

ISSN 1028-8554

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

**НЕЗАВИСИМЫЙ
ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ**

**INDEPENDENT
PSYCHIATRIC
JOURNAL**

**ВЕСТНИК НПА
IPA HERALD**

IV

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, nparinfo@gmail.com

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

ВНИМАНИЕ!

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

Новый индекс — 83180

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

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

ISSN 1028-8554

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

**НЕЗАВИСИМЫЙ
ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ**

**INDEPENDENT
PSYCHIATRIC
JOURNAL**

**ВЕСТНИК НПА
IPA HERALD**

IV

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 16.12.2022. Подписано в печать 23.12.2022. Формат 60×84 1/8.

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

Заказ № 2022-4-IPA.

Цена свободная

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

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

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

тел./факс: (499) 258-0828.

СОДЕРЖАНИЕ

ГУМАННОСТЬ, ШИРОТА ГОРИЗОНТА И КРЕАТИВНОСТЬ ПРОФЕССИИ ПСИХИАТРА	
Александр Александрович Богданов (Малиновский) (1873 – 1927)	5
Христиан Георгиевич Раковский (1873 – 1941)	9
ИЗ КЛАССИЧЕСКОГО НАСЛЕДИЯ	
Письмо Александра Богданова — Анатолию Луначарскому 19.XI.1917 г.	10
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ	
Континуальный подход в диагностике и систематике психических расстройств — В. И. Крылов. (СПб)	14
Основные единицы психопатологического анализа (симптом, симптомокомплекс, синдром) — В. И. Крылов (СПб)	21
Биологические и конституциональные аспекты диагностики депрессий (обзор литературы) — А. А. Шмилович, А. А. Шадина	31
Доступность психологической и психотерапевтической помощи в Республике Беларусь: илюзии и реальность — Ф. Б. Плоткин, Т. В. Короткевич (Минск, Беларусь)	38
Что такое политика и что такое политика в психиатрии — Ю. С. Савенко	44
КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ	
Dementia praecox Крепелина — А. А. Шмилович, А. М. Ложникова	54
ПСИХИАТРИЯ И ПРАВО	
Право пациента на компенсацию морального вреда в связи с ненадлежащим оказанием психиатрической помощи — Ю. Н. Аргунова	69
ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА	
Шаманская ворожба — общественная опасность? Первое независимое освидетельствование Александра Габышева	73
ОТКЛИКИ, ОБСУЖДЕНИЯ	
Соблюдается ли врачебная тайна? — Б. Л. Лихтерман	80
Новый Порядок диспансерного наблюдения Минздрава — бюрократическая регламентация за счет человеческих отношений — Л. Н. Виноградова	80
ИСТОРИЯ	
Отечественной психиатрии было кем гордиться в эпоху «карательной психиатрии». К 100-летию Анатолия Кузмича Ануфриева. — Ю. С. Савенко	82
История учреждения НПА. Глава из книги Александра Подрабинека	85
ХРОНИКА	
Год мрачных юбилеев	86
Стандартный стиль вместо соответствия уникальному моменту	89
150-летие Санкт-Петербургской психиатрической больницы св. Николая Чудотворца	90
245-летие Преображенской психиатрической больницы	91
Поездка в Омск	92
95-летие Л. М. Алексеевой	93
Юбилей Российского исследовательского центра по правам человека («иностранный агент» с 2015 г.)	93
Демографическая ситуация	94
ВОСПОМИНАНИЯ	
К 60-летию моей профессиональной деятельности, ч. 6. — Ю. С. Савенко	95
ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ТВОРЧЕСТВО	
Александр Гельман. Стихи из сборника «После всего» (2018)	100
РЕКОМЕНДАЦИИ	103
АННОТАЦИИ	104

CONTENTS

HUMANITY, BREADTH OF THE HORIZON AND CREATIVITY OF THE PSYCHIATRIC PROFESSION

Alexander Alexandrovich Bogdanov (Malinovsky) (1873 – 1927)	5
Christian Georgievich Rakovsky (1873 – 1941)	9

FROM THE CLASSIC HERITAGE

Letter of Alexander Bogdanov to Anatoly Lunacharsky 19/XI/1917	10
--	----

URGENT PROBLEMS OF PSYCHIATRY

Continual approach in diagnostic and systematic of mental disorders — V. I. Krylov. (St. Petersburg)	14
---	----

Basic units of psychopathological analysis (symptom, symptom complex, syndrome) — V. I. Krylov (St. Petersburg)	21
--	----

Biological and constitutional aspects of the diagnosis of depression (literature review) — A. A. Shmilovich, A. A. Shadina	31
---	----

Availability of psychological and psychotherapeutic assistance in the Republic of Belarus: illusions and reality — F. B. Plotkin, T. V. Korotkevich (Minsk, Belarus)	38
--	----

What is politics and what is politics in psychiatry — Yu. S. Savenko	44
--	----

DISCUSSION OF A CLINICAL CASE

Krepelein Dementia praecox- A. A. Shmilovich, A. M. Lozhnikova	54
--	----

PSYCHIATRY AND LAW

The patient's right to compensation for moral harm in connection with the improper provision of psychiatric care — Yu. N. Argunova	69
---	----

FROM THE EXPERT'S DOSSIER

Is Shamanic divination a public danger? The first independent survey of Alexander Gabyshev.	73
--	----

RESPONSES, DISCUSSION

Is medical confidentiality respected? — B. L. Likhterman	80
--	----

The new Order of dispensary observation of the Ministry of Health — bureaucratic regulation at the expense of human relations — L. N. Vinogradova	80
--	----

HISTORY

Domestic psychiatry had someone to be proud of in the era of «punitive psychiatry». To the 100th anniversary of Anatoly Kuzmich Anufriev. — Yu. S. Savenko	82
---	----

History of the establishment of the IPA. Chapter from the book by Alexander Podrabinek	85
--	----

CHRONICLE

A year of dark anniversaries	86
--	----

Standard style instead of matching a unique moment	89
--	----

150th anniversary of St. Nicholas Psychiatric Hospital in St. Petersburg	90
--	----

245th anniversary of the Preobrazhensky Psychiatric Hospital	91
--	----

Trip to Omsk	92
------------------------	----

95th anniversary of L. M. Alekseeva	93
---	----

Anniversary of the Russian Research Center for Human Rights («foreign agent» since 2015)	93
--	----

Demographic situation	94
---------------------------------	----

MEMORIES

To the 60th anniversary of my professional activity (part 6) — Yu. S. Savenko	95
---	----

PSYCHOPATHOLOGY AND CREATIVINESS

Alexander Gelman. Poems from the collection «After everything» (2018)	100
---	-----

RECOMMENDATIONS	103
---------------------------	-----

ABSTRACTS	104
---------------------	-----

ГУМАННОСТЬ, ШИРОТА ГОРИЗОНТА И КРЕАТИВНОСТЬ ПРОФЕССИИ ПСИХИАТРА

Профессия психиатра, даже непродолжительная, как у Ясперса, с которой начинают, а — как известно — не мы, а сама профессия нас выбирает¹, в силу взаимного тропизма, актуализирует и развивает качества, которые обеспечивают творческость на любом поприще. В советской истории профессия психиатра неслучайно послужила основой, моделью и трамплином многим известным деятелям. Из них мы упомянем здесь двух с наиболее драматической судьбой. Один был близким другом Ленина дооктябрьского периода, другой — другом Троцкого.

Александр Александрович Богданов (Малиновский) (1873 – 1927)

К 150-ЛЕТИЮ И 100-ЛЕТИЮ «ТЕКТОЛОГИИ»²



А. А. Богданов — выдающийся врач-естественник, испытатель, ученый — предтеча кибернетики и общей теории систем, философ, автор концепции эмпирионизма, экономист, автор лучшего общедоступного изложения «Капитала» Маркса, видный деятель революционного движения в 1904 – 1906 гг., ближайший соратник Ленина, активный участник революции 1905 г., противостоял захвату власти до культурного вызревания пролетариата и «военному коммунизму», а также писатель-фантаст, представлявший свои социальные и технические идеи в художественной форме.

Высоко и всесторонне одаренный с детства, А. А. Малиновский родился в многодетной семье народного учителя в Гродненской губернии, с золотой медалью закончил Тульскую классическую гимназию, (где «злостно-тупое начальство» научило его бояться и ненавидеть властивующих и отрицать авторитеты), в 19 лет поступил на естественное отделение Московского университета, откуда был вскоре исключен за активное участие в народовольческом Союзе Северных землячеств и выслан в Тулу, где был вовлечен в объяснение рабочим-оружейникам политэкономии Маркса. Из этого вырос «Краткий курс экономической науки», опубликованный

¹ Этот центральный тезис основоположника профориентации и психотехники Гуго Мюнстербергера означает, что если речь идет о призвании, — это нечто единое, увиденное с разных сторон. Значим ощущимый призыв. Так, не случайно, что психиатром, например, мечтал стать Ф. фон Хайек (1899 – 1997), который вместе с К. Поппером и вслед за Л. Ф. Мизесом определил современный западный курс развития экономики и науки. Неслучайно, что их связывала многолетняя дружба.

² Тектология — от греч. тектон — строитель.

Александр Александрович Богданов (Малиновский)

в 1897 г. под псевдонимом А. Богданов. «Выдающиеся достоинства» этого «замечательного явления в нашей экономической науке», отметил в рецензии на него Ленин. А в 1899 г. Б. в 26 лет окончил медицинский факультет Харьковского университета и труд «Основные элементы исторического взгляда на природу». 4-х летнее поднадзорное пребывание в Калуге и Вологде вместило приобретение практического опыта врача-психиатра и сближение в жарких дебатах с ссыльными — Н. Бердяевым, Б. Савинковым, писателем А. Ремизовым, историком П. Щеголевым, но наиболее близко с А. Луначарским, который женился на его сестре, и сотрудничество, с которым продолжалось после окончания ссылки в 1904 г., а потом в Женеве, где Богданов стал ближайшим соратником Ленина, с которым и редакцией «Искры» переписывался из ссылки, как секретарь вологодской группы социал-демократов. Полемизировал с С. Булгаковым и М. Туган-Барановским по экономическим вопросам, а позднее с религиозными философами Н. Бердяевым, С. Л. Франком и др. Один из организаторов III съезда РСДРП, на котором избран в ЦК Партии, представителем которой был в Исполкоме Петербургского Совета Рабочих депутатов и руководителем (вместе с Л. Красиным) большевистской военно-технической группы, автором многих прокламаций революции 1905 г.³ В 1906 г. отношения Ленина и Богданова скрепляются совместной дружеской жизнью на конспиративной даче на станции Куоккала в Финляндии. Был арестован, выслан за границу, вернулся нелегально, с 1907 г. снова за границей. В 1914 г. вернулся, чтобы работать врачом на фронте.

В 1904 – 1906 гг. Богданов создает под влиянием Э. Маха и Р. Авенариуса⁴ свою философскую **концепцию «Эмпириомонизма»**. Ниспровержение Махом понятий абсолютного пространства и абсолютного времени классической

физики, открывшее дорогу теории относительности Эйнштейна, которая была посвящена Маху, выступало в философии, как «борьба против всевозможных фетишей научного и философского познания, окаменелых понятий, успокаивающих и задерживающих пытливость человеческого ума». Отсюда название работы Богданова «Падение великого фетишизма. Вера и наука. О книге В. Ильина “Материализм и эмпириокритицизм”» (1910). Отсюда философское размежевание с Лениным и Плехановым. Но их спор с Богдановым — это по выражению Т. Тейяра де Шардена — «разница между тем, кто только читал и тем, кто проделывал опыты». Согласно Богданову, **законы природы «исключительно человеческие методы ориентировки в потоке опыта, изменяющиеся с образом с практическими потребностями»**. Он заменил понятия «материя» и «дух» универсальным понятием «энергия», что делало все явления соизмеримыми.

В 1914 г. Богданов написал фундаментальную работу «Наука об общественном сознании. Краткий курс идеологической науки» об исторической эволюции типов мировоззрений и явлений духовной культуры.

Социалистический идеал для Богданова — устранение элементов принуждения между людьми, замена анархии и конкурентной борьбы товарищеским колlettivismом, совмещение в общем производстве функции организатора и исполнителя. Не только «Эмпириомонизм», но и «Тектология. Всеобщая организационная наука» в 3-х частях (1913, 1917, 1922), выросли из его идеи об «активной гармонизации опыта», «первичного хаоса элементов — упорядоченным миром отношений». Они же послужили основанием Луначарскому развить идеи о социалистическом религиозном сознании, не поддержанные Богдановым, как «втягивание пролетарского

³ В период первой русской революции А. Богданов своим гуманным и прогностическим подходом оказал влияние на Н. Бухарина, по его собственному признанию известному историку-эмигранту Б. И. Николаевскому, когда приехал в 1936 г. в Париж для приобретения рукописей Маркса и признал, что перерождении пролетарской диктатуры, о чем предупреждал Богданов, состоялось. Не следует путать А. Богданова, т.е. Александра Малиновского, с Романом Малиновским, депутатом IV Государственной Думы и членом ЦК большевиков, который оказался провокатором царской охранки, во что Ленин упорно не верил, в частности Бухарину в 1911 г., угрожая исключением из партии (Интервью Н. Бухарина Б. И. Николаевскому//Ю. Г. Фельштинский. Разговоры с Бухарином. М., 1993, с. 61 – 71).

⁴ Рихард Авенариус (1843 – 1896) ввел термин «эмпириокритицизм» в работах «Философия как мышление о мире» по принципу наименьшей траты сил» (1876) и «Критика чистого опыта» (1888 – 1890), для обозначения «надпартийной» позиции, в результате чего Вундт обвинил его в материализме, а Ленин в субъективном идеализме. Но его отрицание удвоения мира на объективный/субъективный сделало его предтечей таких метадисциплин как общая теория систем и кибернетическое моделирование. Эрнст Мах (1838 – 1916) независимо от Авенариуса пришел к той же идеи как физик, а не философ: познание это процесс прогрессивной адаптации к среде, «к определенной сфере опыта».

движения в авторитарные рамки», высмеянные Плехановым и Лениным, но поддержанные Горьким в период его «богостроительства». Под влиянием идей Богданова Горький от романтического индивидуализма перешел к монизму колlettivизма, в котором растворяются человеческие «я», а «мерзость жизни победит не грёза, не мечта, а — опыт, накопление опыта, его стройная организация».

