнов — колоритная фигура — крупный, медведистый, усатый, неторопливый, он вкусно выговаривал слова, любил рассказывать байки, привирая сочные подробности, интересно читал лекции, был вальяжно грубоват, обыгрывал свою, словно добродушную внешность, но с натурой отца Карамазовых. Это контрастировало с живостью открытого облика Дмитрия Дмитриевича, порывистостью его стремительных движений, благородной красотой и буквально физически ощущаемой доброжелательностью взгляда его лукомых глаз, бесконечно далекого от хмурости А. А. Портнова. На памяти старых сотрудников Института у него была дурная слава автора погромных статей под кампании прежних лет.

Нередко обостренно-настороженное восприятие больными отношения к ним врача — увеличительное стекло в отношении отсутствия нашей эмпатии. Однажды на открытом разборе Портновым приходящего пациента весь конференц-зал стал свидетелем предельно напряженной ситуации: в ходе беседы, в ответ на разумеддения в отношении возмущившей его ситуации, он, постепенно накаляясь, вскочил и продолжал обличительную речь, стоя за спиной сидящего набычившегося, побагровевшего, но не шелохнувшегося директора. Казалось, еще мгновение и дело дойдет до непосредственной физической агрессии. Марк Исидорович Рыбальский в своих «Записках психиатра» (М., 1998, с. 13) вспоминал, как выдающийся хирург Сергей Иванович Спасокукоцкий начал свою первую лекцию с вопроса к залу: «Что, прежде всего, должен сделать врач, поздоровавшись с новым пациентом? — и, отвергнув все предположения, — прежде всего, его очаровать».

А. А. Портнов начал свою деятельность с курса содержательных лекций по психогенетическим расстройствам и «оптимизации» «чрезмерной» многопрофильности Института. Первыми жертвами стали не успевший еще развернуться отдел профилактики ранних мозговых инсультов Эдуарда Наумовича Лernera, в прошлом ученика моего отца, сумевшего получить с международной выставки уникальную аппаратуру через голову министра, что вызвало его гнев и, в результате, гибель многих растаскиваемых приборов, тем более их системы. Спустя несколько десятилетий сходный замысел осуществил В. М. Шкловский. Другой жертвой стала лаборатория «слабых сигналов», явно обреченная. Портнов направил в нее комиссию во главе с руководителем ЭЭГ-лаборатории Э. С. Толмасской, ее сотрудниками В. В. Аршавского и меня. Хотя все мы со скеп-

сисом относились к проблематике этой лаборатории, но были настолько впечатлены энтузиазмом и добросовестным отношением к делу ее сотрудников, что единодушно выступили в ее защиту, что не помешало ее закрыть. А Эсфирь Семеновну Толмасскую сменить на жену Р. А. Наджарова В. М. Каменскую, согласно докторской диссертации которой ЭЭГ-данные полностью соответствовали типам течения шизофрении по Снежневскому.

Наряду с этими и другими разгромами, как лаборатории гематологии и цитогенетики Юлия Львовича Шапиро, Институт обогатился в 1970 г. выдающимся клиницистом А. К. Ануфриевым. Анатолий Кузьмич, присланный А. В. Снежневским, был объявлен руководителем четырех отделов и нашей лаборатории, теперь уже «Клинической психологии», объединенных темой «общей психопатологии, клиники и реабилитации больных». Хотя клинические разборы А. К. длились по 4 – 6 часов, на них было трудно противостоять. Но объединение отделов было эфемерным, его развалила О. П. Вергоградова, как до этого она вытеснила наиболее талантливого сотрудника жислинского отдела М. И. Фотьинова.

Что касается Дмитрия Дмитриевича Федотова, то его, белую ворону среди номенклатурной братии, низвергнутого по лицемерному поводу среди уникальных достижений, отправили организовать и заведовать отделением суицидентов — вынутых из петли и перенесших клиническую смерть разной длительности. Трудно представить более мрачное помещение, чем подвал Института скорой помощи им. Н. В. Склифосовского. Но Д. Д. и здесь продолжал свою организационную деятельность. Из сотрудников Института только я и Борис Крайцеров (сотрудник Ю. С. Николаева) пытались помочь ему. Б. М. Сегала долго таскали по судам в качестве свидетеля, и он благородно эмигрировал в США. Уезжая, он прислал мне предупреждение, что «Белкин — страшный человек». В начале 90-х, когда я посетил Аrona Isaаковича на Старом Арбате, где располагался его — президента психоаналитического общества — офис, он, встречавший меня прежде очень тепло, выглядел испуганно.

С приходом А. А. Портнова и. о. зав. патопсихологической лаборатории стала Сусанна Яковлевна Рубинштейн. Она вела себя в этот тяжелый для Института период героически. Что касается меня, то А. А. Портнов оценил мою разностороннюю научную активность, в частности, интердисциплинарные контакты с отделом нейровегетологии А. М. Вейна, у которого я выступал с докладом, с академическими института-

ми психологии и философии и Институтом конкретных социальных исследований. В этот период я сблизился с одной из центральных фигур возрождения социологии — Вадимом Борисовичем Ольшанским, бывал у него дома, устроил его выступление в Институте и принял участие в организованном им коллоквиуме в Тбилиси. Там разыгралась его схватка с традиционалистами. Уже в его вступительном слове прозвучала самоирония обреченности. Открывая коллоквиум, он ошарашил всех дерзкой шуткой: в Институт проникли агенты ЦРУ, которым удалось открыть сейфы, но они обнаружили только переводы работ американских социологов. Не все поняли двусторонность этого выскакивания. И действительно, вскоре Институт конкретных социальных исследований превратился, фактически, со сменой руководства, в демографическое учреждение. Тоталитарные режимы не терпят социологии. На этом коллоквиуме я подружился с одним из двух товарищей: но не тем, кто разделял мои взгляды, а придерживался совершенно других — Сашей Ицхокиным, строившим фундаментальную концепцию, исходя из различия формальных и неформальных отношений.

Прочитанный мной в Институте доклад о системе профотбора в США, понятии профессиограммы, которое я развел в представление о социопрофессиограммах и социотерапии, вызвал у проф. Л. П. Лобовой предостережение А. А. Портнову о его неполиткорректности, мол, слишком хорошо про это говорилось. С 19 лет она была комсомольским, а потом партийным активистом. За меня активно вступил Л. Л. Рохлин. В результате, Портнов, рассказав мне об этом, предложил прочесть доклад об антипсихиатрическом движении. Это была тогда раскаленная тема, в силу прямых обвинений использования психиатрии в политических целях в Советском Союзе. Чувствуя себя как на раскаленной сковородке, я оплатил синхрониста, который прочитал мне выпуск ведущего французского журнала, посвященного этой теме в контексте молодежной революции 1968 г. в Париже, предоставившего место и ее сторонникам и ответу психиатров на них, в частности, знаменитую работу Анри Эйя «Почему я анти-антipsихиат?». Благодаря остро, ребром поставленным вопросам и хлестской радикалистской лексике французских авторов и текст моего доклада произвел сильное впечатление на сотрудников Института, тем более, что мне удалось уже тогда сформулировать конструктивную позицию. Я реконструировал манифест антипсихиатров и показал, что — наряду с 6 деструктивными — в нем содержит 6 конструктивных актуальных для всех на-

положений. Особенно высоко оценил этот доклад Леон Лазаревич. Текст этого доклада был опубликован в первом выпуске «Независимого психиатрического журнала».

В Институте наиболее близко я общался и постоянно спорил в этот период с Семеном Григорьевичем Зайцевым, сотрудником отдела Г. Я. Авруцкого. Лет 40 спустя, на юбилее памяти Григория Яковлевича, я попенял казалось бы исчерпывающему докладу С. Н. Мосолова, что он опустил важное достоинство Г. Я. — «Это еще какое?» — возмутился Мосолов. — «Собрал талантливый коллектив сотрудников, который и обеспечил выдающиеся успехи отдела». Но и в нем Семен Григорьевич выделялся поразительной продуктивностью. Во время своих эмоциональных подъёмов он буквально как локомотив тянул весь отдел.

Я был единственным из сотрудников Института участником международного конгресса по геронтологии в Киеве с публикацией в его материалах.

В преддверии 50-летия Московского института психиатрии, А. А. Портнов отозвал меня на полгода из докторантского отпуска для написания истории Института. Благодаря этому поручению я взял интервью у руководителей всех отделов и лабораторий Института, а также ряда старейших сотрудников, например, Т. И. Гольдовской, которой в 20-е годы уплотнили семейство Н. А. Бернштейна. Директор Института в предвоенные и военные годы Павел Борисович Посвянский очень винился в отношении трагической гибели Артура Кронфельда и его жены. До сих пор сокрушаюсь, что не было диктофона. Работа в архиве позволила заполнить (конечно, частично) ряд белых пятен. Обнаружилось два полных разгрома Института в 1924 и 1937 годах. В результате, 90-страничная рукопись легла в стол директора.

Другой такой неопубликованной рукописью был наш совместный с Ниной Савенко текст «Сравнительный анализ лексико-семантических полей понятий Angst и Furcht в русском и немецком языках», планировавшийся как ее кандидатская диссертация и глава моей докторской диссертации. Готовя ее, я сделал обширные выписки в Ленинской библиотеке из многих десятков немецко-русских, русско-немецких и параллельных многоязычных словарей разных эпох, а также латинских, древнегреческих и даже иврита и санскрита. Я собрал целую библиотеку по этой проблематике.