Но этот оптимистический взгляд на будущее социализма как «освобождение человеческой деятельности» сопровождался у Богданова проницательным прогнозом в его ставшем популярным романе-утопии «Красная звезда» (1908): **«Но даже там, где социализм удерэсится и выйдет победителем, его характер будет глубоко и надолго искажен многими годами осадного положения, необходимого террора и военщины с неизбежным последствием — варварским патриотизмом. Это будет далеко не наш социализм».** В этом — самая глубокая трагедия человека, призывающего в 1917 г. не спешить с провозглашением социализма из опасения, что революционные потрясения могут обернуться авантюрией, исходом которой будет длительное господство «Железной Пяты»⁵ — страшной реализацией разумно-чистого социализма.

Разойдясь с Лениным, а вскоре после организованной Богдановым с Горьким и Луначарским на Капри «высшей социал-демократической школы», в 1909 г., рассорившись с Горьким, Богданов и Луначарский возглавили литературно-пропагандистскую группу «Вперед», отставивая программу подготовки кадров образованных рабочих, способных организовать в России сеть культурно-революционных школ. Царская охранка сумела выловить большую часть выпускников школ на Капри и в Болонье. Лозунг Богданова 1910 г. «социализм в настоящем» был отвергнут и большевиками, и меньшевиками, и даже внутри самой группы (Ст. Вольский, В. Менжинский, М. Покровский), особенно язвительно Г. Алексинским, опубликовавшим рецензию на книгу Богданова «Культурные задачи нашего времени» (1911), где обосновывались лозунги Рабочего Университета, Рабочей Энциклопедии и Пролетарского Искусства. После этого Богданов порвал с этой группой. В работах «Философия современного естествоиспытателя» (1909) и особенно «Падение великого фетишизма» он изложил **трудовую теорию общества**

«на основе теории трудовой стоимости в той колlettivистской форме, которая дана ей Марксом» и идеей перемены труда для всестороннего развития личности вместо ее прикованности к производству одного вида продукта. Так, Богданов приходит к программе «Всеобщей организационной науки», впервые четко прозвучавшей в эпилоге к фантастическому роману «Инженер Мэнни» (1912). Его стержневой идеей была недопустимость монополии на принятие решений инженерной элитой и правительственные чиновниками, вместо универсальных научно-технических знаний широких слоев трудящихся, освободившихся от интеллектуального рабства. Предвосхищая споры о переброске рек, сооружении АЭС, космических полетах и одним из первых предупреждая об опасности ядерного оружия, Богданов рассматривал **сциентизм как «бесчеловечный фетишизм отвлеченностиины»**, что показала Первая Мировая война — «невиданное торжество математических, физических и химических формул — идеальная точность расчета в истреблении миллионов людей» (1920). «Более глубокие слои массовой психики с ее примитивным национализмом, как окаменелый пережиток, автоматически отвечали на запросы момента». Но универсализация им «научно-организованного труда» — другая ипостась сциентизма.

Уроки Великой войны привели Богданова к выводу о неготовности европейского пролетариата на роль класса-строителя социализма. Богданов выдвигал на первый план «строительные», а не «боевые» задачи рабочего класса, и перед лицом угрозы эскалации насилия отказался от признания классовой борьбы главной движущей силой перехода к социализму. За этот приоритет общности всех людей, социальности человечества, над идеей классовой и групповой борьбы, его еще в 1914 г. упрекал Л. Б. Каменев. Богданов, как полковой врач, свидетель кровавой мясорубки войны, был против перерастания империалистической войны в гражданскую, противопоставляя этому **необходимость «культурного вызревания»**, был против диктатуры пролетариата, методов военного коммунизма, считал иллюзорными надежды на мировую революцию и союз рабочих и крестьян, **не принял участие в октябрьском перевороте**, был против «пролетарского внеэкономического принуждения» и **не вернулся в партию большевиков**, хотя в 1920 г. ему предлагали в ней руководящие посты.

Знавшие Богданова отмечали его редкостную честность, открытость, дружелюбие, неуемность

⁵ Название романа Джека Лондона о том же.

Александр Александрович Богданов (Малиновский)

многообразных интересов. Его другом был В. А. Базаров⁶.

С 1921 года он на преподавательской работе, и как один из основателей Коммунистической Академии, член ее президиума (1918 – 1926), ее секций, комиссий, участник экономических дискуссий, и профессор политической экономики МГУ, стремился показать «работающую полезность» его Всеобщей организационной науки — тектологии, для решения важных хозяйственных вопросов, их планомерности — его докладом открылась первая конференция по НОТ под председательством акад. Бехтерева в январе 1921 г. Но эта первая серьезная попытка системно-кибернетического анализа функционирования социальных структур и управления ими⁷, так же как критика с этих позиций тейlorистов во главе с А. К. Гастевым, а также требование автономности Пролеткульта от Наркомпроса вызвали резкую критику Ленина. На него обрушился такой шквал обвинений, часто грубо искажавших его идеи, что ему закрыли доступ в рабочую среду, а в 1923 г. даже арестовывали.

Богданов stoически встретил эту травлю и организовал при поддержке Ленина и Н. А. Семашко в 1926 г. первый в мире Институт переливания крови. Метод гемотрансфузии он рассматривал, как средство повышения жизнеспособности организма и продление человеческой жизни. Это подтвердил акад. А. А. Богомо-

лец и широко использовал позднее в психиатрии проф. Г. Ю. Малис, не говоря уже о спасении раненых в войне. Наиболее рискованные опыты Богданов проводил только на самом себе. 12-ый эксперимент закончился трагически. 7 апреля 1928 г. он погиб. Ему были устроены государственные похороны с выступлениями многих видных деятелей. Постановлением Совнаркома 13 апреля 1928 г. Государственному научному институту переливанию крови было присвоено его имя. В 1925 – 1929 гг. вышло наиболее полное 3-е издание «Тектологии» в 3-х томах, многократно издавались его экономические работы.

В 1937 г. вышла книга «Борьба Ленина с богдановской ревизией марксизма» с призывом «развеять в прах» богдановские теории, как «орудие фашистской контрреволюции» и имя Богданова исчезло из названия института и было восстановлено лишь в 1990 г. Живые инсинации в адрес Богданова повторялись и спустя 60 лет в 1987 – 1988 гг., а при поверхностной опоре на односторонние источники до сих пор, вплоть до конспирологических.

Г. Д. Гловели, Н. К. Фигуровская — «Трагедия коллективизма» //А. А. Богданов «Вопросы социализма. Работы 1904 – 1920-х.» М., 1990.

А. А. Богданов «Тектология. Всеобщая организационная наука», М., 1989.

⁶ Владимир Александрович Базаров (Руднев) (1874 – 1937) — социал-демократ, философ, экономист, публицист, друг А. А. Богданова с гимназических лет. Окончил Тульскую классическую гимназию, физико-математический факультет Московского университета (1892 – 1895). С 1895 г. в социал-демократическом движении, с 1904 г. большевик, затем сблизился с меньшевиками. Развивал «философию действия», исходя из 11-го тезиса Маркса о Фейербахе, активный критики «пассивно-созерцательной метафизики» Канта, Владимира Соловьева, Н. Бердяева, «догматического» материализма Г. В. Плеханова и «самокопийного» материализма, т.е. теории отражения Ленина. Вместе с И. И. Скворцовым-Степановым перевел три тома «Капитала» К. Маркса («Манифест» перевел М. Бакунин). Автор этюдов о философии Э. Маха, Р. Авенариуса и А. Бергсона, оставался сторонником их идей. В 1917 г.— член редакций «Летописи», «Известий» Петроградского Совета и газеты «Новая жизнь», один из организаторов общества «Культура и свобода». Рассматривал Февральскую революцию как начало социалистической революции при условии «внутреннего перевоспитания пролетариата». Один из учредителей партии РСДРП-интернационалистов, член ее ЦК и докладчик на съездах в январе и мае 1918 г. В 1919–1921 гг.— член редакции меньшевистского журнала «Мысль» (Харьков). С 1922 г. заведовал отделом Госплана СССР, внес большой вклад в разработку методологии народнохозяйственного баланса. Был членом Комакадемии. В последние годы жизни занимался переводами философской и художественной литературы («Разговоры с Гёте» Й. П. Эккермана. М., 1934, и др.). Был арестован в 1930 и 1937 гг., в 1939 г. расстрелян.

⁷ Так, его понятие «эгрессии» — возрастание жесткости централизованной системы — в 1989 г. предлагалось как более ёмкое обозначение «административной системы». Это один из двух основных типов, другой — это «дегрессия» (лат., схождение вниз) — менее организованный, но пластичный. Основой тектологии является принцип гештальт-школы: «целое больше суммы своих частей». При этом, чем больше, тем выше его организация и наоборот.

Христиан Георгиевич Раковский (1873 – 1941)



Христиан Георгиевич Раковский — выдающийся деятель европейского революционного движения и первого украинского правительства, друг и соратник Льва Троцкого, дипломат, изначально дипломированный психиатр, выходец из богатой болгарской семьи, с 16 лет в болгарском, балканском и западно-европейском социал-демократическом движении. Был арестован в последнем классе гимназии за участие в студенческих беспорядках. Увлекся марксизмом, один из руководителей болгарского революционного движения, организатор и первый руководитель Балканской федерации социал-демократических партий (Болгарии, Румынии, Греции, Сербии). В 1918 г., как ее представитель, эмигрировал в Россию из Румынии, где проявил дипломатические способности, и принял участие в первом формальном собрании задуманного Троцким III Интернационала и возглавил Временное революционное правительство Украины. В июне

1919 г., когда согласно майскому приказу Троцкого, вопреки прежнему сотрудничеству штаб Махно заманили на переговоры и расстреляли, Махно именно Раковскому, как председателю Совнаркома Украины (1919 – 1923), последний раз телеграфировал: «Зарвавшиеся властители-комиссары ставят интересы партии выше интересов революции». В 1918 – 1927 гг. Раковский — член ЦК РКП(б). В 1927 г. исключен из партии. Спустя три дня после высылки Троцкого в Алма-Ату сослан в Астрахань, откуда на прояжении всего 1928 г. снабжал Троцкого иностранной прессой и писал ему «общирные и интересные письма»¹ — свидетельство разносторонней одаренности этого высоко культурного человека. Здесь он изучал Сен Симона и Анфантена, историка Олара, Маркса и Энгельса, а также художественную литературу: Диккенса в оригинале, Овидия, Сервантеса, «Конармию» Бабеля и мн.др. и писал мемуары о своих контактах с Плехановым, Р. Люксембург, Жоресом, Благоевым, Лениным и Троцким, матросами «Потемкина» и др., а также о социалистическом движении в Болгарии, Румынии, Западной Европе и своем руководстве правительством Советской Украины. «Кто хоть немного знает жизнь Раковского, легко представит себе, какой громадный интерес представляют его мемуары», — писал Троцкий (*«Моя жизнь»*, т. 2, с. 299). «Никогда, может быть, Раковский не жил более напряженной и плодотворной жизнью, чем в годы своей ссылки» (Троцкий *«Портреты революционеров»*, с. 344). Но рукопись была изъята органами НКВД, а затем, видимо, уничтожена, как «утратившая оперативную ценность», или затерялась в архивах ФСБ. Сохранились только фрагменты, печатавшиеся в прессе. «После Троцкого Раковский оказался наиболее активным и теоретически подготовленным и плодотворным критиком политической системы, которая сформировалась в СССР» (Юрий Фельтишинский, Георгий Чернявский. *«Лев Троцкий»* в 4 кн., книга 3, «Оппозиционер», 1923 – 1929. М., 2013). Только в 1934 г. Раковский отказался от прежней деятельности и был назначен в Наркомат здравоохранения РСФСР, с 1936 г. — СССР. В 1935 – 1936 гг. полпред в Великобритании и посол во Франции. В 1937 г. арестован, приговорен к 20 годам. С этого времени в Орловской тюрьме, где осенью 1941 г. был расстрелян.

¹ Письма и телеграммы Х. Г. Раковского Л. Д. Троцкому и членам его семьи (1928)/М. Г. Станчев, Г. И. Чернявский. *«Фарс на крови»*. Харьков: Око, 1997, с. 83 – 158. (В переписке участвовали их жены и сын Троцкого Лев Седов).

ИЗ КЛАССИЧЕСКОГО НАСЛЕДИЯ

Письмо¹ Александра Богданова — Анатолию Луначарскому²

19.XI (02.XII) 1917

Приводимое письмо А. Богданова, в отличие от знаменитых и легко доступных писем В. Г. Короленко к А. В. Луначарскому, является личным, частным, не предназначенным для публикации, хотя все, что в нем написано, им не скрывалось. В октябрьском перевороте он не принимал участия, только активно протестовал против вандализма — артобстрела Кремля и его храмов. Это письмо близкому другу, «меньшому брату», мужу своей сестры Анны, писательницы. Оно наиболее полно раскрывает высоко достойную личность этого человека, а пафос этого письма — основа нашего предмета.

«Дорогой Анатолий.

Письмо твое спокойно пролежало в Совете Р. Д. неделю, и только теперь доставлено мне «с оказией». Отвечаю немедленно. В июне—августе писал тебе, но, видимо, не дошло.

Я не стою, конечно, на позиции саботажа или бойкота. Не вижу ничего смешного в том часто нелепом, но почти всегда *вынужденном*, что у вас делается. Трагизм вашего положения не только вижу, но думаю, что вы-то видите его да-

леко не вполне, попробую даже выяснить его — по-своему.

Корень всему — война. Она породила два основных факта: 1) экономический и культурный упадок; 2) гигантское развитие *военного коммунизма*.

Военный коммунизм, развиваясь от фронта к тылу, временно перестроил общество: много-миллионная коммуна армии, паек солдатских семей, регулирование потребления; применительно к нему, нормировка сбыта, производства. Вся

¹ Письмо является ответом на предложение А. А. Богданову занять пост в Наркомате просвещения

² Анатолий Васильевич Луначарский (1875 – 1933) — выдающийся политический и государственный деятель, гуманная белая ворона на посту первого наркома просвещения советского правительства в течение 12 лет, писатель, драматург, блестящий музыкальный и литературный критик, публицист, оратор. Родился в Полтаве, стал марксистом еще в киевской гимназии, где его товарищи были А. Богданов, а позднее Г. Шпет (1979 – 1937). Поступив в Цюрихский университет, усвоил идеи Рихарда Авенариуса, опубликовал двухтомную работу «Религия и социализм». С 1895 года в революционной деятельности, в 1902 г. вместе с А. Богдановым, Н. Бердяевым и др. отбывал ссылку, с 1903 г. большевик, общался вместе с Богдановым с Лениным, был членом группы «Вперед». С 1917 г. нарком просвещения и в том же году подавал в отставку в знак протesta против бомбардировок Кремля, но она не была принята. Оставался верен идеям Авенариуса, богостроительства и пацифизма. Огромны его роль в привлечении интеллигенции на сторону большевиков и симпатий со стороны Ромена Ролана, Б. Брехта, Б. Шоу, Г. Уэлса и др., вклад в систему образования, издательскую деятельность, театр-, музыко- и литературоведческие труды и художественную деятельность. Спас московскую и питерскую консерватории в голодный 1918 год, добившись декрета об их включении в свой наркомат. С 1906 г. написал множество пьес, которые шли в зарубежных театрах, в частности, «Освобождённый Дон Кихот» (1923). Смещён в 1929 г., когда образовал в комиссариате просвещения РСФСР комиссию по переходу на латиницу, начиная с языков нацменьшинств. Фундаментальную необходимость этой идеи воспринял от Густава Шпета. С 1929 г. председатель Ученого комитета при ЦИК, академик, директор Института литературы и языка, директор ИРЛИ АН СССР, соредактор Литературной энциклопедии, зам.главы советской делегации на Конференции по разоружению при Лиге Наций. Назначен полпредом СССР в Испанию, но в декабре по пути туда скончался от сердечного приступа. Погребен в кремлевской стене.



система государственного капитализма есть не что иное, как ублудок капитализма и потребительного военного коммунизма, чего не понимают нынешние экономисты, не имеющие понятия об организационном анализе. Атмосфера военного коммунизма породила *максимализм*: ваш, практический, и «Новой Жизни», академический. Который лучше, не знаю. Ваш открыто противонаучен; тот псевдонаучен. Ваш лезет напролом, наступая, как Собакевич, на ноги марксизму, истории, логике, культуре; тот бесплодно мечтает о социал-революции в Европе, которая поможет и нам, — Манилов.

В России максимализм развился больше, чем в Европе, п. ч. капитализм у нас слабее, и влияние военного коммунизма, как организационной формы, соотносительно сильнее. Социалистической рабочей партией была раньше большевистская. Но революция под знаком военщины воз-

ложила на нее задачи, глубоко искажившие ее природу. Ей пришлось организовать псевдо-социалистические солдатские массы (крестьянство, оторвавшееся от производства и живущее на содержании государства в казарменных коммунах). Почему именно ей? Кажется, просто потому, что она была партией *мира*, идеала солдатских масс в данное время. Партия стала рабоче-солдатской. Но что это значит? Существует такой текстологический закон: если система состоит из частей высшей и низшей организованности, то ее отношение к среде определяется низшей организованностью. Например, прочность цепи определяется наиболее слабым звеном, скорость эскадры — наиболее тихоходным кораблем, и пр. Позиция партии, составленной из разнородных классовых отрядов, определяется ее отсталым крылом. Партия рабоче-солдатская есть *объективно* просто солдатская. И порази-

³ Богданов был женат на Наталье Богдановне Малиновской (урожд. Корсак, 1865 – 1945). Вторая семья — сын Богданова и Анфусы Ивановны Смирновой (1873 – 1914) Александр Малиновский (р. 1909) и воспитывавшая его после смерти матери Лидия Павловна Павлова (1881 – 1952).

⁴ II том «Текнологии» издан на средства автора в 1917 г. Том завершался разделом «Современные идеалы» (А. А. Богданов. Вопросы социализма. М., 1990, с. 283 – 294).

тельно, до какой степени преобразовался большевизм в этом смысле. Он усвоил всю логику казармы, все ее методы, всю ее специфическую культуру и ее идеал.

Логика казармы, в противоположность логике фабрики, характеризуется тем, что она понимает всякую задачу как вопрос ударной силы, а не как вопрос организационного опыта и труда. Разбить буржуазию — вот и социализм. Захватить власть — тогда все можем. Соглашения? это зачем? — делиться добычей? как бы не так; что? иначе нельзя? ну, ладно, поделимся... А, стой! мы опять сильнее! не надо... и т.д.

С соответственной точки зрения решаются все программные и тактические вопросы. Голосование 18-летних: они дети! Жизнь сложна, дайте им подразобраться... вздор! винтовку держать могут; а главное — они за нас; чего толковать. Выборы строевого начальства — агитаторов в стратегии и в организаторы сложнейшего ротного, и полкового хозяйства. Сознательный рабочий вряд ли требовал бы выборности инженеров..

Вот маленький, но наглядный пример. Если бы я хотел принять твое предложение — я не мог бы этого сделать по материальным причинам. Время и силы надо отдать целиком; а жалованье — «не выше обученного рабочего». Как бы это я смог содержать две семьи³, да издавать на свой счет вторую часть «Тектологии», которую печатаю сам⁴, потому что никакой издаватель не возьмет такого коммерчески нелепого, но идеально, как я полагаю, необходимого дела. Уж конечно, рабочий-социалист не потребует, чтобы инженерам плата была не выше, чем ему: интересы дела. А казарма этого вопроса не ставит — ибо дела производительного нет; она знает только паек. Разве Ленин и Троцкий не читали Маркса, не знают, что стоимость рабочей силы определя-

ется нормальным уровнем потребностей, связанных с выполнением данной функции. Конечно, знают, но они сознательно рвут с логикой социализма для логики военного коммунизма... А впрочем, может быть, и несознательно.

Кстати, как бы ты содержал себя здесь и семью в Швейцарии на этом пайке, если бы не случайное наследство. Прирабатывал бы литературой. Много бы выиграли дела революционного министерства..

А культура... Ваши отношения ко всем другим социалистам: вы все время только рвали мосты между ними и собой, делали невозможными всякие разговоры и соглашения; ваш политический стиль пропитался казарменной трехэтажностью, ваши редакции помещают стихи о выдавливании кишок у буржуазии⁵..

Ваши товарищеские отношения... на другой день после того как ты закричал «не могу!»⁶; один из твоих ближайших товарищей, Емельян Ярославский, печатает в «Социал Дем.» статью об «истерических интеллигентах, которые жалеют камни и не жалеют людей», которые «верещат «не могу!», ломая холеные барские... руки», и пр. (цитирую приблизительно, но стиль не искажаю). Таково товарищеское уважение. Это пролетарий? Нет, это грубый солдат, который целуется с товарищем по казарме, пока пьют вместе денатурат, а чуть несогласие — матерщина и штык в живот. Я в такой атмосфере жить и работать не мог бы. Для меня товарищеские отношения — это принцип новой культуры. Чтобы не нарушить их по отношению к далеким кавказским дикарям, раз вошедшим на товарищеских правах в мою революционную жизнь, я порвал почти со всеми мне близкими, с группой «Вперед» — ты помнишь. И я не так-то легко меняю свою природу. Тут нет ничьей вины: все это было неизбежно. Ваша безудержная демагогия — не-

⁵ Ibid, c. 441: «Боевое товарищество привело к тому, что солдатская струя влилась в рабочие газеты и даже окрасила сознание менее устойчивых пролетарских поэтов. Отсюда часто в воинственно-революционные мотивы проникала специфически солдатская окраска... прямые эксцессы, вроде злорадного издевательства над побежденными врагами, восхваления самосудов, вплоть до садистических восторгов на тему о выдавливании кишок из буржуев, — было, к сожалению, даже это. Разумеется, такие вещи не имеют ничего общего с идеологией рабочего класса. То зверское, что вызывает эта борьба в человеческой душе, может, конечно, временно овладевать психикой борцов, но чуждо и враждебно пролетарской культуре, которая допускают только вынужденную суворость. Дух истинной силы есть благородство, а трудовой коллектив есть истинная сила. Он должен стать новой аристократией культуры — последней в истории человечества, первой вполне достойной этого имени».

⁶ 3 (16) ноября 1917 г. газ. «Новая жизнь» под заголовком «Отставка А. В. Луначарского» опубликовала заявление А. В. Луначарского в Совнарком. Луначарский писал, что услышал от очевидцев о бомбардировке Кремля, в котором собраны все главнейшие художественные сокровища Москвы и Петрограда, и разрушении собора Василия Блаженного и Успенского собора. Признавая свое бессилие перед ужасом борьбы, ожесточившейся до звериной злобы, Луначарский писал, что не может этого вынести и заявлял о своем выходе из состава Совнаркома. 7 (20) ноября орган МК РСДРП (б)

обходимое приспособление к задаче собирания солдатских масс; ваше культурное принижение — необходимый результат этого общения с солдатчиной при культурной слабости пролетариата. Черные годы реакции огрубили его, затемнили его сознание; еще два года назад рабочие Москвы — Москвы, и даже Пресни! — приняли искреннее участие в черносотенном немецком погроме⁷... И в экономическое положение рабочих въелась фальшивь, искажение: и они на $\frac{3}{4}$ на содержании у государства, все их прибавки идут из казначейства, чего не станет отрицать ни один экономист.

А идеал социализма? ясно, что тот, кто считает солдатское восстание началом его реализации, тот с рабочим социализмом объективно попрал, тот ошибочно считает себя социалистом — он идет по пути военно-потребительского коммунизма, принимает карикатуру упадочного кризиса за идеал жизни и красоты. — Он может выполнить объективно-необходимую задачу, как нынешний большевизм; но в то же время он обречен на крушение, политическое и идейное. Он отдал свою веру солдатским штыкам, — и недалек день, когда эти же штыки растерзают его веру, если не его тело. Здесь действительно трагизм.

Я ничего не имею против того, что эту сдачу социализма солдатчине выполняют грубый шахматист Ленин, самовлюбленный актер Троцкий. Мне грустно, что в это дело ввязался ты, во-первых, потому что для тебя разочарование будет много хуже, чем для тех; во-вторых, потому что ты мог бы делать другое, не менее необходимое, но более прочное, хотя в данный момент менее заметное дело, — делать его, не изменяя себе. Я же останусь при этом другом деле, как ни утомительно одиночество зрячего среди слепых.

«Социал-демократ» поместил статью военного комиссара Кремля Ем. Ярославского «Жалеете камни, а не жалеете людей». В жесткой форме упрекая Луначарского в том, что он не потрудился выяснить истинные обстоятельства вынужденного артобстрела Кремля, в котором засели юнкера, Ярославский писал: «Мы знаем цену таким людям: они покидают нас каждый раз, когда особенно нужны силы... Они революцию хотели бы видеть разодетой в светлые ризы, в перчатках хотели бы совершить ее, не запачкав свои холеные руки». Ответом на заявление Луначарского стало и стихотворение В. Кириллова «Мы» (см. наст. изд, с.449): «Во имя нашего Завтра — сожжем Рафаэля, / Разрушим музеи, растопчем цветы»... Наше жестокое, грубое время — эпоха мирового милитаризма в действии — подсказывает художникам часто жестокие и грубые символы... Это — символ в духе солдата, а не рабочего. Солдат может и должен бомбардировать Реймский собор, если там находится или предполагается неприятельский наблюдательный пункт, но что заставляет поэта выбрать этот гинденбурговский образ? Поэт мог бы только сожалеть о столь жестокой необходимости, но не воспевать ее».

⁷ 27 – 28 мая 1915 г. под воздействием слухов о «немецких и австрийских шпионах» в Москве произошел крупный погром. Расследование, проведенное по экстренному постановлению городской думы, выяснило, что во время погрома «пострадало в пределах городской черты 475 торгово-промышленных предприятий и 217 квартир и домов, размер убытков... 38½ млн. рублей, в числе пострадавших было 113 германских и австрийских подданных, 489 русских с иностранными фамилиями и 90 лиц с чисто русскими фамилиями» («Журнал Московской городской думы», 1915. № 13, Стлб. 11).

Социалистической революции в Европе теперь не будет — не на том уровне культуры и организованности стоит ее рабочий класс; возраст его ясно засвидетельствован историей войны. Там будет ряд революций характера ликвидационного, уничтожающих наследство войны: авторитарность (олигархию, диктатуру властей), заинтересованность (следовательно, гипертрофию рентерства). остатки национального угнетения, вновь созданную войною и фиксированную государством капитализмом обосленность нации и пр. — работы много.

В России же солдатско-коммунистическая революция есть нечто, скорее противоположное социалистической, чем ее приближающее. Демагогически-военная диктатура принципиально неустойчива; «сидеть на штыках» нельзя. Рабоче-солдатская партия должна распасться, едва ли мирно. Тогда новой рабочей партии — или тому, что от нее оставят солдатские пули и штыки, потребуется своя идеология, свои идеологии (прежние, если и уцелеют, не будут годиться, пройдя школу демагогии — диктатуры). Для этого будущего я и работаю.

Надо, чтобы пролетарская культура перестала быть вопросом, о котором рассуждают словом, в котором нет ясного содержания. Надо выяснить ее принципы, установить ее критерии, оформить ее логику, чтобы всегда можно было решить: вот это — она, а это нет.

Такова моя задача, ее я не брошу до конца.

Я послал тебе брошюры, надеюсь, ты получил (через «Жизнь»). Пошли и II ч. «Тектологии» и «Вопросы социализма», которые еще не напечатали вот уже 3 месяца. Был бы рад, если бы ты вернулся к рабочему социализму. Боюсь, случай упущен. Положение часто сильнее логики».

Привет, твой Александр.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ

Континуальный подход в диагностике и систематике психических расстройств

В. И. Крылов (Санкт-Петербург)

В клинической психиатрии понятие континуума используется при рассмотрении различных групп психических расстройств. Построение континуума может основываться на феноменологическом и психопатологическом принципах. В первом случае компонентами континуума являются психические феномены без последующей их психопатологической квалификации. В основу психопатологического континуума могут быть положены такие признаки как степень выраженности, устойчивости и обратимости, прогностического значения симптоматики. Использование континуального подхода в клинической психиатрии позволяет получить новые данные о психопатологических особенностях и патогенетических механизмах психических расстройств, выработке дифференцированной терапевтической тактики.

Ключевые слова: общая психопатология, феноменологический континуум, психопатологический континуум.

Континуум (лат. *continuum* — непрерывное, сплошное) — совокупность однородных и взаимосвязанных элементов, обладающих общими сущностными признаками и расположенными в определенной последовательности. Понятие континуум обозначает несколько различных, но тесно связанных друг с другом категорий.

Континуальный принцип и подход широко используется в философии, математике, естественных науках, психологии, медицине. В клинической психиатрии понятие континуума используется при рассмотрении различных групп психических расстройств.

Преемственность и непрерывность — два основных признака, характеризующих континуум. Проявлением непрерывности континуума является возможность взаимной трансформации составляющих его элементов за счет видоизменения их факультативных признаков.