В день конкурса на заведование патопсихологической лабораторией перед кабинетом А. А. Портнова собирались четверо претендентов, включая Н. К. Киященко, которую выдвигала

Б. В. Зейгарник, и меня. Минут за 10 до назначенного срока неожиданно появился человек в черной военно-морской форме полковника и решительно подошел к двери, а навстречу ему вышел А. А. и сразу, с подчеркнутым радушием и возгласом «О, Вас отпустили!», тут же расцеловался с ним — сцена, демонстративная для всех присутствовавших, особенно для меня, которого А. А. незадолго до этого очередной раз обнадежил.

Но стержневым для меня оставалось исследование психотических тревожно-депрессивных синдромов. Помимо рецепции вкладов феноменологического направления и самого феноменологического метода в квалификацию аффективных расстройств, в поисках адекватных для их исследования экспериментальных методов, требующих минимального времени предъявления, я остановился на рисунках, узнавание которых было затруднено разнообразными способами маскировки, с предъявлением серии каждого из них от сложного к простому. Это были рисунки, различающиеся 1) по обратимости двойственных фигур; 2) по степени зашумленности; 3) не законченности и 4) структурированности, в общей сложности 15 изображений. Со многими из них тогда работали на психологическом факультете МГУ и относительно которых я часто консультировался с Юлией Борисовной Гиппенрейтер. Я разработал и несколько собственных тест-объектов для псевдоскопической инверсии и восприятия несуществующего объекта, а в сотрудничестве с В. Ф. Войцехом — точечные рисунки. Использовал также тест Роршаха и ТАТ, метод фиксированной установки и клиническую проверку состояния мышечного тонуса. Леонид Ефремович Гвирицман из лаборатории радиоизотопов (сокурсник Сегала, разоблачитель фальсификации содержания серебра у больных эпилепсией) помог создать шары разного объема и веса для исследования фиксированной установки иллюзии Шарпантье. А Марк Мильхикер вставил две призмы Довэ в тубус бинокля, воссоздав псевдоскоп. Оба были искусными изобретателями и обладателям патентов в самых неожиданных областях.

В результате клинико-экспериментального исследования редких «чисто депрессивных» и «чисто тревожных» психотических синдромов были выделены общие для них **психотические** и различающие их особенности на разных уровнях. Для психотической тревоги наиболее характерными оказались: высокая полезависимость, резкое снижение предметной организации восприятия и категориальной четкости, а также неспособность к псевдоскопической инверсии в направлении от нелепого к естественному, даже с помощью псевдоскопа. Это подтвердило исходную гипотезу о тенденции к гипоконстантности

восприятия (в широком смысле) при психотическом тревожном синдроме и к гиперконстантности при психотическом меланхолическом синдроме. Был выделен удобный на практике комплекс минимальных характеристик, указывающий на психотическую дезорганизацию, что имело важное лечебно-профилактическое значение, учитывая высокий риск в этих состояниях суицида. Концептуальной основой диссертации были в основном работы Курта Гольдштейна, Г. Й. Вайтбрехта, Н. А. Бернштейна, Н. Петриловича и Л. М. Веккера.

В 1973 – 79 годах на меня обрушились страшные удары, их яркие, жалящие до сих пор подробности не поблекли и полстолетия спустя. В 1973 г. умер мой полуторагодовалый сын. Он родился в Черновцах, куда я отвез Нину, где был гарантирован наиболее надежный уход. Но вышло так, что в момент ее отсутствия няня позволила провести ребенку вакцинацию, несмотря на субфебрилитет. Это вызвало вскоре острый лейкоэоз. Вопреки всем усилиям, в частности, в Центральной московской детской больнице, помощи Л. Н. Собчик, доставшей через посольство Великобритании самое последнее средство, на вид крепкий ладный мальчик погиб. Это было в Черновцах. После длительной поддержки искусственного дыхания прибор пришлось отключить, причем моему в прошлом соседу по парте. А в гробницу смерти я отпросился устно у Зухаря между майскими праздниками и Днем Победы съездить в Черновцы, где отмечалась траурная годовщина, без оформления отпуска, но когда вернулся, он оформил это прогулом. За этим стояло мое независимое поведение. Я был для него неудачным фоном, а не помощником. Он явно оговорил меня Портнову, так как тот незадолго до этого предлагал мне перейти на организованную им вторую кафедру в стоматологическом институте читать курс медицинской психологии, а я отказался уходить из психиатрии. А тут, совершенно неожиданно, по окончании своей лекции, выходя из зала, Портнов буквально сверлил меня, сидящего сбоку в последних рядах, ненавидящим взглядом так, что сидевший рядом коллега — биохимик Миссонжик — сказал: «Смотрите, как он на Вас смотрит!». Меня вызвали «на ковер» три полковника — Портнов, Зухарь, кадровик и парторг, и — после уничтожающей меня речи Зухаря — поддержали Портнова, который сказал: «Я мог бы уволить Вас за прогул, но это выбросит Вас из науки⁸. Немедленно, прямо сейчас, напишите заявление по собственному желанию».

Я был совершенно деморализован, так как был связан предстоящей через два месяца защитой докторской диссертации, консультантами которой были заявлены А. А. Портнов и Б. В. Зейгарник, что было для меня наиболее важным. Я написал требуемое заявление к явному удовольствию присутствующих. Незадолго до этого на апробации докторской диссертации парторга Савицкой я, вслед за А. Г. Гофманом, задал ей неудобный вопрос. Я бросился к коллегам, близким к Портнову, прося об одном: уволить меня после защиты. Но он легко отпугнул всех: «Да он ведь в Израиль собрался!». Тогда это было политическим клеймом⁹. Мне только потом случайно проговорились об этом. А тогда созванное собрание по этому случаю не поддержало меня, недовольное, что я наивно явился на него.

Я метался в поисках выхода, в поисках совета. В этой ситуации мне позвонил директор Психоневрологического института им. В. М. Бехтерева М. М. Кабанов и предложил место старшего научного сотрудника с предоставлением проживания. Больше всего я боялся, что мое катастрофическое положение повредит здоровью отца. И меня осенило обратиться к акад. Е. В. Шмидту, директору академического Института неврологии и председателю Правления Всесоюзного общества невропатологов и психиатров, который за несколько лет до этого провел выездную сессию Института на базе клиники отца, после чего у них завязались дружеские отношения и даже семейная переписка. Я встретился с Евгением Владимировичем и, откровенно описав ситуацию, в которую попал, и свое, а не отца обращение к нему, попросил устроить меня в Институт судебной психиатрии им. В. П. Сербского. Я встретил полное понимание и быструю помощь. После этого — решительный момент — явился к А. А. Портнову подписать автореферат диссертации. Он встретил меня, открыв объятия: «Стоило ли мальчишествовать». Оппонентами диссертации на защите были Эрих Яковлевич Штернберг, Филипп Вениаминович Бассин и Надежда Дмитриевна Лакосина. Отзыв третьего учреждения прислав Модест Михайлович Кабанов. Оппонентами на апробации были Р. Г. Голодец и И. М. Фейгенберг. Все они, как и авторы присланных отзывов и прозвучавших выступлений, высоко оценили работу. Защита прошла настолько успешно (мне бросили всего три черных шара), что Зухарь начал называть меня доктором медицинских наук.

⁸ К этому времени я был автором 37 научных публикаций и 9 обширных рукописей.

⁹ Это при том, что с 1972 г. эмиграция была разрешена по вызову родственников и разрешению остающихся родителей, что превратилось в еврейскую привилегию.

И вновь политика возобладала над профессионализмом и гуманизмом

12 июля врачебная комиссия Краевой психиатрической больницы № 1 г. Уссурийска, где в настоящее время находится якутский шаман Александр Габышев, пришла к выводу, что он не представляет опасности для себя и окружающих и может лечиться в психиатрическом стационаре общего типа. Мы уже радовались за Александра, который в случае утверждения этого решения судом, вскоре оказался бы в родном Якутске, где у него есть родственники, друзья и последователи. Однако спустя две недели, за три дня до назначенного заседания суда, неожиданно была организована врачебная комиссия в другом составе, которая пришла к совершенно иному выводу, и суд 1 августа продлил принудительное лечение в больнице спецтипа в Уссурийске. Обжалование суд рассмотрит 3 октября. Напомним, что выездная комиссия НПА России еще три года назад установила, что А. Габышев не представляет опасности для себя и других лиц, не отказывается от лечения и нуждается только в I – II-й, но никак не в III – IV-й строгости режима, в который его поместили.