Парадоксальность ситуации заключается в том, что при формальном рассмотрении понятия континуальности и дискретности являются антонимами, то есть взаимоисключающими понятиями. В то же время в понятии континуум реализуется диалектика полярных категорий — общего и частного, прерывного и непрерывного, делимого и неделимого. Противопоставление синcretности (непрерывности) и дискретности (прерывистости) является в известной степени

условным. Синcretность (греч. *syn-* — вместе, *creso-* — увеличение) — понятие, отражающее единение, связывание разнородных понятий в единую совокупность без их объединения в единое целое. Дискретность (лат. *discretus* — индивидуальный, отличный, своеобразный) — понятие, которое используется для характеристики объектов, которые могут быть разделены на отдельные составляющие. Категории непрерывности и прерывистости являются взаимодополняющими. Категория общего находит отражение в едином для всех элементов сущностном признаком. Категория частного реализуется в многообразии, вариативности элементов континуума

В основу континуума могут быть положены различные принципы — феноменологический, психопатологический (симптоматический), категориальный или нозологический. Основа любого континуума — то или иное сходство его составляющих компонентов. Обязательный признак континуума — наличие общего сущностного признака у его элементов. Составляющие континуума располагаются в определенной последовательности с учетом выраженности и особенностей сущностного признака и его диагностического значения. В частности, в основу континуума могут быть положены такие признаки как степень выраженности и тяжести нарушений, устойчивость или обратимость, прогностическая

значимость симптоматики. Наиболее часто в основе континуального ряда лежит степень выраженности нарушений.

Компонентами феноменологического континуума являются психические феномены без последующей их психопатологической квалификации. Примером подобного подхода является перечень понятий, выражаютих нарастание аффекта гнева. Континуум гневного аффекта представляет собой группу психических и поведенческих феноменов, наиболее ярким проявлением которых является аффект гнева. Гнев — базисная стеническая эмоция, вызванная препятствием на пути удовлетворения крайне важной потребности [3].

В толковых словарях русского языка в качестве синонимов к термину гнев рассматриваются следующие понятия — **раздражение, возмущение, недовольство, негодование, ярость**. Общим сущностным признаком расстройств гневного ряда является переживание неудовлетворенности окружающим.

На одном из полюсов континуума располагаются субъективные переживания раздражения, недовольства, возмущения. Раздражительность — это несоответствие характера ответной реакции силе и значимости раздражителя, выражающееся в прямой и косвенной агрессии. Главный признак повышенной раздражительности — утрата избирательного реагирования, недифференцированный характер реагирования на внешние стимулы. Недовольство и раздражение окружающими находит отражение в вербальной агрессии в форме замечаний, нотаций, нравоучений.

Использование терминов «неприязнь», «ненависть» указывает на направленность эмоциональных переживаний на тот или иной объект. Крайнюю степень возмущения и недовольства отражает термин «негодование». Употребление термина «злость» предполагает возмущение и негодование с желанием нанести моральный либо физический вред конкретному субъекту.

Понятия «досада», «обида», «зависть» являются производными от основной базисной эмоции гнева. Понятие «досада» отражает, наряду с неприятием сложившегося положения дел, сожаление по поводу упущеных, нереализованных возможностей. Переживание обиды наряду с неприятием существующей ситуации включает чувство жалости по отношению к самому себе. Наконец, зависть — это переживание чувства досады, сожаления, вызванное успехами и достижениями другого человека.

Противоположный полюс континуума представлен эмоциями гнева и ярости. Аффект гнева представляет собой крайнюю степень недовольства и неприязни с озлобленностью и враждебностью по отношению к конкретному объекту. Гнев — это относительно кратковременное, быстро возникающее и быстро заканчивающееся состояние «бурного аффекта», сопровождающееся двигательным возбуждением и агрессией с возможной утратой контроля над поведением. По мере нарастания интенсивности аффекта гнев может трансформироваться в ярость с полной утратой контроля над поведением, развитием измененного состояния сознания.

Феноменологический континуум переживаний негативных эмоций сниженного настроения включает чувства **грусти, разочарования, уныния, печали, вины, скорби, отчаяния**. Феноменологический континуум положительно окрашенных позитивных эмоций включает чувства умиротворенности, радости, ликования, восторга, блаженства.

Компонентами психопатологического симптоматического континуума являются определенные психопатологические симптомы, объединенные общим сущностным признаком, но различающиеся по степени выраженности и диагностической значимости.

Психопатологические континуумы могут основываться на синкретном (непрерывном) либо дискретном (прерывистом) принципе. Психопатологические ряды симптомов невротического уровня базируются на количественных различиях между его компонентами (синкретный принцип). Психопатологические континуумы, включающие симптоматику невротического и психотического уровня, могут основываться только на сочетании синкретного и дискретного подходов. Переход количества в качество может происходить скачкообразно либо постепенно через последовательность связанных элементов. Нарастание количественных различий приводит к возникновению новых качественных характеристик. Таким образом, количество переходит в качество, синкретность сменяется дискретностью. Синкретно-дискретный принцип построения континуума обеспечивает выделение узловых точек или зон, позволяет разграничить норму и патологию, состояния с невротическим и психотическим уровнем нарушения психической деятельности.

Игнорирование данного положения может иметь следствием недопустимое смешение понятий, имеющих различную клиническую сущность. Примером подобного методологического

просчета является положение о континууме инсайта при обсессивно-компульсивном расстройстве, зафиксированное в DSM-V. Следствием этого является невозможность разграничения таких различных по значению нарушений как навязчивые и бредовые идеи.

Симптоматические континуумы

Континуум дефицитарной эмоциональной симптоматики. Примером терминологического **симптоматического континуума**, построенного на основе прогностического значения симптоматики, может являться перечень признаков, отражающих различную степень эмоциональной дефицитарности при расстройствах шизофренического спектра. Использование близких, но не идентичных по значению терминов позволяет сравнить понятия друг с другом, увидеть их различия, определить область возможного применения. Понятия, отражающие наличие эмоциональной дефицитарности могут быть расположены в следующей последовательности: **сужение эмоционального резонанса — эмоциональная слаженность — эмоциональная нивелировка — эмоциональная монотонность — эмоциональное обеднение — эмоциональное уплощение — эмоциональная холодность — эмоциональное притупление — эмоциональная тупость.**

Континуум патологических телесных сенсаций или сенсопатический континуум (сенестоалгии — эссенциальные сенестопатии — коэннесезии и сенестезии — висцеральные галлюцинации — сенестопатический автоматизм). Сенсопатии (*sensus* — ощущение, *pathos* — страдание) — группа симптомов, выражющихся в тягостных телесных ощущениях при отсутствии органических изменений в органах и тканях.

В качестве близких, но не полностью идентичных понятий, имеющих отношение к нарушению телесной перцепции, относят следующие термины — сенестопатии [9], телесные сенсации [13], кайнестопатии [1], ценестезии [10]. Общий сущностный признак различных вариантов сенсопатий — центральное происхождение, их обусловленность нарушением психической деятельности. Патологические телесные ощущения не имеют прямой причинно-следственной связи с патологией внутренних органов.

Общими психопатологическими признаками симптомов, составляющих континуум, являются недостаточная определенность модальности переживаний, трудности вербализации и необыч-

ное описание ощущений, отсутствие или парадоксальная связь ощущений с функциональными нагрузками. Синкретно-дискретный принцип построения континуума позволяет выделить несколько групп симптомов с учетом уровня поражения психической деятельности и нозологической принадлежности нарушений.

Один из крайних полюсов континуума — элементарные сенестопатии или сенестоалгии. Основная модальность телесных ощущений в этом случае сохранена. Однако в отличие от боли дискомфортные ощущения приобретают необычные оттенки: «жгучие боли», «ноющие боли», «тянущие боли». В связи с этим больные прибегают при описании своих переживаний к аналогиям, образным сравнениям, метафорам.

Для эссенциальных или истинных сенестопатий характерно изменение модальности переживания, наличие всего набора облигатных признаков. Больные подчеркивают качественное отличие патологических сенсаций, от имевших место в прошлом болезненных ощущений. Важным признаком истинных сенестопатий является «чужеродность чувственного восприятия телесного «я».

На противоположном полюсе континуума телесных сенсаций находятся коэнстедии и сенестезии — сенсорно малодифференцированные, с трудом поддающиеся описанию взаимосвязанные нарушения сенсорной и моторной сферы. На первый план в жалобах больных выступают телесные ощущения, связанные с движением, перемещение в пространстве. Коэнстезии (сообщность, *anesthesia* — ощущение) — нарушение общего телесного чувства с переживанием неопределенного телесного дискомфорта. Сенестезии (*se* — отделение, *anesthesia* — ощущение) — нарушение моторной и сенсорной сферы, имеющее в своей основе нарушения интероцептивных и проприоцептивных ощущений.

Коэнстезии и сенестезии рассматриваются в качестве так называемых базисных симптомов шизофрении. В их основе лежит «первичное субъективное переживание больных, непосредственно связанное с патологическим мозговым процессом» [10]. Базисные симптомы, имеющие переходный «невролого-психопатологический характер» противопоставляются вторичным симптомам, представляющим собой «реакцию личности на переживание базисных симптомов» [10].

Синкретно-дискретный принцип построения континуума позволяет выделить группы симптомов с учетом уровня нарушений психической деятельности и нозологической принадлежности

нарушений. Элементарные сенестопатии отражают невротический уровень нарушения психической деятельности, в равной мере характерны для психогенных, эндогенных, экзогенно-органических психических расстройств.

Видоизменение и усложнение психопатологической структуры телесных сенсаций соответствует увеличению значения эндогенного и органического факторов в развитии нарушений. Эссенциальные сенестопатии, коэнстезии и сенестезии представляют собой нарушения субпсихотического и психотического уровня, предпочтительные для группы эндогенных и экзогенно-органических психических расстройств.

Наконец, висцеральные галлюцинации и сенестопатические автоматизмы являются симптомами, однозначно свидетельствующими о нарушениях психической деятельности психотического уровня. Висцеральные или эндоскопические галлюцинации в отличие от сенестопатий обладают качеством завершенной предметности с локализацией образов внутри телесного «я». Присоединение чувства внешнего воздействия с переживанием «сделанности» телесных ощущений свидетельствует о трансформации элементарных и эссенциальных сенестопатий в сенестопатический автоматизм.

Континуум визуализированных представлений (мнестический эйдемизм — визуализированные представления — галлюцинации воображения). Представления — образы предметов или явлений, возникающие на основе прошлого опыта путем воспроизведения их в памяти или воображения. Представления возникают при отсутствии относящихся к ним объектов. В связи с этим образы представлений менее ярки и менее детальны в сравнении с образами восприятия. Особую роль в развитии визуализированных представлений играет воображение. Представления появляются в сознании благодаря произвольному либо непроизвольному воображению.

На одном из полюсов континуума находятся различные варианты эйдемизма. Под мнестическим эйдемизмом («воспоминанием чувственного образа») понимают способность к точному и детальному воспроизведению образов предметов и явлений после прекращения их непосредственного восприятия. Феномен эйдемизма, нередко наблюдаемый у лиц без психических нарушений, связывается с индивидуальными особенностями зрительной памяти, преобладанием первой сигнальной системы.

Центральное положение в континууме занимают визуализированные представления, на-

блюдаемые при различных вариантах психогенных расстройств. Визуализированные представления могут наблюдаться в структуре различных психопатологических синдромов невротического уровня — навязчивого, депрессивного, ипохондрического.

Содержание представлений основывается на воспоминаниях о реальных событиях с направленностью переживаний из прошлого в настоящее (феномен флэшбэк) либо отражают возможное нежелательное для больного развитие событий с направленностью вектора из настоящего в будущее (феномен флэшфорвард). Общими признаками констатирующих и предвосхищающих визуализированных представлений являются непроизвольность возникновения и крайняя степень аффективной насыщенности.

На противоположном полюсе континуума находятся галлюцинации воображения. Галлюцинации воображения отражают содержание эмоционально насыщенных сверхценных или бредовых идей. Содержание галлюцинаторных образов определяется кататимной интерпретацией психотравмирующей ситуации. В содержании образов находит отражение не реально имеющая место жизненная ситуация, а желательное для больного развитие событий. Обманы восприятия имеют вторичный по отношению к кататимным идеям характер, являясь дополнительным подтверждением истинности патологических идей.

Абортивные варианты галлюцинаций воображения имеют проекцию в субъективное, представляемое пространство. Галлюцинаторные образы не связаны с внешними объектами, автономны по отношению к ним. По мере сенсириализации болезненных переживаний и отчуждения образов от «я» больного галлюцинации воображения могут приобретать внешнюю проекцию.

Галлюцинации воображения во многом определяют специфическую окраску различных вариантов психогенных расстройств. При посттравматическом стрессовом расстройстве в характере обманов восприятия находят отражение травмирующие переживания — сцены стихийных бедствий, катастроф, физического и морального насилия. Болезненные нарушения заслоняют реальную действительность.

При реактивных психозах, вызванных утратой объекта привязанности, появление галлюцинаций позволяет больному «сохранить видимость прошлой жизни», «реализовать надежду на встречу с прошлым». Больной утрачивает

«возможность отчетливо отличать фантазии от действительности» [2].

Галлюцинации воображения при психогенных расстройствах рассматриваются как одно из проявлений диссоциативной симптоматики. Диссоциация сознания возникает вследствие «нарушения связи между отдельными компонентами психической деятельности».

Отдельные галлюцинации воображения зрительной и слуховой модальности могут являться компонентом паранойального синдрома. В структуре синдрома галлюцинации рассматриваются в качестве вторичного психопатологического симптома по отношению к сверхценным либо бредовым идеям.

Деперсонализационный континуум или континуум нарушений самосознания (деперсонализация измененности — утраты — отчуждения, расщепления). Континуум нарушений самосознания объединяет различные клинические варианты аутопсихической, соматопсихической и аллопсихической деперсонализации. Нарастание тяжести нарушений самосознания происходит в определенной последовательности: от деперсонализации измененности к деперсонализации утраты и далее к деперсонализации отчуждения и деперсонализации расщепления.

Изолированное рассмотрение феноменологии нарушений самосознания не позволяет оценить тяжесть и нозологическую принадлежность психического расстройства. Оценка тяжести деперсонализации требует не только феноменологической квалификации нарушений, но учета целого ряда других факторов — наличие или отсутствие провоцирующего фактора, устойчивости и длительности нарушений, особенностей ассоциированной психопатологической симптоматики.

Парамнестический континуум или континуум качественных нарушений памяти (кататимные парамнезии — псевдореминисценции — фантастические конфабуляции — экмнезии). Общим сущностным признаком элементов парамнестического континуума является наличие искаженных или ошибочных воспоминаний о событиях прошлого. При парамнезиях наблюдается смешение прошлого и настоящего, реального и воображаемого. Нарушение хронологической последовательности событий игнорируется, больные убеждены в достоверности воспоминаний.

Кататимные парамнезии связаны с парциальной избирательной гипермнезией, ограниченной зоной болезненных переживаний. Аф-

фективно окрашенные переживания определяют искаженный характер воспоминаний, имеющих отношение к фабуле сверхценных идей. Возникновение искаженных воспоминаний происходит за счет «искажения временной перспективы» отдельных деталей, происходивших событий. Кататимные парамнезии наблюдаются в структуре паранойального синдрома сверхценного характера.