Якутский шаман Александр Габышев, объявивший в 2019 г. поход на Кремль, чтобы изгнать «злой дух из Путина», находится на принудительном лечении с июля 2021 г. Его искусственно обвинили в совершении насилия, опасного для жизни и здоровья, в отношении представителя власти. Эксперты Якутского ПНД далеко не сразу рекомендовали признать Габышева невменяемым и «как представляющего особую опасность, направить на принудительное лечение в психиатрическую больницу специализированного типа с интенсивным наблюдением». Якутский городской суд вынес соответствующее постановление, и Габышев оказался в Новосибирской больнице такого типа. Там его неоднократно посещали члены Новосибирской общественной наблюдательной комиссии. На условия содержания он не жаловался, администрация и персонал относились к нему хорошо, и через полгода суд по рекомендации врачей больницы отменил интенсивное наблюдение. Александр был переведен в стационар специализированного типа в Уссурийске, и мы расценивали это как первый шаг на пути домой. И вновь его посещали члены ОНК, вновь к нему не было никаких претензий, он получал минимальную терапию, поскольку состояние было стабильным. Казалось бы, можно и дальше уменьшать ограничения, но

нет! Слишком популярная личность. Габышев по-прежнему получает сотни писем поддержки, и его перевод в Якутск, вероятно, показался кому-то опасным. Лидеров общественного мнения лучше держать не только в изоляции, но и дальше от родных мест — 6 тысяч километров это как раз то, что нужно.

Вслед за этим делом, начавшимся три года назад, последовал нарастающий вал сходных событий, из которых отметим только некоторые за последние полгода, имеющие отношение к нашей профессии, и не у всех на виду.

Это вытаскивание из реанимационного отделения после нескольких сердечных операций директора Шанинки С. Э. Зуева, а из клиники паллиативного лечения больного 4-ой стадией рака поджелудочной железы, уже неспособного самостоятельно питаться ученого-физика Дмитрия Колкера с транспортировкой его из Новосибирска в Москву, где он спустя два дня умер.

Это осуждение неонатологов Ирины Сушкевич и Елены Белой из Калининграда на 9 и 9,5 лет по неграмотному обвинению, в связи с которым Л. М. Рошаль предлагал заменить их в качестве обвиняемого.

Это очередной раз подтверждение закона Димы Яковлева, известного как «закон подлецов», и осуждения Юрия Дмитриева.

Это попытка РПЦ и околоцерковных кругов блокировать криминализацию семейного насилия.

Это осуждение на 22 года журналиста Ивана Сафонова в русле кампании против ученых за передачу якобы секретных данных, на деле имеющихся в открытом доступе.

Это переполненность камер и следственных изоляторов до такой степени, что спретый влажный воздух, отсутствие вентиляции и запрет проветривания превращает пыточные условия в хорошо известный, толерантный к терапии «русский тюремный туберкулез», которого боятся во всем мире (интервью члена ОНК Москвы Л. В. Волковой).

Это осуждение яркого политика и психолога Леонида Гозмана за повторение широко известного мнения, что Сталин хуже Гитлера, как погубивший больше собственных граждан.

Это пресечение «Новой газеты» и «Троицкого варианта — наука» с арестом основоположника Диссернета Андрея Заякина, как разоблачителя

множества случаев плагиата (заимствований) в диссертациях крупных чиновников.

Это грандиозный метаморфоз экс-омбудсмена страны Эллы Памфиловой, правда, в столь надрывной форме, что порождает памятные самооговоры 1937 г.

И, наконец, это публикация в журнале «Бехтеревского обозрения» ответа на предложение НПА России возобновления конструктивного сотрудничества с РОП с выражением сожаления

(даже не извинений) за размещение на сайте Общества ложного политического доноса на руководителя НПА России и попытки не допустить на съезд психиатров России, вопреки 30-летнему паритету на этих съездах. В ответе президента РОП предлагается обнулить эти события, словно элементарные этические нормы простой порядочности можно обнулять. Наши два ответа на это предложение Н. Г. Незнанова в журнале не помещены.

Отрадное событие для отечественной нейро- и психоморфологии

Впервые¹ в историю мировой нейропсихоморфологии во всей своей значительности и драматизме включен выдающийся вклад чл.-корр. АМН СССР Леонида Иосифовича Смирнова (1889 – 1955). До недавнего времени в психиатрической литературе, даже в трехтомной «Истории отечественной психиатрии» Ю. А. Александровского, фигурировала только одна такого ранга фигура — Павла Егоровича Снесарева (1876 – 1954), хотя выдающийся вклад Л. И. Смирнова в гистопатологию шизофрении был ясно представлен Т. И. Юдиным и В. А. Гиляровским. К стыду советских историков психоневрологии, после Т. И. Юдина (1951) в его классических «Очерках истории отечественной психиатрии» и В. А. Гиляровского (1956) в Журнале им. С. С. Корсакова (8, 660 – 662), вклад Л. И. Смирнова отмечен только в постсоветский период: в 1994 г. в отношении харьковского периода его деятельности П. В. Волошиным в сб. «История украинской психиатрии» и в 1998 г., а наиболее подробно в 2019 г., к 130-летию со дня рождения и 63 годам после смерти («Вопросы нейрохирургии им. Н. Н. Бурденко», 5, 121 – 123) Леонидом Лихтерманом.

Теперь это работа Болеслава Лихтермана, Людмилы Шишкной и Леонида Лихтермана «К классификации опухолей мозга — дань уважения Леониду Смирнову» — **B. Lichterman, L. Shishkina, L. Lichterman. «On the classification of cerebral tumors: A tribute Leonid Smirnov»— Clinical Neuropathology, vol. 41, No. 2, 2022, 53 – 65.**

Леонид Иосифович окончил духовное училище и духовную семинарию, физико-математиче-

ский факультет Санкт-Петербургского университета и медицинский факультет Варшавского, а с 1914 г. Московского университета. Ученик В. А. Муратова и Г. И. Россолимо. С 1925 по 1931 гг. был доцентом кафедры неврологии Б. Н. Маньковского Киевского мединститута и зав. гистопатологической лабораторией Института усовершенствования врачей, а также прозектором психиатрической больницы. После его перевода в Харьков на заведование кафедрой патанатомии 2-ого Мединститута, его лабораторией вплоть до начал войны 9 лет руководил С. Н. Савенко. В 1938 г. Н. Н. Бурденко вытребовал Л. И. Смирнова в качестве руководителя морфологическим сектором Центрального нейрохирургического института, так как первый нейроморфолог проф. А. С. Чернышев был расстрелян. В 1945 г.² Л. И.— зам. Н. Н. Бурденко по научно-теоретической части. Л. И. Смирнов — автор учения о травматической болезни головного мозга и 6 основополагающих монографий. В 1954 г. он написал заявление об увольнении в связи с донесом пригретого им коллеги, что сократило его жизнь. В 1918 г. был расстрелян за препятствование реквизиции церковного имущества его отец, протоиерей Иосиф, настоятель грандиозного Богородице-Рождественского собора в Солигаче, который показывают теперь туристам. Протоиерея Иосифа Смирнова в 2000 г. Архиерейский Собор РПЦ отнес к первым общещерковно-почитаемым священномучеником. Такова судьба не только отца и сына, Иосифа и Леонида Смирновых, но еще многих, даже выдающихся людей, о чем мы узнаем с таким фантастически-ми опозданием.

¹ Впервые очень кратко изложено Болеславом Леонидовичем Лихтерманом в Handbook of Clinical Neurology (Eds. S.Finger, F.Boller, K.L.Tyler). Vol. 95, 3rd Series — A History of Russian and Soviet Neuro(patho)logy. Amsterdam, 2010.

² В годы войны добровольно в 52 года ушел на фронт, два года воевал под Сталинградом, награжден орденом Красной Звезды, демобилизован в звании полковника.

Взаимодействие и взаимопонимание членов ОНК и руководства психиатрических стационаров — насущная проблема

9 августа 2022 г. в Волгограде состоялась рабочая встреча членов общественной наблюдательной комиссии Волгоградской области и представителей местных психиатрических стационаров. Встреча была организована заместителем председателя Комитета здравоохранения Волгоградской области Мариной Анатольевной Гавриловой по инициативе председателя президиума Волгоградского регионального отделения общероссийской общественной организации «Совет общественных наблюдательных комиссий» В. Е. Козловича. Владимир Евгеньевич много лет возглавлял ОНК Волгоградской области, а сейчас продолжает поддерживать связь со многими ее членами и организует работу в психиатрических стационарах и экспертных отделениях.

Во встрече также участвовали исполнительный директор Независимой психиатрической ассоциации России Л. Н. Виноградова и координатор проекта по мониторингу соблюдения прав человека в психиатрических стационарах и экспертных отделениях Южного федерального округа Л. В. Петрашис.

Целью встречи было налаживание взаимодействия между членами местной ОНК и сотрудниками психиатрических стационаров, а также обсуждение результатов мониторинга соблюдения прав пациентов, проведенного в 2020 – 2021 гг., и возможностей преодоления выявленных нарушений.

Исполнительный директор НПА России Любовь Виноградова рассказала об основных результатах мониторинга, отметив при этом активное участие членов ОНК Волгоградской области, и добавила, что сегодня у сотрудников психиатрической службы и независимых наблюдателей

разные приоритеты. У одних на первом месте лечение и безопасность, у других — соблюдение прав человека. Наша задача — показать, что эти ценности поддерживают и укрепляют друг друга. Ее поддержал Леонид Петрашис, который подчеркнул, что у членов ОНК и сотрудников психиатрических стационаров общая задача — благо пациентов, и члены ОНК приходят в больницы, прежде всего, для того, чтобы помочь врачам и персоналу, и всегда должны следовать принципу «Не навреди».

Присутствующие сотрудники психиатрической службы по-разному отнеслись к прозвучавшим выступлениям. Те, которые уже имели опыт общения с членами ОНК, отмечали корректность их поведения, благодарили за сделанные замечания и выражали готовность продолжать такое сотрудничество. Другие заняли позицию глухой обороны: «Да у нас нет никаких нарушений, мы с пациентаминосимся как с малыми детьми», «у нас огромное количество работы по организации их социальной жизни», «опять начинается эпидемия ковида, уже приходится закрывать отделения», «прогулки невозможноОрганизовать, т.к. у нас рядом другая больница» и т.д. и т.п.

Председатель встречи М. А. Гаврилова отнеслась ко всем выступлениям с большим вниманием, посетовала, что психиатрия не является приоритетным направлением здравоохранения области, и поэтому часто не хватает средств на улучшение условий содержания пациентов. Однако она обещала изыскать возможности для устранения наиболее серьезных нарушений, а главное — продолжить проведение таких встреч-обсуждений.

В РПЦ упорядочат изгнание бесов

Русская православная церковь (РПЦ) разработала проект документа для регламентации и обобщения практик экзорцизма. Согласно проекту, обряд экзорцизма разрешается проводить только священникам и епископам, которые должны будут изгонять бесов исключительно бесплатно. Документ был анонсирован еще в ап-

реле 2021 года. Ранее сообщалось, что в РПЦ над ним работали три года.

В проекте документа семь страниц. Большую часть занимают разделы «Отношение РПЦ к экзорцизму», «Исторические основания для экзорцизма», «История чина экзорцизма», «Современная практика экзорцизма в поместных православных церквях», «Проблемы, связанные

с практикой экзорцизма». Рекомендации для совершения обряда занимают две страницы.

Как отметили в РПЦ, документ был разработан в связи с тем, что из-за злоупотребления при совершении обряда экзорцизма «болящие подвергаются унижению или психологическому насилию». В документе говорится, что к таким злоупотреблениям относятся массовые «отчитки» (так в православии называется обряд изгнания бесов), снятые на видео. Кроме того, отмечается, что следствием таких обрядов становится «ложное беснование» и «кликушество».

«Совершителем чина экзорцизма может быть только епископ или священник, получивший на это благословение правящего архиерея. Церковь ожидает от совершителя экзорцизма высокой духовной жизни. Ни экзорцист, ни его священноначалие (игумен монастыря и др.) не должны ожидать мзды за совершение чина. Совершитель чина экзорцизма должен обладать достаточным духовным опытом и осведомленностью для того, чтобы выявлять лиц, действительно нуждающихся в нем», — говорится в документе на сайте Московской епархии РПЦ.

В документе отмечается, что «экзорцизм применяется только в случае бесовской одержимости», а не в случае психических расстройств и заболеваний. В связи с этим священнослужителям рекомендуется ознакомиться с основами психиатрии. Также недопустимо совершать обряд над людьми, которые «симулируют беснование и не являются одержимыми в действительности».

В 2019 году во время обряда экзорцизма при участии членов религиозной общины «Ученики Христа» погиб девятилетний мальчик. Во время обряда мужчина бил своего сына плеткой, а чтобы он не кричал, засунул ему в рот кляп. В результате ребенок задохнулся. В 2011 году 25-летняя жительница Воронежа скончалась, после того как родители произвели над ней ритуал изгнания бесов.

В конце 2020 года глава отдела внешних церковных связей РПЦ митрополит Волоколамский Иларион сказал, что верующим нельзя проводить обряд экзорцизма самостоятельно.

**Анастасия Ларина,
«Коммерсант», 25.08.2022**

P. S. Изгнание бесов практиковалось шаманами задолго до христианства, для которого это остатки архаических форм религиозного сознания или регресс к ним в секулярную эпоху. Так, репрессивные меры власти в связи с намерением якутского шамана «изгнать бесов из Путина», так же как аналогичная просьба Pussy Riot к Богородице, вместо юмористического отношения к этому, вызвали такое отношение к самим себе, как принявшее собственное суеверие за реальную опасность. Но встреча главнокомандующего и министра обороны с бурятскими шаманами — грандиозный жест широкого демократизма и пример Патриарху для встречи с Папой.

**РЕКОМЕНДУЕМ
полезную горькую пилюлю
Феликс Хаслер. Нейромифология.
Что мы действительно знаем о мозге
и чего мы не знаем о нем**

**РЕКОМЕНДУЕМ
Йохан Икс. Пий XII и евреи:
Секретные досье Ватикана
М., 2022**
*(Пий XII и Холокост. Досрочно рассекреченные
Папой Франциском архивы Пия XII)*

ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ТВОРЧЕСТВО

Автор «О трагическом чувстве жизни у людей и народов» (1913) Мигель де Унамуну (1864 – 1936) в знаменитой работе «Жизнь Дон Кихота и Санчо по Мигелю де Сервантесу...» писал: «Начало всей философии заключается в вопросе, значит ли что-нибудь определенное факт смерти каждого из нас. Трагическая история человеческой мысли есть не что иное, как борьба между разумом и жизнью». Безумие героя противостоит ничтожеству здравого смысла, рыцарство — научному интеллектуализму и философскому рационализму.

«Пропаганда пацифистов есть один из самых простодушных и самых донкихотских путей к потере времени».

Джованни Джентиле¹

«Дон Кихот» Дмитрия Мережковского²

Шлем — надтреснутое блюдо,
Щит — картонный, панцирь жалкий.
В стременах висят, качаясь,
Ноги тощие, как палки.

Для него хромая кляча —
Конь могучий Россинанта,
Эти мельничные крылья —
Руки мощного гиганта.

Видит он в таверне грязной
Роскошь царского чертога,
Слышит в дудке свинопаса
Звук серебряного рога.

Санхо Панца едет рядом;
Гордый вид его серьезен:
Как прилично копьеносцу,
Он величествен и грозен.

В красной юбке, в пятнах дегтя,
Там, над кучами навоза, —
Эта царственная дама —
Дульцинея де Тобозо.

Страстно, с юношеским жаром
Он в толпе крестьян голодных
Вместо хлеба рассыпает
Перлы мыслей благородных:

«Люди добрые, ликуйте,
Наступает праздник вечный:
Мир не солнцем озарится,
А любовью бесконечной.

Будут все равны; друг, друга
Перестанут ненавидеть;
Ни алькады, ни бароны
Не посмеют вас обидеть.

Пойте, братья, гимн победный!
Этот меч несет свободу,
Справедливость и возмездье
Угнетенному народу!»

Из приходской школы дети
Выбегают, бросив книжки,
И хоочут, и кидают
Грязью в рыцаря мальчишки.

Аплодируя, как зритель,
Жирный лавочник смеется;
На крыльце своем трактирщик
Весь от хохота трясется.

И почтенный патер смотрит,
Изумлением объятый,
И громит безумье века
Он латинскою цитатой.

¹ Джованни Джентиле (1875 – 1944) — крупнейший, наряду с Хайдеггером, профашистский философ-неогегельянец, сам называвший себя «философом фашизма», основоположник системы «актуального идеализма» («Общая теория Духа как чистого акта», 1916 и «Система логики», 1922) и теории педагогики (Собрание сочинений в 55 томах). С 1922 г. министр просвещения в правительстве Муссолини. Знаменит школьной реформой и «Энциклопедией». Культурный лидер эпохи итальянского фашизма. «Государство как и Бог внутри человека, поэтому не существует никаких пределов государственному вмешательству в личную жизнь людей». В апреле 1944 г. казнен партизанами. В 2022 г. у нас опубликована книга Эмилио Джентиле (1946 г. рожд.) «Фашизм».

² Дмитрий Мережковский называл Бенито Муссолини «Данте в действии». — Но это лести ради. А Анатолий Луначарский соперника Муссолини на роль во́ждя Габриеле д' Аннуницио — гением.

«Дон Кихот» Дмитрия Мережковского

Из окна глядит цирюльник,
Он прервал свою работу,
И с восторгом машет бритвой
И кричит он Дон-Кихоту:
«Благороднейший из смертных,
Я желаю вам успеха!...»
И не в силах кончить фразы.
Задыхается от смеха.

Он не чувствует, не видит
Ни насмешек, ни презренья:
Кроткий лик его так светел,
Очи — полны вдохновенья.

Он смешон, но сколько детской
Доброты в улыбке нежной
И в лице, простом и бледном,
Сколько веры безмятежной!

И любовь и вера святы,
Этой верою согреты
Все великие безумцы,
Все пророки и поэты!

1887

ДВЕ ПЕСНИ ШУТА

1.

Если б капля водяная
Думала, как ты,
В час урочный упадая
С неба на цветы,
И она бы говорила:
«Не бессмысленная сила
Управляет мной.
По моей свободной воле
Я на жаждущее поле
Упаду росой!»
Но ничто во всей природе
Не мечтает о свободе,
И судьбе слепой
Всё покорно — влага, пламень,
Птицы, звери, мертвый камень;

Только весь свой век
О неведомом тоскует
И на рабство негодует
Гордый человек.
Но увы! лишь те блаженны,
Сердцем чисты те,
Кто беспечны и смиренны
В детской простоте.
Нас, глупцов, природа любит,
И ласкает, и голубит,
Мы без дум живем,
Без борьбы, послушны року,
Вниз по вечному потоку.
Как цветы, плывем.