Псевдореминисценции или замещающие конфабуляции («иллюзии памяти») — ложные воспоминания о действительно происходивших событиях со смещением их по оси времени, из прошлого в настоящее. По содержанию воспоминания имеют обыденный правдоподобный характер.

Фантастические конфабуляции («галлюцинации памяти») — воспоминания с «добавлением вымышленных фактов». При углублении нарушений памяти воспоминания обыденного характера сменяются воспоминаниями фантастического характера. Изменчивость деталей ложных воспоминаний определяется активностью репродуктивного воображения. Развитие конфабуляций фантастического содержания в структуре синдрома деменции является следствием выраженного снижения интеллекта и ослабления критических способностей с непониманием того, что описываемые события не могли происходить в действительности.

При экмнестической парамнезии полностью стирается грань между прошлым и настоящим. Любые события прошлого переживаются как происходящие в данный момент, в данном месте. Симптомы экмнезии наблюдаются в структуре синдромов тотальной деменции, наиболее часто вызванных атрофическим корковым процессом.

Континуум симптомов болезненного повышенного настроения (благодушие — эйфория — гипертимия — мория — экстаз) Общим сущностным признаком элементов данного континуума является необоснованно поднятое, повышенное настроение. Под благодушием понимают «настроение всепрощения», с беспечным довольством, игнорированием возможных и реально существующих угроз. Термин благодушие может рассматриваться в качестве антонима к термину ангедония. При ангедонии утрачивается способность к переживанию положительно окрашенных эмоций, радости, тогда как при благодушии, напротив, отсутствуют негативные, отрицательно окрашенные эмоции.

Гипертимия — «лучезарное», болезненно приподнятое настроение, сопровождающееся пе-

реживанием радости и счастья. Повышенное настроение сохраняется вне зависимости и даже вопреки происходящим событиям. Любые неприятности не способны огорчить человека.

Существуют два различных подхода к толкованию термина **эйфория**. Согласно первому подходу, термины эйфория и гипертиmia рассматриваются в качестве синонимов. Согласно второму подходу, традиционному для отечественной психиатрии, термины эйфория и гипертиmia разграничиваются и противопоставляются. Эйфория представляет собой астеническую положительную эмоцию, состояние пассивного довольства. Следствием этого является созерцательная позиция больного, стремление к деятельности отсутствует, не наблюдается ускорение темпа мышления и двигательного возбуждения. В связи с этим использование термина эйфория при квалификации психического состояния больных с солнечной или веселой манией представляется мало обоснованным.

Мория («глупая веселость») — особый вариант эйфории, характеризующийся болезненно повышенным настроением с дурашливым поведением, кривлянием, паясничанием. В отличие от эйфории, больные более активны, деятельны, неуправляемы. Веселье больных лишено экспрессивного оттенка, не «заражает», а скорее шокирует и тревожит окружающих, вызывает чувство и жалость.

Аффективные нарушения при экстатических состояниях отличаются вариативностью [4, 5]. В одних случаях это относительно кратковременное состояние интенсивного восторга, вдохновения, «наивысшего восторга и счастья». В других случаях экстатические состояния сопровождаются переживанием «ярости, унижения, отчаяния». Внешние раздражители больными практически полностью игнорируются. Ассоциированная психопатологическая симптоматика при состояниях экстаза представлена растерянностью, де-персонализацией, слуховыми и зрительными обманами восприятия, сумеречным либо онейроидным помрачением сознания.

Последовательность расположения компонентов континуума отражает нарастание тяжести состояния больных. Благодущие и эйфория могут наблюдаться при состояниях как невротического, так и психотического уровня экзогенной и экзогенно органической природы. При этом степень выраженности интеллектуально-мnestических нарушений, сопровождающих состояния измененного настроения, нарастает при трансформации благодущия в эйфорию. Гипертиmia характерна для расстройств аффективно-

го регистра невротического и психотического уровня. Симптом мории наблюдается при наличии выраженных признаков эмоционально-волового снижения, наиболее часто являясь компонентом гебефренического синдрома. Наконец, наличие экстатического эффекта, как правило, является свидетельством более глубокого нарушения психической деятельности с помрачением сознания при шизофрении, шизоаффективном расстройстве, эпилептических психозах.

Континуум симптомов болезненно сниженного настроения. (дистимия — ангедония — гипотимия — витальная гипотимия) «Сужение спектра эмоционального реагирования» с доминированием отрицательно окрашенных негативных эмоций — общее сущностное свойство компонентов континуума.

Симптомы дистимии и ангедонии являются основными компонентами депрессивных состояний невротического уровня вне зависимости от нозологической принадлежности нарушений. Традиционное для отечественной психиатрии толкование понятий предполагает обозначение термином дистимии состояний с преобладанием устойчиво сниженного безрадостного, раздражительного настроения, не сопровождающегося выраженным моторным и идеаторным торможением. Характерной является реактивность настроения, то есть зависимость настроения от внешних ситуационных факторов. Проявления нарушений в идеаторной и моторной сфере имеют преимущественно субъективный характер. Больные испытывают затруднения при подборе слов, формулировке своих суждений. Объективно выявляемого замедления темпа речи не отмечается. Проявлением нарушений в моторной сфере является субъективное переживание «неловкости» движений, нарушение тонкой моторики.

Симптомы дистимии и ангедонии в структуре депрессивного синдрома темно взаимосвязаны. С одной стороны, устойчивое снижение настроения препятствует возникновению положительных эмоций, переживанию радости, удовольствия. С другой стороны, потеря способности к получению удовольствия имеет следствием поддержание устойчиво сниженного настроения.

Гипотимия — болезненно сниженное настроение с доминированием тоскливого, тоскливо-тревожного либо апатического эффекта. При депрессиях психотического уровня с преобладанием определенного гипотимного эффекта происходит потеря зависимости настроения от внешних ситуационных факторов. В процессе беседы не удается отвлечь больного от пессими-

стически окрашенных переживаний. Больные не реагируют на выражение сочувствия, похвалу в их адрес.

Снижение настроения сопровождается обеднением речевой продукции, ответами после длительных пауз, переживанием отсутствия мыслей. Следствием моторного торможения является «застывшая мимика», замедление и ограничение амплитуды произвольных движений.

Крайний полюс континуума симптомов сниженного настроения — витальная гипотимия. Витализация гипотимного аффекта указывает на утяжеление состояния, психотический уровень дезорганизации психической деятельности. При синдромальной квалификации состояния речь идет о формировании синдрома тотального аффективного угнетения [5]. Происходит «изменение актуального поля переживаний». Гипотимный аффект приобретает крайнюю степень чувственной насыщенности. В основе протопатических витальных нарушений лежит «первичное нарушение общего чувства». Следствием доминирования протопатической чувствительности является появление гетерономных телесных сенсаций, тесно спаянных с аффектом. В результате этого аффект приобретает особое качество, «несопоставимое с прежним эмоциональным опытом».

Категориальные континуумы

На категориальном принципе построены концепции расстройств аффективного и шизофренического спектра. Спектральный подход к систематике, основанный на континуальном принципе, предполагает объединение сходных в клиническом и патогенетическом отношении расстройств в единую группу. Под спектром понимают «континуум феноменов от нормы до патологии», имеющих сходство клинических проявлений и отдельные общие звенья патогенеза.

Концепция расстройств аффективного спектра основывается на гипотезе о единой патогенетической сущности состояний с преобладанием в клинической картине депрессивных и маниакальных нарушений [7, 8, 14]. В соответствии с данной концепцией различные варианты аффективных состояний и реакций представляют собой различные этапы единого аффективного расстройства.

Одним из крайних полюсов континуума, основанного на соотношении психогенного и эндогенного факторов в генезе болезни, являются

психогенные депрессии и мании. На другом крайнем полюсе континуума располагается рекуррентное депрессивное и биполярное аффективное расстройство. К особым вариантам расстройств аффективного спектра могут быть отнесены состояния с различным удельным весом психогенного и эндогенного факторов, в частности депрессия истощения [9], депрессия фона и почвы [4], эндореактивная дистимия [10]. Промежуточное, переходное положение в континууме также занимает диагностическая категория дистимии — депрессия невротического уровня с затяжным хроническим течением.

Расстройства аффективного спектра характеризуются возможностью взаимной трансформации. Возникновение маниакального состояния у больного с перенесенными ранее несколькими депрессивными состояниями свидетельствует о необходимости изменения диагноза, трансформации рекуррентного депрессивного расстройства в биполярное аффективное расстройство.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аствацатуров М. И. Краткий учебник нервных болезней: краткий курс лекций. — М., 2022. — 361 с.
2. Ганнушкин П. Б. Клиника психопатий. Их статистика, динамика, систематика. — М., 1933. — 143 с.
3. Изард К. Э. Психология эмоций. — СПб., 2000. — 469 с.
4. Савенко Ю. С. Введение в психиатрию. Критическая психопатология. — М., 213. — 448 с.
5. Савенко Ю. С. Классификация депрессивных и тревожных синдромов // Независимый психиатрический журнал. — 2022. — 2. — С. 12 – 20.
6. Шнайдер К. Клиническая психопатология. — Киев, 1999. — 376 с.
7. Angst J. The bipolar spectrum. — Br. J. Psychiatry. — 2007. — 3. — 189 – 191.
8. Akiskal H. Classification diagnosis and boundaries of bipolar disorders. — Bipolar Disorders. — 2002. — P. 37 – 62.
9. Dupre E., Camus P. Les senestopathus. — Encephal 1907. — 1. — p. 616 — 632.
10. Huber G., Cross G. EIRE destriptu — phenomenologische untersuchang schizophrenen. — Stuttgart, 1977. — 181 sec.
11. Kielholts P. Diagnosis und Therapie der Depression fur der Praktiker. — Munchen, 1971. — 146 S.
12. Weibrech H. Depression und manisch endogen Psychosen. — Psychiatr der Gegenvat. — Berlin, 1989. — S. 93 – 140.
13. Wernicke G. Grudriss der Psychiatr in klinische. Leipzig, 1906. — 556 sec.
14. Winocur G. The types of affective disorders. — J. Nerv. Ment. Dis. — 1973. — 2. — S. 82 – 96.

Основные единицы психопатологического анализа (симптом, симптомокомплекс, синдром)

В. И. Крылов (Санкт-Петербург)

В работе рассматриваются базисные понятия общей психопатологии — синдром, симптомокомплекс, синдром. Обсуждаются синергические и антагонистические взаимоотношения симптомов в структуре синдрома. Обосновывается необходимость разграничения понятий симптомокомплекс и синдром.

Ключевые слова: симптом, симптомокомплекс, синдром.

Симптом представляет собой терминологическое обозначение патологического признака, одного из проявлений болезни. В клинической психиатрии симптом является квалифицирующей оценкой выявленных и представленных описательно нарушений психической деятельности.

Симптом является стандартизированной, единообразно понимаемой индуктивной категорией. Как известно, индуктивные (*induction — наведение*) умозаключения основываются на установлении общих закономерностей и характеристик на основе частных особенностей и признаков.

Симптом представляет собой единичный, изолированный признак болезни. Сам по себе симптом многозначен, «принимает свое знаковое бытие, начинает обозначать, что либо, только в составе синдрома». Диагностическое значение отдельный симптом имеет только в совокупности и взаимосвязи с другими симптомами, составляющими синдром.

Принципиальное значение для диагностики имеет разграничение двух основополагающих понятий — феномен и симптом. Классический феноменологический подход к изучению психического состояния предполагает использование чисто описательных характеристик без последующей терминологической квалификации выявленных особенностей психической деятельности. Абсолютно справедливым представляется утверждение К. Шнайдера о том, что «различие феномена и симптома приобретает смысл только при наличии клинического значения такого различия» [12].

Нельзя не согласиться с мнением К. Шнайдера о том, что «ни динамику, ни генез нельзя исследовать до того, как будет установлен сам факт». Психопатолог должен оставлять без ярлыков (то есть без квалификации — *В. И. К.*) то, что не подходит под определение. «Подведение

наблюдаемых явлений под понятие является чем-то второстепенным».

В разъяснении нуждается вопрос о смысловом наполнении терминов «одномерность» [7] и «многомерность» [8], используемых в качестве значимого признака понятия симптом. Создающееся внешне впечатление о наличии противоположных, полярных оценок сущностного признака одной из основных категорий психопатологического анализа связано с рассмотрением данного понятия в разных плоскостях — на основе качественного и количественного анализа. В первом случае понятие одномерности используется для отражения наличия у симптома определенного диагностического значения в структуре синдрома в противовес многомерности или многозначности как сущностного признака феномена (качественный анализ). В то же время многомерность симптома связана с возможностью количественной оценки степени выраженности симптомов с последующим построением психопатологических рядов на основе континуального принципа (количественный анализ).

Таким образом, принципиальное различие между симптомом и феноменом заключается в том, что первый является «сугубо индуктивной категорией, тогда как второй — конкретным примером экстраординарных переживаний больного».

Разработанные глоссарии к основным международным классификациям психических расстройств МКБ-10 и МКБ-11, а также DSM-V содержат наряду с квалифицирующими понятиями и сугубо описательные критерии. Основное условие единообразного понимания психиатрической терминологии — сбалансированное соотношение описательных и квалифицирующих характеристик. К сожалению, в некоторых разделах классификации в глоссариях описательные характеристики преобладают над квалифицирующими заключениями. В частности в диагностических указаниях по диагностике аффектив-

ных расстройств приводятся следующие критерии маниакального эпизода: «повышенная говорливость», «повышенная общительность и фамильярность», «чрезмерная траты денег», «кутежи и другие типы безрассудного и безответственного поведения». Критериями диагностики депрессивного эпизода являются «потеря веры в себя», «нерешительность и снижение уверенности и самооценки». В качестве диагностического критерия расстройств шизофренического спектра используются такие характеристики как «странные взгляды, оказывающие влияние на поведение и не совпадающие с субкультуральными нормами».

Для квалификации и дифференциации симптомов необходимо соотнести выявленные нарушения с определенным психическим процессом, а затем решить вопрос о каком именно нарушении психической деятельности (усилении, ослаблении, извращении) идет речь в данном случае. В то же время некоторые симптомы не укладываются в существующую систематику, основанную на принципе соотнесения психопатологической симптоматики с нарушением одного психического процесса. В частности, ангедония и скорбное бесчувствие являются следствием одновременного нарушения восприятия и эмоциональной сферы. Различные варианты ложных узнаваний возникают вследствие нарушения нескольких психических процессов — восприятия, мышления, памяти.