2.

То не в поле головки сбивает дитя
С одуванчиков белых, играя:
То короны и митры сметает, шутя,
Всемогущая Смерть, пролетая.
Смерть приходит к шуту: «Собирайся, Дурак,
Я возьму и тебя в мою ношу,
И к венцам и тиарам твой пестрый колпак
В мою общую сумку я брошу».
Но, как векша, горбун ей на плечи вскочил,
И колотит он Смерть погремушкой,
По костлявому черепу бьет что есть сил
И смеется над бедной старушкой.
Стонет жалобно Смерть: «Ой, голубчик, постой!»
Но герой наш унаться не хочет;
Как солдат в барабан, бьет он в череп пустой,
И кричит, и безумно хохочет:
«Не хочу умирать, не боюсь я тебя!
Жизнь, и солнце, и смех всей душою любя,
Буду жить-поживать, припевая:
Гром побед отзучит, красота отцветет,
Но дурак никогда и нигде не умрет,
Но бессмертна лишь глупость людская!»

1890

Дон Кихот Сальвадора Дали

Автобиография, биографии и патографии Сальвадора Дали (1904 – 1989) широко известны. Это вершина эпатажа великого художника, психиатрический диагноз которого не снижает его, а возвеличивает психические расстройства. Его «Загадка Вильгельма Телля» не столько политический шарж на Ленина, сколько метафора жестокого отца, а реакция на приход к власти

Гитлера и Франко только демонстрирует его аполитичность. Чуткость художественного творчества опережает политические события («Предчувствие гражданской войны») и богата глубокими метафорами, как его «Постоянство памяти» (жидкие часы). Приводимый портрет Дон Кихота стоит в одном ряду с изображением Гарсия Лорки и «бюста Вольтера».



(C) A.R.S.E.N.A.L. - Octavio Ocampo & Visions of quixote

Преодоление депрессии

Предисловие профессора М. Е. Бурно

Очерк Ксении Марковны Мижеровой — об ушедшем из жизни (от злокачественного онкологического заболевания) самобытном поэте Сергею Втюрине (1958 – 2019). Сергей Вадимович Втюрин страдал с юности хронической деперсонализационной депрессией с муками от переживания безысходно-тоскливой «дезориентации» в жизни (с потерей смысла существования). Три серьёзные суицидальные попытки. Лечился безуспешно у психиатров сложной психофармакотерапией с капельницами, 2-я группа инвалидности.

В нашей психотерапевтической кафедрально-диспансерной амбулатории (кафедра психотерапии и сексологии РМАНПО) получал помощь одновременно с лечением в диспансере по

месту жительства — с 1989 г. (31 г.). Был убеждён в том, что, благодаря нашей амбулатории, в течение двух-трёх лет наступило стойкое улучшение «от естественно-научного» («клинического»), «серёзного» понимания себя в происходящей жизни. Стал писать стихи, рассказы. В психиатрических больницах не лечился. Назначенные ему в диспансере лекарства отказывался принимать (кроме феназепама). Подробности о том, как именно ему помогла и помогает наша Терапия творческим самовыражением пояснил сам с разрешением опубликовать это. См.: Бурно М. Е. «Клиническая психотерапия», М., 2006, сс. 197 – 198.

К. М. Мижерова рассказывает о последней встрече с Сергеем в хосписе.

Коротко о моей последней встрече с Сергеем Втюриным

(4 октября, вечером, 2019 года. 5 октября в десять часов утра его уже не было).

Узнала по телефону от сестры Сергея, что можно его увидеть. В хосписе, вечером. Как узнала — сразу поехала. Сестра его была у него этим днем, а накануне приезжала жена. Он мало с ними говорил, заботливо сказал вслед сестре, что не отдыхает она и не ест, и наказал «поесть и отдохнуть».

Хоспис этот — цивилизация для умирающих в элитном районе Москвы. Сестра рассказала, что в городской поликлинике уважительно отнеслись к Сергею Вадимовичу, тяжело угасающему дома, и предложили цивилизованное место. Поднимаясь по эскалатору метро Спортивная и сразу за кирпичным забором рай. Спелые яблоки в корзине при входе, гардероб, с удивленно-живой гардеробщицей, которая сразу сообщила, что работает недавно, и стало как-то понятно, что ей здесь неуютно; просторный холл, в котором сидят, даже передвигаются люди и рассматривают редких посетителей. Прошла по коридору налево, в палате с большим окном в сад-двор, лежал Сережа.

Он повернул глаза и, показалось, чуть удивился, разрешил войти, и еще показалось, как-то собрался. Он пил Боржоми, только так, чтобы вода была совсем уже не газированная, проинструктировал меня, и я, производя манипуляции, случайно залила почти весь пол, потом надо было наполнить продуманно удобный поильник, из которого Сергей пил. Со мной он говорил много, чего я совсем не ожидала, а была готова

к тому, что он еле выговаривает слова и будет в полусне. Вдруг он стал совершенно собой. Из «странныго», напоминающего что-то страшное, — часто спрашивал в тревоге «который сейчас час?», и единожды спросил, какое сегодня число. Уходя, я предупредила его, что утром придет сестра, о которой он волновался, спрашивал, где же она. Визит сестры был намечен на десять утра. Когда она появилась, он только что умер. Ему был 61 год.

А рассказала я ему про то, что он хотел слышать. Про возобновленные общественно-профилактические группы ТТС при Кафедре, накануне прошла группа на Автозаводской об Антонии Сурожском. Это была очная группа с волонтерами и врачами, которую вела доцент Людмила Васильевна Махновская. Сергей высушал о сложностях, которые случились у Антония — еще мальчика. Дальше я стала рассказывать о реакции людей на группе на эти подробности. Спросила его, верует ли он сейчас. Может быть, хотя бы сомневается?! Проскользнуло явное раздражение, что нет, мировоззрение четкое, материалистическое, «клиническое», — такое как было. Спрашивал, как реагируют на его стихи. Как раз в интернете в группе ТТС в фейс-буке расположили несколько старых стихотворений, которых не было на открытом сайте Стихи.ру. И я начала зачитывать комментарии под ними. Он кривился от своих прежних стихов.

Удивился, что добрый знакомый настроен уехать из страны, озадачено как-то произнес: «неужели он такой отчаянный». Слушал меня, казалось, с интересом, реагировал, говорил в своей манере! помню даже улыбнулся на что-то... Спрашивала, уйти ли мне, устал ли он, или поговорим, отвечал «поговорим», кивал. Характеры, творческое самовыражение, согласное с природой характера человека. Это всё было для него жизнью и опорой даже в последний вечер, я это увидела! Еще он ранился. Ранился тем, что его собеседница в интернете, одна из участниц группы ТТС, пропала и не отвечала в летние месяцы; видеть эту его реакцию в этой палате было очень трогательно и больно. Я предположила, что у нее был отпуск... Уходя, я спросила, можно ли прийти еще завтра, он махнул прощальной рукой и закрыл глаза.

Получается, я была свидетелем того, что то, чем мы занимаемся, сильно укрепляет и остается опорой перед самой смертью. И что в данном случае, естественно-научное мироощущение с изучением характеров и душевных расстройств, наши группы ТТС, служили пожизненной реабилитацией (не надо бояться этого выражения), пожизненным лечением от своих душевных сложностей и позволяли быть по-настоящему в жизни, личностно, быть, по возможности, вдохновенно творческим собою. И Сергею тоже. Сергей стал писать стихи, когда уже лечился в наших группах творческого самовыражения. И другие люди годами жили в творчестве в процессе Терапии творческим самовыражением, жили этим и крепли этим процессом. Приносили помочь обществу, создавали творческие произведения. Сообразно своей природе кто-то обретал естественно-научное, материалистическое мироощущение, кто-то — идеалистическое, в том числе религиозное. И даже на смертном одре Сергей расспрашивал подробности о занятиях в группе, говорил о характерах людей, комментировал в нашем духе свои произведения. Сере-

жа заботился о своей жене и сокрушался что она беспомощный ребенок. В заключение привожу одно из моих любимых стихотворений Сергея Втюрина.

**K. M. Мизсерова,
психиатр-психотерапевт**

ОТРАЖЕНИЯ

Всё блестит обманчивой ртутью.

— Смотрим в мир, а видим себя.

Амальгамный слой перед сутью.

Что ж узрим, его соскребя? —

Пыли мох, клочок паутинки

За стеклом от ванных чистот,

Муравей с обойной тропинки

В зазеркальной правде живет.

Там ни Будды нет, ни Аллаха,

Не хулит Христа иудей.

Лишь в мозгу из вечного праха

Воплощенья смертных идей.

Мир течёт стеклянным потоком.

В окнах глаз — мерцающий блик.

И за миром ртуть, и за оком,

И за мглой божественных книг.

9 июня 1993.

Из сборника стихотворений: Втюрин Сергей. Воздухоплаватель, или Бесцветная смальта (Сборник стихотворений). — М.: Изд. Российского общества медиков-литераторов, 2000. — 51 с. Стихи Сергея Втюрина в интернете https://stihi.ru/avtor/inna2_1.