Сущностные дискриминирующие признаки позволяют отграничить один симптом от другого. В качестве дискриминирующего признака могут быть выбраны только признаки,ственные определенному понятию и отсутствующие в соподчиненных либо близких понятиях. Дискриминирующие признаки должны быть сформулированы предельно четко и не должны требовать дополнительных уточнений. Общий облигатный признак навязчивостей и психических автоматизмов — непроизвольность возникновения. Сущностный признак навязчивостей — критическое отношение с пониманием принадлежности болезненных переживаний «я» больного. Сущностный дискриминирующий признак психических автоматизмов — «сделанность», «наведенность», объяснение болезненных переживаний внешним воздействием. Общий признак кататонической симптоматики и психических автоматизмов — отчуждение психических функций. Дискриминирующими признаками являются болезненная немотивированность поступков и действий больных при кататонических нарушениях и связь психическим автоматизмов с переживанием внешнего воздействия.

Использование дополнительных уточняющих характеристик болезненных переживаний имеет целью исключение возможности разночтений при толковании нарушений. Дополнительные уточняющие характеристики имеют целью исключение возможности вариативности (разночтений) при толковании психопатологических понятий. Истощаемость психической деятельности при астенических состояниях психогенной, соматогенной и экзогенно-органической природы наблюдается после эмоциональной и интеллектуальной нагрузки. При эндогенной астении при заболеваниях шизофренического спектра нередко имеет место парадоксальная реакция на нагрузку в виде улучшения продуктивности интеллектуальной деятельности после физической нагрузки.

Психопатологический анализ предполагает разделение выявленной симптоматики на группы с учетом их информативности и диагностической значимости. Симптомы, выявляемые при непосредственной оценке психического статуса, имеют большую надежность, в сравнении с симптомами, выявляемыми на основании оценки объективного и субъективного анамнеза. Симптомы, имеющие объективные поведенческие проявления, более надежны в сравнении с симптомами, имеющими только субъективное выражение.

На трудности, возникающие при разграничении целого ряда психопатологических симптомов, на основании верbalного отчета указывал А. С. Кронфельд [4]. В частности, внешним феноменологическим сходством обладает речевая продукция больных с болезненно ускоренным темпом мышления («скакча» или «вихрь» идей), различной степенью выраженности разорванного мышления (от атакического соскальзывания до шизофазии).

Синергизм и антагонизм симптомов. Между симптомами в структуре психопатологического синдрома существуют синергические и антагонистические отношения. Синергизм (*synergia* — совместное действие, сотрудничество) — объединение имеющих «родственные отношения» отдельных симптомов в структуре синдрома. В основе синергизма лежит синтропия или взаимное «притяжение» отдельных симптомов. Следствием этого является параллелизм в динамике симптоматики при ухудшении и улучшении психического состояния.

Проявление синергических отношений между компонентами синдрома может иметь количественное и качественное выражение. Количественный синергизм реализуется в изменении степени выраженности дополнительных симптомов при нарастании либо редукции ведущего сим-

птота. Проявлением качественного синергизма является изменение психопатологических характеристик депрессивных идей от навязчивых до бредовых при углублении гипотимии. Утяжеление депрессии сопровождается видоизменением фабулы депрессивных идей. При депрессиях невротического уровня с доминированием чувств обиды наблюдаются сверхценные идеи с экстернальной направленностью — предвзятое, несправедливого отношения окружающих. Утяжеление депрессии с возникновением чувства вины ведет к возникновению и фиксации идей малоценности и никчемности в связи с имевшими место реальными или мнимыми упущениями, промахами, просчетами. Дальнейшее углубление депрессивного сдвига настроения сопровождается окончательным изменением направленности вектора болезненных переживаний с экстернального на интернальный с формированием идей самоуничижения, самообвинения, греховности сверхценного либо бредового характера.

Другой пример качественного синергизма — изменение характера защитного поведения больных с навязчивыми страхами. Усиление аффективной насыщенности и утрата кондициональности навязчивыми страхами сопровождается видоизменением характера защитных действий. Наряду с прямой защитой в виде поведения избегания больные вынуждены прибегать к символической защите — использованию ритуалов.

Синергические отношения в структуре синдрома существуют в первую очередь между ведущим и дополнительными симптомами. Усиление аффективной насыщенности переживаний по поводу мнимого либо переоцениваемого изъяна внешности в структуре дисморфоманической триады сопровождается углублением депрессивного сдвига настроения и формированием и фиксацией идей отношения. Редукция дисморфоманических нарушений приводит к одновременноому уменьшению эмоциональной насыщенности, а затем и к полному исчезновению идей отношения.

Синергические отношения в структуре синдрома могут существовать и между дополнительными симптомами. Увеличение и видоизменение характера патологических телесных сенсаций сопровождается усилением эмоциональной насыщенности идеаторного компонента ипохондрического синдрома, трансформацией сверхценных идей ипохондрического содержания в бредовые.

Наличие синергических отношений между основными компонентами синдрома является свидетельством устойчивой, стабильной структуры

состояния, отсутствия тенденции к трансформации одного психопатологического синдрома в другой психопатологический синдром. Антагонизм (anti — против, agon — борьба) — конкуренция, противостояние, борьба, соперничество, «неразрешимое в структуре одного синдрома противоречие», отражающее соперничество между симптомами, являющимися носителями взаимоисключающих вариантов динамики состояния. В основе антагонистических отношений лежит дистропия — несовместимость отдельных компонентов синдрома. Наличие антагонистических отношений между симптомами является свидетельством дискордантной структуры синдрома, указывающей на высокую вероятность трансформации психопатологического синдрома. Антагонистические отношения существуют между апатией и тревогой. Наличие апатии с полным безразличием, равнодушием к своему состоянию и происходящему вокруг исключает возможность появления тревожных опасений по какому-либо поводу. При острый психотических состояниях антагонистические отношения существуют между аффектами страха и растерянности. Бредовой страх предельно конкретен, в основе растерянности лежит отсутствие конкретности в виде аффекта недоумения, с непониманием того, что же происходит. Вероятность возникновения аффекта недоумения, то есть растерянности при развитии острого психотического состояния минимальна у больных шизофренией с выраженной дефицитарной симптоматикой в виде апато-абулического дефекта.

Деперсонализационные нарушения в структуре депрессивного состояния находятся в синергических отношениях с гипотимным аффектом и в антагонистических отношениях с идеаторным торможением. Можно сказать, что вероятность появления и углубления деперсонализации утраты (скорбного беспчувствия) прямо пропорциональна степени выраженности депрессивного сдвига настроения и обратно пропорциональна степени выраженности идеаторного торможения. Отклонение от общей закономерности взаимоотношения между основными компонентами синдрома имеет следствием формирование дисгармоничного либо редуцированного варианта депрессивной триады.

Типология симптомов. Типология основных единиц психопатологического анализа (симптомов и синдромов) может основываться на различных дискриминирующих признаках. Разделение психопатологической симптоматики на субъективные и объективные симптомы было предложено К. Ясперсом [13]. Субъективные симптомы фиксируются исключительно на основе верbalного отчета больных о своих пережи-

ваниях. Субъективные симптомы не поддаются объективной регистрации ввиду отсутствия при них поведенческих нарушений. Примером субъективной симптоматики являются патологические телесные сенсации в виде эссенциальных или истинных сенестопатий, нарушения самосознания в виде деперсонализации и дереализации. Объективные симптомы сопровождаются изменением поведения больного, вызванного нарушением психической деятельности. Обманы восприятия в виде иллюзий и галлюцинаций различной модальности, бредовые идеи, кататоническая симптоматика могут быть отнесены к объективным симптомам, имеющим поведенческий компонент.

Определяющее значение для оценки нозологической принадлежности и прогноза заболевания имеет отнесение клинических проявлений болезни к негативной (дефицитарной) или позитивной (продуктивной) симптоматике. Разделение психопатологической симптоматики на позитивные и негативные нарушения связано с концепцией о послойном строении психической деятельности. Согласно данной концепции, психические нарушения рассматриваются в качестве следствия диссолюции — поэтапного распада психической деятельности при действии повреждающих факторов. Повреждение высших наиболее дифференцированных слоев психики вызывает компенсаторную активизацию низших менее дифференцированных слоев. Негативные или дефицитарные нарушения непосредственно связаны с предполагаемым этиологическим фактором, оказывающим повреждающее воздействие и определяющим нозологическую принадлежность психического расстройства. Позитивные или продуктивные нарушения представляют собой реакцию организма, непосредственно не связанную с предполагаемым этиологическим фактором, обусловленную деятельностью неповрежденных слоев головного мозга.

Позитивные психопатологические нарушения чрезвычайно многообразны, вариабельны, изменчивы. Негативные психопатологические нарушения, напротив, достаточно однотипны, инвариантны, стабильны.

Однако абсолютное противопоставление позитивных и негативных нарушений на симптоматическом уровне является недостаточно обоснованным. Целый ряд нарушений, в частности деперсонализация, не могут быть однозначно отнесены к позитивной либо негативной симптоматике. Деперсонализационные нарушения объединяют в себе черты, присущие как негативной, так и позитивной симптоматике. Невротическая или функциональная деперсонализация может быть квалифицирована в качестве продуктивно-

го психопатологического симптома. Дефектная деперсонализация обладает всеми признаками негативной симптоматики. Аналогичным образом астенические проявления в одних случаях (в частности психогенная и соматогенная астения) могут быть отнесены к продуктивной симптоматике, в других случаях проявления астении (астенический дефект при шизофрении) могут быть расценены в качестве негативной симптоматики.

Принцип систематики симптомов Е. Блейлера основывается на наличии причинно-следственных отношений между отдельными симптомами в структуре синдрома. Выделение примарных или симптомов первого порядка и секундарных или симптомов второго порядка основывается на подразделении клинических проявлений болезни на две группы «соподчиненных, а следовательно, неравнозначных признаков» [1]. Примарные или первичные симптомы формируются в результате непосредственного воздействия патологического процесса и определяют психопатологическую квалификацию синдрома. Секундарные или вторичные симптомы, обусловленные видоизменением первичных симптомов, рассматриваются в качестве менее значимых диагностических признаков. Вторичные симптомы «лишены в пределах данного синдрома клинической независимости».

Оригинальная типология психопатологической симптоматики, основанная на сопоставлении психических нарушений с нормальной психической деятельностью, предложена К. Клейстом, выделившим три группы симптомов (цит. по [2]).

Гомономные симптомы отличаются от проявлений психической деятельности в норме только степенью выраженности, количественно. К таким симптомам могут быть отнесены нарушения, характеризующие снижение (гипотимия, дистимия) и повышение настроения (гипертиmia, эйфория), нарушения памяти (дисмнезия, анэкфория), визуализированные представления и воспоминания.

Гетерономные симптомы не имеют аналогов в нормальной психической деятельности. В разряд гетерономных симптомов могут быть включены эссенциальные или истинные сенестопатии, псевдогаллюцинации, психические автоматизмы, бредовые идеи.

Третью группу составляют интермедиарные симптомы. В этом случае отсутствует один или несколько облигатных признаков симптома. У лиц без психических нарушений подобная симптоматика наблюдается только при определенных условиях под влиянием дополнительных внешних факторов. К интермедиарным симпто-

мам возможно отнесение гипногического ментизма, гипногических и гипнопомпических галлюцинаций.

В дальнейшем разработанная К. Клейстом типология симптомов была дополнена еще одной группой на основании признака, характеризующего наличие или отсутствие сопряженности симптоматики с личностными особенностями больных. В частности, для лиц тревожно-манильного и ананкастного склада навязчивые опасения и сомнения могут рассматриваться как гомономные симптомы, тогда как для лиц гипертимного и эпилептоидного склада навязчивые нарушения являются гетерономной симптоматикой. Патологическое фантазирование лиц истероидного и шизоидного склада является гомономной симптоматикой, тогда как фантазирование лиц с гипертимными либо эпилептоидными особенностями личности может рассматриваться в качестве гетерономной симптоматики.

В известной степени развитием идей К. Клейста о соотношении феноменов психической деятельности, наблюдаемых в норме и при психических расстройствах, является положение о «дезориентирующих понятиях» [11]. Рассматривая вопрос об ошибках при квалификации психического состояния, автор вводит понятие «дезориентирующих понятий», под которыми понимаются ложные, условные и неоднозначные симптомы.

В основе ложных симптомов лежит ошибочное представление о том, что любые необычные, экстраординарные переживания, часто наблюдаемые у лиц с психическими расстройствами, обязательно свидетельствуют о наличии психического заболевания. Примером ложной симптоматики является квалификация мнестического эйдезизма, нередко наблюдаемого у лиц с преобладанием первой сигнальной системы, в качестве безусловного признака болезни.

Условная симптоматика представляет собой естественное изменение психической деятельности в определенных условиях. В качестве примера условной симптоматики можно рассматривать появление гипногического ментизма — неуправляемого потока мыслей, но без переживания внешнего воздействия в условиях повышенных эмоциональных и интеллектуальных нагрузок.

Неоднозначная симптоматика является вторичной, производной от нарушений различных психических процессов. Примером неоднозначной симптоматики являются феномены насилиственного мышления в виде ментизма и шперунга. Ментизм с переживанием потока, наплыва мыслей может являться, с одной стороны, следствием деперсонализации отчуждения, с другой

стороны, проявлением малого идеаторного автоматизма. Переживание остановки, обрыва мыслей может иметь в своей основе деперсонализацию утраты либо являтьсяrudimentарным вариантом психического автоматизма.

При оценке психического феномена в качестве психопатологического симптома либо проявления нормальной психической деятельности имеет значение социальный и культуральный контекст. Социально неодобряемое поведение часто оценивается как однозначное проявление болезни. Особенно отчетливо социальный контекст прослеживается при альтернативной оценке таких отклонений либо нарушений поведения как копролалия или сквернословие, клептомания или корыстная кража, пиромания либо умышленный поджог.

Решение практических и теоретических вопросов клинической психопатологии требует знания не только перечня психопатологических симптомов, но и понимания системы их соподчинения с выяснением существующих связей между симптомами. Разделение симптомов на основные, дополнительные и факультативные позволяет определить клинический вариант и степень выраженности синдрома.

Основные симптомы, отражая основные звенья патогенеза, представляют собой сущностные признаки состояния, определяют принадлежность нарушений психики к определенному регистру нарушений психической деятельности. При развитии синдрома основные симптомы, как правило, появляются раньше других симптомов, при обратном развитии редукции синдрома исчезают в последнюю очередь.

В структуре каждого синдрома может быть выделен ведущий психопатологический симптом (синдромобразующий элемент), определяющий клиническую картину от начала возникновения синдрома до его полной редукции или трансформации в другой синдром. Другие компоненты синдрома находятся «в патогенетическом единстве с ведущим симптомом. в субординации по отношению к нему».