Подробнее о Сергееве Втюрине в книгах: М. Е. Бурно: 1) «О характерах людей (Психотерапевтическая книга)». — Изд. 7-е. — М.: Ин-т консультирования и системных решений, Общероссийская профессиональная психотерапевтическая лига, 2019, сс. 573 – 575; 2) «Клинический театр-общество в психиатрии». — М.: Академ. Проект; Альма Матер. 2009, сс. 387 – 398.

РЕКОМЕНДУЕМ

**Непосредственные жизненные свидетельства —
ключ к пониманию эпохи и развития идей**

Ханна Арендт — Карл Ясперс. Письма 1926 – 1969. М., 2021

Переписка Л.С.Франка и Л.Бинсангера. 1934 – 1950. М., 2021

Роман Якобсон — Клод Леви-Стросс. Переписка 1942 – 1989. М., 2022

НЕКРОЛОГ

Петр Викторович Морозов



9.12.1946 – 17.07.2022

Исполком Российского общества психиатров с глубоким прискорбием сообщает, что 17 июля 2022 года ушел из жизни известный отечественный психиатр, вице-президент Российского общества психиатров, Генеральный секретарь Всемирной психиатрической ассоциации Петр Викторович Морозов.

П. В. Морозов родился в Москве в семье потомственных врачей. В 1971 г. окончил лечебный факультет II Мединститута. В последующие годы работал в академическом Институте психиатрии врачом, аспирантом, младшим, старшим научным сотрудником, зав.отделом.

В 1977 г. защитил кандидатскую диссертацию «Юношеская шизофрения с дисморфофобическими расстройствами», в 1991 г. — докторскую диссертацию «Клинико-биологические международные исследования проблемы классификации психических заболеваний». С 1994 г. —

профессор кафедры психиатрии ПДО им. Н. И. Пирогова.

П. В. Морозов является автором более 250 научных работ (в том числе более 50 — на иностранных языках), 4-х монографий.

В числе научных достижений П. В. Морозова — разработка и внедрение уникальной методики международных многоцентровых коллaborативных исследований в психиатрии, организация первого международного симпозиума (1981 г.), первого Конгресса (1984 г.) и выпуск первого сборника научных трудов (1983 г.) по проблеме вирусной этиологии психических заболеваний.

В течение многих лет Петр Викторович достойно представлял нашу страну в различных международных организациях как инициатор и модератор многих проектов. В 1979 – 1986 гг. он был старшим медицинским советником отдела психического здоровья ВОЗ, в 1987 – 1989 гг. —

членом исполнкома Европейской коллегии нейропсихофармакологов (ECNP), в 1989 – 1995 гг. — членом секции по классификации и диагностике WPA и членом Кураториума психиатров дунайских стран (DANUBE).

С 2006 г. П. В. Морозов являлся членом Комитета экспертов по проблемам психического здоровья Комиссии Совета Европы в Страсбурге; в 1990 – 1997 гг. и с 2009 г. до настоящего времени — сопредседателем франко-российского психиатрического общества; с 2012 г. — послом Европейской коллегии нейропсихофармакологии в России; с 2012 г. — членом Совета Европейской психиатрической ассоциации, с 2020 г. — Генеральным секретарем WPA и членом редакционных советов целого ряда отечественных и зарубежных психиатрических изданий.

На протяжении многих лет П. В. Морозов активно занимался вопросами последипломного образования, созданием новых моделей обучения молодых психиатров на примере регулярной (с 1979 г.) школы в Суздале, а с 2012 г. — Академии WPA – Сервье.

В 2012 – 2015 гг. он был председателем комиссии по работе с молодыми учеными РОП, а с 2015 г. являлся вице-президентом РОП по международному сотрудничеству.

Как члену Правления и представителю WPA по Восточной Европе с 2011 г., ему удалось упрочить профессиональные связи с бывшими советскими республиками, реализовать ряд образовательных и научных проектов.

Хорошо известна издательская и медийная деятельность П. В. Морозова. В 1981 – 1986 гг. он был главным редактором журнала «Biological Approaches to Mental Health», издававшегося на английском и французском языках (Pergamon Press); в 1990 – 1996 гг. — главным редактором франко-русского журнала «Синапс» (NHA Communication); в 1994 – 1999 гг. — главным редактором российско-голландского журнала «Русский медицинский журнал» (Wolga Publisher). В 1999 – 2010 гг. П. В. Морозов был главным редактором основанного им издательства «MEDIA-MEDICA», издателем 12 медицинских журналов.

Просветительской и дестигматизационной деятельности П. В. в 1998 – 2005 гг. была посвящена его работа в качестве автора и ведущего медицинской программы «Консилиум» на федеральном телеканале «Культура».

В 1999 г. он стал основателем и главным редактором журнала им. П. Б. Ганнушкина «Психиатрия и психофармакотерапия», в 2012 г. — основателем и главным редактором популярной научно-публицистической газеты «Дневник психиатра».

П. В. были присущи глубокая эрудиция, интеллигентность, принадлежность к уходящей ныне европейской книжной культуре, владение четырьмя иностранными языками, литературная и музыкальная одаренность. В молодости Петр Морозов был победителем Всесоюзного телеконкурса «Алло, мы ищем таланты», участником одного из первых советских вокально-инструментальных ансамблей «Камертон», автором двух рок-опер. Любителям поэзии известна его книга сонетов. В 1983 – 84 гг. П. В. Морозов успешно выступал в швейцарской футбольной лиге ветеранов, был обладателем Кубка чемпионата Швейцарии.

Многогранная деятельность П. В. Морозова получила заслуженное признание профессионального сообщества в нашей стране и за рубежом. Еще в 1982 г. он награжден знаком «Отличник здравоохранения», в 2014 г. медалью Крепелина — Альцгеймера Мюнхенского университета «За научные достижения и лечение больных», а в 2016 г. стал лауреатом Национальной общественной премии «Гармония» за особые заслуги в сфере охраны психического здоровья.

Российские психиатры скорбят о кончине Петра Викторовича и выражают глубокие соболезнования его родным и близким.

Светлая память о Петре Викторовиче Морозове навсегда сохранится в наших сердцах¹.

Исполком Российской общества психиатров

От Независимой психиатрической ассоциации России

Неожиданный уход из жизни такого на редкость высококультурного и разносторонне одаренного психиатра как Петр Викторович Морозов в полном смысле этого слова невосполнимая потеря для отечественной психиатрии. Это был человек необыкновенно теплый и обаятельный, сущий гений общения, умевший увлечь и сплo-

тить коллег творческими, научными и организа-

¹ Текст приводится с несущественными сокращениями.

² «История отечественной психиатрии» Ю.А.Александровского, том 3.

Некролог

ционными замыслами. Он был на этом поле блестящим и вездесущим, как ртуть, как Меркурий, и при этом содержательным и продуктивным.

Сын и ученик выдающегося психиатра Виктора Михайловича Морозова, автора откровенного интервью о советской психиатрии², унаследовавший многообразные таланты материнского и отцовского рода, он неизбежно попал в объятия власти, которая использовала его незаурядные способности, а в 1989 г. сделала крайним. Так, на Конгрессе WPA в Афинах, вопреки его стараниям, при зачитывании текста обязательств Всесоюзного общества психиатров, все возникшие при этом огни повесили на него. В результате, когда в последующем решался вопрос о зональном представителе региона бывшего Советского Союза в WPA предложение НПА выбрать его не было поддержано (РОП заявляло тогда кандидатуру С. Глузмана), но и не было им забыто и обеспечило очень доброжелательные, даже доверительные отношения. Петр Викторович принес мне домой ксерокопии двух объемистых монографий Ван Ворена сdezинформацией о нашей Ассоциации, что позволило мне успеть получить опровержение этого от медицинского директора АРА Мелвина Сабшина. В трудные времена для финансового выживания научных журналов П. В. встречался со мной, пытался помочь, но не смог сохранить даже свой «Синапс». А восемь лет назад на юбилейном съезде НПА России П. В. выступил с панегириком 25-летия ее деятельности. Он дружил с членом НПА А. Боданом, с которым работал на одной кафедре.

Петр Викторович, обычно активный, заразительно жизнерадостный, бывал и совсем другим — тихим, неузнаваемо незаметным. Таким я как-то увидел его, не узнав, в помещении перед конференц-залом Московского НИИ психиатрии на какой-то конференции. Вокруг толпились коллеги, сдававшие членские взносы. А у окна стоял, прислонившись, какой-то знакомо-незнакомый человек с бородой, печально глядя на меня. Я неуверенно подошел почти вплотную. — «Не узнаете?». — Оказалось, что он только недавно из кардиологического отделения. А еще накануне майского съезда психиатров мы активно общались в связи с непристойным игнорированием НПА руководством РОП. Тогда он разрешил эту ситуацию. Но объятия власти тем крепче, чем к ней ближе. А с тех пор все невероятным образом катастрофически усугубилось, и его отзывчивое сердце, видимо, не выдержало напряжения неразрешимой противоречивости формальных и неформальных требований нашей действительности.

Замечательное видео-интервью Петра Викторовича молодым коллегам, размещенное на сайте РОП два года назад, дает возможность видеть и слушать его вживую, каким он запечатлся навсегда в нашей памяти.

НПА России отдает должное выдающейся деятельности Петра Викторовича и сопереживает его родным и близким.

Ю. С. Савенко

РЕКОМЕНДАЦИИ

Койре А. В. Этюды о Галилее. М., 2022.

Адорно Теодор. Исследования авторитарного характера. М., 2022.

Адорно Теодор. *Minima moralis*. СПб., 2022.

Хабермас Юрген. Теория коммуникативной деятельности. 2 т.: Рациональность действия и социальная рационализация. М., 2022.

Шёк Гельмут. Зависть. Теория социального поведения. М., 2022.

Эпштейн Михаил. Первопонятия. Ключи к культурному коду. М., 2022.

* * *

Бахтин М. М. Автор и герой в эстетическом событии. СПб., 2021.

Роман Якобсон — Клод Леви-Стросс. Переписка 1942 – 1982. М., 2022.

Тантлевский И. Р. Язык вражды и этиология конфликтов. М., 2022.

Вачков И. В., Неговицын Д. Е., Пономарёва В. И. Жила-была Баба Яга. Психологические и культурологические аспекты образа. М., 2022.

Шульман Екатерина. Практическая политология. М., 2022.

Россия 2050. Утопии и прогнозы. Ред. Михаил Ратгауз. М., 2021.

* * *

Лемани Альфред. История магии и суеверия. М., 2022.

Деревенский Б. Г. Письма Александра Великого. СПб., 2022.

Канторович Эрнст. Император Фридрих II. СПб., 2022.

Янов Александр. Россия и Европа. В 3-х книгах. 1462 – 1921. М., 2008, 2007, 2009

Локшин Александр. Евреи в отечественной истории. В 2-х томах. М., 2021.

Могаричев Ю. Наш новый советский Сион. Проекты и попытки создания европейской национально-территориальной единицы в Крыму. 1920 – 1940. Симферополь, 2021.

Лурье Лев. Перепись народников от Нечаева до Дегаева. М., 2022.

Дамье В., Рублев Д. Петр Кропоткин. Жизнь анархиста. М., 2022.

Морозов К. Н. Борис Савинков. Опыт научной биографии. М.- СПб., 2021.

Шнир Джонатан. Заговор Локкарта. СПб., 2022.

Первая Мировая война. Большой иллюстрированный атлас. М., 2021.

Андрей Белый. Одна из обителей царства теней. Новосибирск, 2020.

Хафнер Себастьян. История одного немца. Частный человек против тысячелетнего Рейха. СПб., 2022.

Хафнер Себастьян. Некто Гитлер. Политика преступления. СПб., 2020.

Гилберт Мартин. Вторая Мировая война. Полная история. М., 2022.

Старгардт Николас. Мобилизованная нация. Германия. 1939 – 1945. М., 2022.

Кремер Джерард. Анна Франк. Преданная. М., 2022.

* * *

Чуковский Корней. Дни моей жизни. (1901 – 1969). М., 2022.

Мандела Нельсон. Долгая дорога к свободе. Автобиография. М., 2022.

Зиновьев Александр. Исповедь отщепенца. М., 2022.

Литвинова Флора. Очерки прошедших лет. М., 2022.

Тополянский Виктор. Старая записная книжка. М., 202

* * *

Солженицын Александр. Архипелаг Гулаг. СПб., 2021.

Майзуль Михаил. Воображаемый враг. Иноверцы в средневековой иконографии.

Триер Ларс фон. Догвилль. Сценарий. М., 2022.

ABSTRACTS

«Quo vadis,» domestic psychiatry?

**A. P. Kotsyubinsky, D. A. Kotsyubinsky
(St. Petersburg)**

In recent decades, both Russian and global psychiatry have been experiencing diagnostic and therapeutic crisis. The main reasons for this crisis are: methodological incorrectness of the categorical principle of mental disorders diagnosing; the dominance of the biomedical paradigm of understanding the nature of mental disorders, focused on the interests of pharmaceutical companies and making it difficult to combine the biopsychosocial concept with medical practice; the monopoly of evidence-based medicine as the only approach to determining the effectiveness of therapy, leading to the transformation of the subject-subject relationship between the doctor and the patient into subject-object relationship; quasi-productive replacement of the qualitative assessment of scientific effectiveness with quantitative indicators. The article claims that modern medicine – in many ways approaching the exact sciences – also remains fundamentally human-oriented. Therefore, the individual experience and personality of the doctor, as well as the personality of the patient, will always be an important element of effective treatment. The principle of evidence with a moderately critical attitude may eventually become valid. However, it should include, in addition to the data of high-quality randomized scientific studies, the expert opinions of highly qualified scientific specialists and practitioners. That said, an integrative and personalized person-centered approach to the patient becomes crucial.

Keywords: crisis, biopsychosocial and biomedical concepts, evidence-based medicine, scientometry.

From descartes, Husserl and Jaspers to the sight of an electron microscope (how the unprovable is proved)

I. M. Becker (Naberezhnye Chelny)

The explicit and implicit errors of ICD-11, evidence-based medicine, computerization, prediction of rehabilitation programs based on a biomedical model, emasculation of creativity from the diagnostic process, bureaucratization of forensic psy-

chiatric examination, lack of a modern theory that meets the needs of practice are indicated.

Keywords: ICD-11, evidence-based medicine, limitations of the biomedical model.

So, where is psychiatry going

Yu. S. Savenko

A critical look is given at the trend of world and domestic psychiatry, qualified as the vulgarization of the previously achieved clinical level due to the predominance of political and economic interests over the professional ones proper. It is shown that the specifics of psychiatry and even medicine are erased by the statistical priorities of mass society through the imposition of priorities of a very imperfect level of so-called. evidence-based medicine, its displacement of the traditional clinical approach instead of supporting it, as well as the costs of a different understanding of the holistic approach and the biopsychosocial model.

Keywords: the future of psychiatry, costs of the biopsychosocial model, errors in the organization of psychiatric services.

How should the conditions for maintaining, recording and storing medical documentation change if the court finds involuntary hospitalization illegal?

Yu. N. Argunova

The Resolution of the Constitutional Court of the Russian Federation No. 31-P of July 13, 2022, which recognized paragraphs 11 and 12 of Part 1 of Article 79 of the Federal Law «On the Basics of Protecting the Health of Citizens in the Russian Federation» as not conforming to the Constitution of the Russian Federation, to the extent that they do not provide the necessary legal guarantees of reflection in the maintaining, accounting and storage of medical documentation of information on the recognition by the court of involuntary hospitalization of a person in a psychiatric hospital as illegal and resolving the issue of the conditions and grounds for their further storage.

Keywords: involuntary hospitalization in a psychiatric hospital; maintenance, accounting and storage of medical documentation.

«НЕЗАВИСИМЫЙ ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ»

Индекс для подписчиков: 73291

- 1991, I:** Устав НПА — Антипсихиатрия сегодня — Индукция.
- 1992, I-II:** О предмете советской психиатрии — Проблемы бреда — Доклад комиссии WPA о визите в СССР в 1991 г.
- 1992, III-IV:** Дело генерала Петра Григоренко.
- 1993, I-II:** Интрацепция и ипохондрия — Проблема идентификации — Практика и техника психоанализа.
- 1993, III-IV:** Взгляд на amer. психиатрию XX в. — Границы sch.
- 1994, I:** Нелекарственная терапия психозов — Выбор приоритетов — Типология деперсонализации — Франц. законодат-во.
- 1994, II:** О бреде — Феноменология меланхолии.
- 1994, III:** Деят. НПА за 1989–1993 гг. — Ответствен. за незаконное стационирование — Врач. тайна — О школе Столбунова.
- 1994, IV:** Психоанализ в противоречиях — Биографический метод — Терапия смыслотраты.
- 1995, I:** Валотек. sch. — О диагн. — Мит. Антоний о мед. этике.
- 1995, II:** Об институциональной психотерапии — О границах психотерапии — Об этнопсихиатрии — Дело АУМ.
- 1995, III:** DSM-IV — Бенедетти о психотерапии шизофrenии — Психология свидетельских показаний.
- 1995, IV:** Гематол. психоонколог. — Психохирургия — Представительство интересов психич. б-ных — VII съезд НПА и XII съезд РОП.
- 1996, I:** Ясперс о бреде ревности (1) — Психиатрия и права человека — О мышлении по аналогии — Б-нь Гоголя.
- 1996, II:** Ясперс (2) — Психиатрия и 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 — Шизофrenия — О реформе психиатрической помощи — “Обезьянний процесс” — Тюремная медицина.
- 2005, I:** Кандинский — Наркополитика — Множественная личность — Интервью Ясперса — Восп. об акад. Харитоне.
- 2005, II:** Папа Иоанн Павел II — Конфликт интересов — “Обоснование” упразднения негосуд. СПЭ — Устав НПА.
- 2005, III:** II мировая война — Расстройства памяти — О Ясперсе.
- 2005, IV:** 15 лет НПЖ — 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 — Игромания — Берце 5 — Я. Анфимов — Об Иосифе Бродском — Содействие полиции врачам-психиатрам.
- 2011, IV:** 20 лет НПЖ — Шизофазия — Якоб Клези 1 — Зиновьев — Ф. Случевский — В. Хлебников.
- 2012, I:** Дело врачей — Резидуальная sch — Купирование алк. абстиненций — Игромания — Клези 2 — Душевнобольной в церкви и обществе — Права недееспособного пациента.
- 2012, II:** IX том Бумке — Шизофrenия — Майер-Гросс — Резидуальная sch — Зоотерапия — Независимость эксперта.