Дополнительные симптомы отражают тяжесть патологического процесса, степень его клинической выраженности. Наличие дополнительных симптомов не является обязательным условием диагностики данного синдрома.

Факультативные симптомы являются отражением влияния дополнительных патопластических факторов. Как правило, факультативные симптомы непосредственно не связаны с основными звеньями патогенеза психического расстройства.

Рассмотрим соотношение основных, дополнительных и факультативных симптомов на модели депрессивного синдрома. К основным компонентам депрессивного синдрома традиционно относят гипотимию, идеаторное и моторное торможение, составляющие вместе депрессивную триаду. Синдромообразующим элементом или примарным симптомом при депрессии является гипотимия — выраженное в различной степени болезненно сниженное настроение. Сверхценные или бредовые идеи малоценностя, никчемности, самообвинения, самоуничижения являются дополнительными симптомами в структуре синдрома. Сверхценные депрессивные идеи наблюдаются при депрессивных состояниях невротического уровня, бредовые депрессивные идеи отмечаются при депрессиях достигающих психотического уровня. Наконец, фобические, навязчивые, ипохондрические нарушения в структуре депрессивного синдрома могут быть отнесены к факультативным симптомам.

На основе динамического подхода к оценке психического состояния выделяются осевые и вставочные симптомы [6]. Осевая симптоматика сохраняется на всем протяжении болезни. Пример осевой психопатологической симптоматики — астения с явлениями повышенной утомляемости и истощаемости при соматогенных и экзогенно-органических психических расстройствах. Другой пример осевой симптоматики — выраженные в различной степени проявления эмоционально-волевой дефицитарности при расстройствах шизофренического спектра. Вставочные транзиторные симптомы наблюдаются только на определенном этапе заболевания. Примером транзиторного вставочного симптома является развитие приподнятого настроения в виде гипертимии на этапе трансформации параноидного синдрома в парапренный синдром в случаях непрерывно-прогредиентного течения шизофрении.

Видоизменение психопатологических особенностей симптома определяется в первую очередь структурой синдрома, компонентом которого является симптом, и нозологической принадлежностью состояния.

Деперсонализационные нарушения в структуре основных аффективных синдромов отличаются качественным своеобразием. В структуре депрессивных состояний наблюдается гипостетический вариант аллопсихической деперсонализации с субъективным переживанием изменения или утраты яркости, четкости, естественности объектов внешнего мира. Переживание измененности окружающей действительности сопровождается мучительной рефлексией. В структуре маниакального синдрома, напротив,

отмечается гиперестетический вариант аллопсихической деперсонализации с переживанием необычной яркости, контрастности, красочности окружающего. Критическое отношение, болезненная рефлексия по поводу имеющих место изменений отсутствует.

При психогенных нарушениях невротического уровня наблюдается так называемая функциональная деперсонализация. Как правило, это деперсонализация измененности, реже деперсонализация утраты с сохранением критического отношения к болезненным нарушениям. В исходе прогредиентных форм шизофрении отмечается так называемая дефектная деперсонализация с утратой критического отношения, пассивной констатацией болезненных изменений.

В контексте рассматриваемого вопроса представляет интерес обсуждение психопатологических особенностей навязчивого страха сумасшествия (лиссофобии или диспихофобии) в зависимости от нозологической принадлежности состояния. При психогенных расстройствах невротического уровня сохраняется критическое отношение к страху. Актуализация страха с утратой критики происходит только в строго определенных ситуациях. При расстройствах шизофренического спектра содержанием диспихофобии является страх возникновения психического расстройства и утраты контроля над своим поведением при наличии реального психического заболевания. Утрачивается облигатный признак навязчивостей — наличие критического отношения. Критика отсутствует как к самому страху, так и к факту наличия психического заболевания.

Одним из облигатных признаков эссенциальных или истинных сенестопатий традиционно считается субъективно тягостный мучительный характер ощущений. У больных с нарушениями пищевого поведения при расстройствах шизофренического спектра отмечается изменение модальности телесных ощущений. При длительном голодании больные отмечают появление особого, трудно вербализуемого субъективно приятного ощущения термического характера — приятного ощущения «холодка» в желудке. Более того, после окончания рвоты часть больных испытывает появление чувства «особой «пустоты», «очищения от всего лишнего», сопровождающееся переживанием «удовольствия», «блаженства».

Использование двух компонентных, а тем более много компонентных терминов, таких как галлюцинаторные и параноидные сенестопатии, бредовые и галлюцинаторные конфабуляции, бредовая либо ипохондрическая обстоятельность мышления, представляет мало обоснованным.

Во-первых, это противоречит традиционно принятому в общей семиотике принципу соотнесения симптомов с нарушением определенного психического процесса. Во-вторых, использование двухкомпонентных терминов при квалификации симптомов затрудняет общую оценку уровня и тяжести нарушений психической деятельности. При этом имеет место объединение в одном понятии феноменов, отражающих нарушение различных процессов и даже уровней психической деятельности.

Вызывает возражения слишком широкое использование при психопатологической квалификации и систематике симптоматики понятий, заимствованных из смежных дисциплин, в первую очередь из психологии и неврологии. Вряд ли можно согласиться с объединением в общую группу «нарушений или искажений когнитивной деятельности», расстройств мышления по содержанию и формальных нарушений мышления [11].

Синдром (от *syndrome* — скопление) представляет собой закономерное сочетание компонентов, связанных между собой единым патогенезом. Сочетание отдельных компонентов в структуре синдрома не является случайным. В связи с этим трудно согласится с утверждением, высказываемым в работах последних лет, о том, что синдромальная квалификация состояния создает лишь «иллюзию интегральной оценки состояния», «упрощает» либо «дублирует» симптоматологическую оценку психического состояния [11].

По меткому выражению А. Кронфельда, структура синдрома отражает «закон существования частей в целом» [4]. Таким образом, психопатологический синдром представляет собой «патогенетическое единство, структурные элементы которого объединены родством происхождения».

С одной стороны, психопатологический синдром является статичной конструкцией, отражая психическое состояние на определенном этапе болезни. С другой стороны, психопатологический синдром является динамичным образованием, содержащим информацию о предшествующих и предполагаемых последующих проявлениях болезни. В структуре синдрома находят отражение как «элементы прошлого, так и переходы в будущее». Динамическое изменение структуры синдрома находит отражение в количественных изменениях выраженности симптомов, составляющих синдром, и изменении их соотношения.

Существуют две основные теоретические модели психопатологического синдрома. Традиционная модель основывается на принципе жесткой детерминированности структуры синдрома

с существованием иерархических отношений между компонентами синдрома. В рамках данной модели допускается вариативность только дополнительных и факультативных компонентов синдрома. Синдром рассматривается в качестве иерархической системы, связанной с гипотетическим нейробиологическим субстратом.

Альтернативная модель психопатологического синдрома, основывающаяся на вероятностном принципе, предполагает независимость и равнозначность составляющих его компонентов. Вероятностный подход реализуется в рассмотрении синдрома в качестве дискретного набора признаков с возможностью различных комбинаций симптомов. В структуре синдрома допускаются любые возможные сочетания его компонентов.

В клинической психиатрии сложились два основных подхода к систематике синдромов — на основании психопатологического принципа и на основании фабулы болезненных переживаний. Подавляющее большинство синдромов выделено на основе особенностей психопатологической структуры. Исключением из общего правила является выделение в качестве отдельных самостоятельных разновидностей синдромов ипохондрического и дисморфоманического синдрома, основывающееся на содержательной, фабульной стороне болезненных переживаний. В понятия ипохондрического и дисморфоманического синдромов включены психические расстройства различной степени тяжести, традиционно относимые к различным регистрам нарушения психической деятельности. В основе ипохондрического и дисморфоманического синдрома могут лежать как навязчивые, сверхценные, так и бредовые идеи.

Понятия малый или простой и большой или сложный психопатологический синдром отражают различную степень генерализации патологического процесса. Компонентами простого психопатологического синдрома при оценке состояния в статике являются симптоматика какого-либо одного регистра нарушения психической деятельности. В тех случаях, когда структура синдрома определяется динамикой одного ведущего симптома, речь идет о простом или малом синдроме. При меланхолической депрессии нарастание идеаторной и моторной заторможенности определяется динамикой тоскливого аффекта.

В тех случаях, когда структура синдрома определяется динамикой нескольких ведущих симптомов, можно говорить о сложном или большом синдроме. В структуру сложных психопатологических синдромов входят симптомы, относимые к различным уровням, регистрам нарушения психической деятельности. В случае депрессив-

но-ипохондрического синдрома нарастание моторной и идеаторной заторможенности зависит от динамики доминирующего гипотимного аффекта. Возникновение ипохондрических нарушений сверхценного или бредового характера определяется, в первую очередь, появлением и видоизменением патологических телесных сенсаций.

Психопатологическая квалификация состояния больных со сложными синдромами может осуществляться либо на основе последовательности появления симптоматики, либо на основе оценки иерархической значимости симптоматики. В первом случае, присоединение к депрессивным нарушениям неконгруентных по отношению к аффекту персекторных бредовых идей является основанием для констатации депрессивно-параноидного синдрома. Во втором случае, утяжеление депрессии симптоматикой более тяжелого регистра — нигилистическим парофrenным бредом Котара является основанием для диагностики меланхолической парофrenии.

Синдромокинез. Психопатологические синдромы видоизменяются с течением времени, что определяет необходимость изучения синдромокинеза — последовательности возникновения, развития и редукции синдромов. Синдромокинез отражает последовательность возникновения и регресса симптоматики в структуре реакций, фаз и развитий. Более легкие варианты нарушений самосознания, как правило, предшествуют более тяжелым вариантам. При расстройствах аффективного спектра в структуре депрессивного синдрома деперсонализация измененности предшествует деперсонализации утраты.

На основании динамического принципа выделяют транзиторные, этапные и осевые психопатологические синдромы [6]. Транзиторные синдромы представляют собой преходящий, относительно кратковременный эпизод в клинической картине болезни. В этом случае психические нарушения возникают внезапно, остро. Транзиторный синдром не претерпевает трансформации в другой психопатологический синдром. С известными оговорками к транзиторным расстройствам могут быть отнесены состояния с доминированием в клинической картине импульсивных нарушений влечения — дромомании, клептомании, пиромании.

Сквозной или осевой психопатологический синдром наблюдается на всем протяжении болезни. Осевая симптоматика шизотипического расстройства на всех этапах болезни представлена навязчивыми, деперсонализационными либо сенесто-ипохондрическими нарушениями.

Промежуточное положение между сквозными и транзиторными синдромами занимают этап-

ные психопатологические синдромы. В этом случае наблюдается трансформация, «перерастание» одного синдрома в другой. Синдром невротической депрессии является начальным этапом невротического развития личности с формированием патохарактерологических расстройств эксплозивного, психастенического и истерического типа.

Синдромотаксис — понятие, характеризующее закономерности взаимосвязи, чередования и сочетания психопатологических синдромов. В синдромотаксисе находит отражение общих психопатологический стереотип развития болезни. Каждому этапу заболевания, каждой нозологической единице соответствует свой определенный предпочтительный набор психопатологических симптомов и синдромов.

В инициальном периоде болезни, как правило, обнаруживаются единичные, нестойкие признаки болезни. Начальный этап заболевания характеризуется наличием «нейтральных» астенических и аффективных нарушений с трудно определяемой нозологической предпочтительностью.

На манифестном этапе появляются типичные для данного заболевания симптомы с развитием основных признаков болезни. Возможна стабилизация состояния с прекращением усложнения и утяжеления симптоматики. Заболевание приобретает, так называемое, «стационарное» течение. Симптоматика как бы застывает на одном уровне с незначительными колебаниями степени выраженности.

Период обратного развития болезни характеризуется постепенным литическим либо одномоментным критически исчезновением, редукцией психопатологической симптоматики.

В зависимости от степени завершенности синдромокинеза принято выделять развернутый и редуцированный варианты психопатологического синдрома. Развернутыми синдромами называют состояния с завершенным синдромокинезом. Психопатологическая структура синдрома в этом случае характеризуется сопряженностью основных компонентов. В случае редуцированного или abortивного вариантов синдрома психопатологическая структура синдрома не имеет устойчивого, завершенного характера. Синдромокинез останавливается на определенном этапе, дальнейшего видоизменения клинической картины не происходит.

Симптомокомплекс. Принципиальное, на наш взгляд, значение имеет рассмотрение вопроса о соотношении понятий синдром и симптомокомплекс. По данному вопросу в отечественной психиатрии существуют две противоположные точки зрения. Сторонники первой точки зрения

рассматривают термины синдром и симптомокомплекс в качестве синонимичных понятий [5, 9]. Приверженцы противоположной точки зрения противопоставляют и разграничают понятия синдром и симптомокомплекс [6, 8, 10]. Симптомокомплекс понимается ими как группа симптомов, часто сочетающихся и имеющих определенное клиническое сходство. Для обоснования своей позиции сторонники разграничения понятий синдром и симптомокомплекс приводят следующие доводы.

Во-первых, симптомокомплекс, в отличие от синдрома, представляет собой теоретическое, абстрактное, собирательное понятие, не встречающееся у конкретного больного и состоящее из компонентов разных синдромов, наблюдаемых в структуре различных диагностических категорий и нозологических единиц. Во-вторых, если синдром представляет собой систему взаимосвязанных тем или иным способом признаков, то в основе симптомокомплекса лежит «суммативный» принцип. Симптомокомплекс представляет собой сумму симптомов на момент оценки психического статуса. А. Н. Ткаченко, сравнивая симптомокомплекс с «хаотичным ландшафтом», определяет его как «конгломерат случайных, не объединенных какой либо связью или происхождением симптомов» [10]. В-третьих, симптомокомплекс, в отличие от психопатологического синдрома, включает не только психические и поведенческие симптомы, но и соматические проявления расстройства. Количество структурных компонентов синдрома и симптомокомплекса часто не совпадает. Широкое толкование понятия симптомокомплекс включает в данное понятие экспериментально-психологические, электрофизиологические, биохимические, иммунологические признаки болезни.

Наконец, синдром является структурно-динамическим образованием с меняющимся иерархическим соотношением его компонентов — симптомов. В динамике болезни одни симптомы выдвигаются на первый план, другие редуцируются. В результате происходит видоизменение или смена одного психопатологического синдрома другим. Симптомокомплекс, напротив представляют собой статичное образование, отражающее оценку актуального состояния в определенный момент времени. Симптомокомплекс есть «совпадающая по времени комбинация симптомов», которая может не иметь общих механизмов патогенеза.