- 2012, III:** А. Н. Бернштейн — Введение в общую психопатологию — Пространство и время — Клэзи — Ответ Петру Морозову.
- 2012, IV:** 20 лет закону о псих.помощи — Депрессии — Субъективно-избыточные эмоц.реакции — Дело с Болотной площади — Опыт псих. помощи в соматич. б-це — Представитель пац-та.
- 2013, I:** Ясперс: Вопрос виновности. — Критика стандартов и экспансии индукт. подхода. — Ценностная система пс. б-ных. — В ПНИ.
- 2013, II:** Бухановский. — Понимание доказательной медицины. — Рюмке о психотерапии. — “Контроль сознания”. — Ануфриев. — В коридорах власты. — Трагедия в Раменском.
- 2013, III:** Голодомор. — Дело Брэйвика и “русский Брейвик”. — Кронфельд. — Давыдовский. — Спортивная психиатрия. — История отеч. психиатрии. — В интернатах.
- 2013, IV:** 25 лет НПА. — Доказат. медицина в психиатрии. — Межполушарная асимметрия. — Аутизм. — Магаданский процесс. — Баженов: Русская революция. — Дело М. Косенко.
- 2014, I:** 25 лет НПА. Резолюция XIV съезда. — Аутизм. — Стигма. — Политика психич. здоровья. — Амб.тер.творч.самовыражения. — Европ. суд об условиях содержания больных. — Дело М. Косенко. — Выходящие общ. контроля.
- 2014, II:** I и II мировая война. — Исходы sch. — Эпидемиология и пс. помощь в Германии. — XIX Консторумские чтения. О свободе воли. — Диссиденты 1911 г. — Клерамбо. — Слиянне институтов.
- 2014, III:** Профил. направл. в отеч. пс. О доказат. медицине. Свобода воли в пс. Преодоление sch. шизофрении. Врачебная Конституция. Врачебная тайна. Антипсихиатрия. Наукометрия. Диссиденство. Правовые семинары НПА.
- 2014, IV:** 25 лет членства НПА в WPA. 25 лет борьбы за независ. суд- пс. эксп. Психическое-соматическое. Границы прав прокурора на мед.тайну. Новое в реализации дееспособности. О конформизме. Отн.к ЭСТ. Детский аутизм (обзор). Очернение Сербского. Рос.-Укр. связи. XVI съезд WPA.
- 2015, I:** Война или здоровье? Отеч. пс. в эпоху упадка. Кречмер: проблема обязат. учебн.анализа. XX Консторумск. чтения. Скорая пс.помощь. О конформном поведении.
- 2015, II:** “Критика психосоматики” Вайтбрехта. Написание ист.-б-ни. Методоновые программы — позиция России. “Норма” в психиатрии. Цинизм экспертов. Против реформы Кассо. Ошибка Википедии. Европ.конгресс пс. Добросовестн. в науке. Съезд Нац.мед. патал. Условия успешн.реформы здр. Всерос. конф.
- 2015, III:** Конрад. Франкл. Психич.здоровье. Куда движется пс.? Профилактику и реабилит. в наркологии возглавит полиц. ведомство. Новое в недобров. госпитализаци. Соц.психиатрия. Лев Тарасевич.
- 2015, IV:** Шарко. Эй. Новый метод иссл.смешанных сост. Новые тенд.в наркологии. Реформа изнутри. Бесполезное иссл. Революция 1905 г. XVI съезд пс. России.
- 2016, I:** Чадаев — Цолликановские семинары. — Выготский. — Педофilia. — Дело Олеси Садовской. — Феномен воплощенного присутствия. — Границы психотерапии I. — Яковенко и революция.
- 2016, II:** Монография Шумского. — Анализ ошибок. — Бонхеффер. — Шаблон вместо индивидуализации и в СПЭ. — Границы психотерапии II. — Феномен страдания. — Филологич. аналогии. — Европ. Конгресс. — Внуков. — Полиграф.
- 2016, III:** Геноцид армян. — Крепелин о регистрах. — Диск. заметки о совр. психиатрии. — Можно ли исчерпать психопатологию? — Хрониология депрессий на Севере. — Психиатр в субарктич. усл. — психиатрия в политич. целях. — На поводу следователя. — Этика права и права человека. — Откр. письма. — Конф. памяти Бухановского.
- 2016, IV:** 25 лет НПЖ — XV съезд НПА: Деят. в 2014 – 16 гг. — Теоретич. и филос. основы психиатрии. — Опыт изуч. Ясперса. — Кронфельд. — Уменьш. вменяемость в Беларуси. — ПТСР как опроверг. “ложного диагноза”. — Незаконный перевод в ПНИ. — Психотерапия. — Письмо Баженова.
- 2017, I:** Реформа психиатрии. — Резолюция XV съезда НПА. — Рюмке. — Конгресс ЕАП. — Коморбидность. — Консторумские чтения.
- 2017, II:** 1937. — Клерикализ. наркологии. — СПб и Моск. школы. — Персонализиров. медицина. — Бредовой нарратив.
- 2017, III:** 25 лет Закону о псих.помощи. — Уник.дневник I. — Общ. опасность по-советски. — Каган о психотер. — Психотер. при авторитарном управлении.
- 2017, IV:** Психиатрия за 100 лет. — Уник.дневник II. — Шнайдер. — Роль священника и пс/тер. — Каган о пс/тер. II. — Конгресс ВПА.
- 2018, I:** Предмет суд.псих. — Три лица псих. — Курт Шнайдер. — Конгресс WPA. — Тонконогий. — Гурович.
- 2018, II:** К. Левин. — Математика. — 3 лица псих. — Эротомания. — Рюмке — ст. 435 УПК РФ. — Конгр. ВПА (обзор). — Этич.ком. РОП. — Г. Серебрякова. — Коморбидн. — Бялик. — Франко.
- 2018, III:** Адлер. — Биопсихосос. модель. — Теория словес. — Отн. к старости. — Рюмке. — Недобров.госпит. по иску прокурора. — Психол. помощь б-ным с религ.пережив.
- 2018, IV:** Воробьев. — Маслоу. — Профилактич.псих. — Психич.здоровье. — Тр-фоб.р-ва. — Рюмке. — Фальсификация в Омске. — Соц.психопатология. — Ист.отеч.психогигиены. — Семашко. — Л. М. Алексеева.
- 2019, I:** 30 лет НПА России. — Психиатрич.образование. — Психич.здравье. — Интернаты и суицид. — Рюмке. — Обжалов.физич.стеснения. — Право быть инаким. — Констор.чтения. — Оптимизация. — Котиков.
- 2019, II:** 100 лет экзистенциализма. — “Психология мировоззрений” Яспера. — 15 лет оптимизации. — Конвейерный перевод в ПНИ. — “Молодой хроник”. — СПЭ “умствен. отсталости”. — Психиатрич.подгот. в ЕС (обзор). — Констор.чт. — Тиганов. — Евтушенко.
- 2019, III:** Эфроимсон. — К теории психиатрии. 1- Интердисциплинар. — Патокинез аф.опиоманов. — Федермессер о ПНИ. — Кризис пс. — Ист.пс. — Солдафонский стиль. — Пс/тер. Пьесы. — Либерман.
- 2019, IV:** Сеченов. — Шпет. — Педология. — С. Л. Рубинштейн. — К теории пс. 2. — Первич.мед.пом. и пс. — Суицидология. — Оспаривание пс.д-за. — Европ.комитет против пыток. 1. — Обращ.к презид.о реформе ПНИ. — Рибо. — Бергсон. — Жанэ. — Права не-дееспос. — Якутский шаман. — Пс. в лит-ре. — Буковский.
- 2020, I:** Гештальт-школа. — К теории пс. 3. — Чел.достоинство. — Бупропион (обзор). — Обжалование дисп.набл. — Констор.чт. — Европ.ком.против пыток. 2. — Устинов. — Витковский.
- 2020, II:** Рыбаков — 100 лет Моск. НИИП — Неомрачаемость — К теории пс. 4 — Леч.деменций — Гендерная дисфория — Шаман — Гений места — Чрезвычайщина — Переименов.sch — Воробьев — Мохнаткин
- 2020, III:** Конц. Крепелина и Кронфельда — К теории пс. 5 — Синдром двойников — Шаман — Лингв. эксп. Дело Дмитриева — Неомрачаемость при маниак. — Гений места 2 — Ист.отеч.псих. — Переименования в пс. — Интервью Воробьева — Восп. Пивеня — 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 Беларуси — Блейлер — Восп. Пивеня 2 — WPA — 100 лет Моск. НИИП — Семинары НПА — Стихи Кестнера — Ю. Орлов — В. Шкловский

Материалы для публикации присыпать по адресу:

125581, Москва, ул. Ляпидевского, д. 18, кв. 41, Ю. С. Савенко; E-mail: info@npar.ru

Статьи следует сопровождать резюме для перевода на английский язык

Телефон редакции (495) 625-0620

Адрес для корреспонденции: 101000, Москва, Лучников пер., 4.

Российский исследовательский центр по правам человека. НПА России