В литературе понятие симптомокомплекс имеет еще одно значение. Симптомокомплекс рассматривается в качестве составляющей одного из компонентов синдрома. В рамках данного подхода в структуре астенического и психоорга-

нического синдромов выделяют симптомокомплекс когнитивных нарушений, в структуре депрессивного синдрома — симптомокомплекс вегетативных нарушений. То есть, соотношение понятий синдром и симптомокомплекс рассматривается через соотношение категорий части и целого.

Диагностические критерии МКБ-10 и МКБ-11 представляют по своей сути «редуцированные синдромы, составленные индуктивным путем», то есть по существу симптомокомплексы. [7].

На основании клинического анализа могут быть выделены два основных типа симптомокомплексов. Симптомокомплекс первого типа включает полиморфную психопатологическую симптоматику, относимую к различным синдромам и даже уровням нарушения психической деятельности. В этом случае отсутствует феноменологическое сходство между компонентами симптомокомплекса. Симптомокомплексы данного типа характерны для инициального периода психических заболеваний с хроническим течением, а также для периодов экзацербации болезни с трансформацией одного психопатологического синдрома в другой.

Компоненты симптомокомплексов второго типа обладают клиническим сходством, благодаря наличию у них общих психопатологических признаков. Симптомокомплексы второго типа представляют собой группы симптомов, наблюдаемых у разных больных в структуре различных психопатологических синдромов различной нозологической принадлежности. Примером симптомокомплекса второго типа является группа симптомов подражательных действий, включающая эхопраксию, эхомимию, эхолалию и эхографию. Другой пример симптомокомплекса состоит из различных вариантов переживаний, включая феномены уже виденного и уже слышанного. Различные варианты симптома уже пережитого, имеют равнозначное диагностическое значение. Особое положение в данной группе симптомов занимает феномен флэшбэк, представляющий собой при психогенных расстройствах переживание имевшей место в прошлом экстремальной психотравмирующей ситуации. Симптомокомплекс ложных узнаваний включает в себя различные варианты нарушений психической деятельности как невротического, так и психотического уровня, от преходящих ошибочных впечатлений до полной убежденности в правильности ошибок узнавания. С одной стороны, компонентами данного симптомокомплекса являются ложные узнавания в структуре астенического синдрома и синдрома невротической депрессии. С другой стороны,

компонентами данного симптомокомплекса являются ложные узнавания как проявления остального чувственного бреда.

Проблема нозологической специфичности синдромов. Хорошо известно, что не синдром как таковой, а особенности его структуры, указывают на заболевание, лежащее в его основе. Нозологическую специфичность следует искать не в синдроме, а в его специфической структуре. Наряду с общими неспецифическими компонентами синдром содержит относительно специфические нозологические признаки. Нозологическая «окраска» синдрома заключается в наличии у синдрома признаков относительно специфичных для того или иного заболевания.

Понятие «переходные психопатологические синдромы» используется в психиатрической литературе в нескольких значениях. Термин переходные синдромы применяется для обозначения состояний, занимающих промежуточное положение между синдромами, характерными для экзогенного типа реагирования и синдромами, наблюдавшимися при органических поражениях головного мозга различной этиологии [14]. Кроме этого к переходным состояниям относят расстройства, обладающие одновременно чертами сходства с конституциональными непроцессуальными расстройствами личности и аутохтонными процессуальными эндогенными расстройствами [3].

Описание и квалификация психических нарушений может осуществляться на основе двух принципов — от частного к общему и наоборот от общего к частному. По вопросу о последовательности клинического анализа при оценке психического состояния существуют различные мнения. Согласно первому подходу, на первом этапе должна осуществляться оценка и квалификация психопатологических симптомов и только затем даваться интегральная синдромальная оценка состояния. Второй подход предполагает обратную последовательность этапов клинического анализа. Первоначально дается синдромальная оценка состояния и только затем проводится психопатологическая квалификация симптомов, входящих в синдром.

По нашему мнению в клинической практике могут с успехом использоваться оба подхода. Преподавание психиатрии в рамках студенческого курса должно осуществляться на основании факультетского принципа от частного к об-

щему, от симптома к синдрому. При изложении общей психопатологии раздел, посвященный описанию и квалификации симптомов психических расстройств, обязательно должен предшествовать описанию основных психопатологических синдромов.

Для постдипломного обучения предпочтительным является использования госпитального принципа преподавания — от общего к частному, от синдрома к симптуму. Однако отказ от детального изложения симиотики психических расстройств в руководствах и учебных пособиях для системы непрерывного постдипломного образования, представляется недостаточно обоснованным и оправданным.

ЛИТЕРАТУРА

1. Блейлер Э. Руководство по психиатрии.- Берлин, Врач, 1920. — 538 с.
2. Блейхер В. М. Эпонимический словарь психиатрических терминов. — Киев, 1980. — 240 с.
3. Коцюбинский А. П. Аутохтонные психические расстройства. — СПб.,2015 — 495 с.
4. Кронфельд А. С. Проблемы синдромологии и нозологии в современной психиатрии. — М., 1940. — 147 с.
5. Морозов Г. В., Шумской Н. Г. Введение в клиническую психиатрию (пропедевтика в психиатрии). — Н. Новгород, 1988. — 426 с.
6. Портнов А. А. Общая психопатология. — М., 2004.
7. Савенко Ю. С. Симптомы, феномены и синдромы в клинической практике // Независимый психиатрический журнал, 2009, 4, 31 – 35.
8. Смирнов В. К. Теоретическая психопатология как раздел общей психопатологии // Актуальные вопросы клинической и социальной психиатрии. — СПб, 1999. — С. 252 — 260.
9. Тиганов А. С. Общая психопатология. Курс лекций. — М. 2010. — 128 с.
10. Ткаченко А. Н. Психопатологическое исследование. — М., Лотос, 2012. — 233 с.
11. Циркин Ю. С. Аналитическая психопатология. — М., 2018. — 288 с.
12. Шнайдер К. Клиническая психопатология. — Киев, 1999. — 215 с.
13. Ясперс К. Общая психопатология. — М.,1997. — 1056 с.
14. Wick H. Zur klinikstellung der Durchgangs — Syndrom — Schweis. Arch. Neurol. Psychiat. — 1961. — 88, 2 — S. 409 – 419.

Биологические и конституциональные аспекты диагностики депрессий (обзор литературы)

А. А. Шмилович, А. А. Шадина

Обзор обширной российской и зарубежной литературы по теме «диагностика депрессий» в сочетании с анализом собственных эмпирических наблюдений показывает, что значительный прогресс в области современной нейробиологии и нейрохимии депрессий остается фактически не востребованным в практической психиатрии, так как эти исследования абсолютно не ассоциированы с клиническими, синдромально-нозологическими и конституциональными вариациями депрессивных расстройств. В этой связи становятся актуальными междисциплинарные исследования депрессий усилиями совместных научных коллективов клинически ориентированных психиатров и представителей фундаментальных наук.

Ключевые слова: нейробиологические и нейрохимические основы депрессий, конституциональные вариации депрессий, междисциплинарные исследования депрессий.

С античных времен описания депрессивных расстройств занимали особое место в медицинской, психологической и психиатрической литературе. Термин очень хорошо прижился в медицинской практике и в наше время стал широко использоваться не только в психиатрии, но и в других медицинских дисциплинах (например, «депрессия сегмента ST» в кардиологии, «депрессия кроветворения» в гематологии, «депрессия альфа-ритма на ЭЭГ» в неврологии и др.). Еще до этого термин «депрессия» перекочевал в гуманитарные области науки и практики — психологию, социологию, политику, экономику. В конечном итоге «депрессия» стала абсолютно универсальной семантической единицей в лексиконе всех языков мира и сегодня большинство людей на Земле используют этот термин в нарицательном выражении. Хорошо известно, что в разговорном наречии «депрессией» называют некое падение, снижение или исчезновение настроения, активности, прогресса, функционирования, всегда произошедшего в связи с очевидной внешней причиной.

Долгое время, благодаря устойчивым и твердым клиническим позициям, психиатры стойко «охраняли» психопатологическую идентичность этого термина и использовали его исключительно в контексте синдромального образования, имеющего свою симптоматическую (феноменологическую) специфику и входящего облигатно или факультативно в структуру того или иного психического заболевания. Множество исследований отечественных и зарубежных авторов XIX и XX веков определяли диагностические границы, дифференциальные критерии и синдромальные классификации депрессий эндогенного, экзогенно-органического, конституциональ-

ного или психогенного происхождения. В итоге к концу XX столетия клиническая психиатрия выстроила четкую классификацию депрессивных состояний, выделив их основные синдромальные разновидности: тоскливая (меланхолическая), тревожная, ажитированная, апатическая, анестетическая, астеническая, улыбающаяся, витальная, адинастическая, маскированная, ипохондрическая, бредовая и др. Эти клинические варианты депрессивного синдрома до сих пор составляют важный элемент клинического мышления тех психиатров, кто остается сторонником персонифицированной психиатрии и для кого определение терапевтического подхода к каждому депрессивному пациенту — есть сложная аналитическая работа, направленная на поиск симптомов-мишеней для адресного подбора оптимальной фармако- и психотерапии.

Сегодня мы оказываемся очевидцами очень непростого этапа в истории мировой психиатрии. Наступил период времени, метко названный одним из современников отечественной психиатрии «постмедициной». Нет необходимости в очередной раз говорить о разрушительной и совершившено антимедицинской, антиклинической и антипсихиатрической идеологии психиатрического раздела МКБ-11. Развал клинической систематики психических заболеваний и синдромальных образований, привел к созданию условий, в которых психологически ориентированная «толерантная» классификация оставляет нам набор числовых формализованных критериев, предусматривающих, так называемую, «диагностику» депрессий, как ее понимают люди, далекие от психиатрии и от медицины в целом. Молодые психиатры, а теперь и врачи других специальностей начинают лечить депрессии на

основе их тестовой диагностики, стандартов и метаанализов, базирующихся на лозунгах «псевдодоказательной» медицины. В результате, несомненный прогресс в области психофармакологии не приводит к улучшению статистических показателей. Для 30 % пациентов, страдающих депрессивным расстройством, современная психофармакотерапия по-прежнему оказывается неэффективной [34]. Продолжать дискурс в этом направлении не имеет практического смысла и представляется бессмысленным времяпровождением. Но и оставаться пассивным наблюдателем происходящего невозможно. Единственным действенным выходом из сложившейся ситуации видится проведение расширенных междисциплинарных исследований, базирующихся на клинико-психопатологической, патопсихологической и клинико-биологической методологии, которые позволят на основании достижений современных фундаментальных биологических наук найти достоверные морфофункциональные эндо-фенотипические корреляты всего многообразия синдромальных форм, являющихся для большинства практикующих психиатров клинической реальностью.

Настоящее исследование посвящено изучению роли конституционального (личностной предрасположенности) и биологического (определения уровня S-аденозил-L-метионина, бактериально-го липополисахарида и антител к нему) факторов в манифестации, рецидивировании и синдромальном оформлении депрессивных расстройств различной этиологии.

В данной статье приведен обзор литературы и ряда собственных клинических наблюдений, определивших направление поиска, методологию и дизайн предстоящего исследования.

Был произведен обзор научных статей российских и зарубежных источников, в том числе базы MEDLINE, CINAHL и PsycINFO, Elibrary, CyberLeninka, PubMed, UpToDate. Для поиска применялись ключевые термины «расстройство личности», «депрессия», «S-аденозил-L-метионин».

Значительное число работ современных исследователей посвящено поискам генетических основ различных депрессий. При изучении генетических особенностей было установлено, что ген SLC6A4, кодирующий транспортер серотонина в 17 хромосоме, играет основную роль в патогенезе депрессии. [13, 38] Один из его полиморфизмов, 5-HTTLPR, отвечает за экспрессию гена с помощью длинных и коротких участков (аллелей). Носительство короткого аллеля указывает на более тяжелое течение заболевания и плохой ответ на терапию СИОЗС [7]. Аллель Met гена BDNF был ассоциирован с повышенной активацией в ответ на дистракторы и пониженной реакцией на целевые стимулы в дорсолатеральной и дорсомедиальной префронтальной

коре [2]. Есть данные о наследуемости «гена депрессии». Наследуемость депрессии у близнецовых достигает 40 – 50 % случаев, у людей, ближайшие родственники которых страдали депрессией, наблюдается двух-трехкратное увеличение риска развития депрессивного расстройства [7, 38].

Значительно больший интерес в научных кругах вызывают нейрофизиологические и биохимические процессы, которые определяют патогенез аффективных расстройств. Наиболее распространенной является моноаминовая теория, которая подразумевает дефицит главных нейромедиаторов головного мозга — серотонина, норадреналина и, реже, дофамина [11]. Предшественниками серотонина и норадреналина являются триптофан и тирозин соответственно. Это незаменимые аминокислоты, поступающие в организм человека с пищей. Оба нейромедиатора путем воздействия на пресинаптические и постсинаптические нейроны осуществляют передачу нервного импульса. Прекращение высвобождения нейромедиаторов происходит с помощью белка-переносчика SERT, который способствует их обратному захвату, действуя на регулирующие пресинаптические 5-HT1A и 5-HT1B-авторецепторы в случае серотонинергической передачи и на a2-норадренергические авторецепторы в случае норадренергической передачи. Моноаминооксидаза типа А (MAO-A) разрушает моноамины на пресинаптическом уровне и тем самым регулирует накопление нейромедиатора в везикулах. Существуют исследования, демонстрирующие увеличение концентрации MAO-A в различных отделах ткани головного мозга, вследствие чего содержание нейромедиаторов снижается [41]. Хронический стресс может повлечь за собой изменение антиоксидантной активности. Основными антиоксидантами являются цинк, кофермент CoQ10, витамин Е, омега-3 полиненасыщенные жирные кислоты, глутатион, триптофан и тирозин. Ряд авторов считает, что большее влияние на развитие депрессии оказывает повышенное образование продуктов катаболизма триптофана, которые обладают как про-, так и антиоксидантной активностью [5]. Некоторые вещества, например, кинуреновая кислота, 3-гидрооксиантраниловая кислота, 3-оксикинуренин, снижают выработку АТФ в митохондриях и способствуют увеличению активных форм кислорода (АФК). АФК приводят к разрушению мембранных липидных комплексов и деструкции белков [4]. В результате на фоне хронического окислительного стресса формируется иммунный ответ. Наблюдаются повышенное содержание провоспалительных цитокинов: интерлейкинов 1 β (IL-1 β) и 6 (IL-6), NF- κ B, ФНО- α , интерферона IFN- γ . Параллельно снижается уровень нейротрофического фактора головного мозга (BDNF), антиапоптотиче-

ских факторов — Bcl-2 и BAG1, происходит активация циклооксигеназы-2 (СОХ), перекисного окисления липидов (ПОЛ), что приводит к нейродегенерации. Хронический стресс также приводит к нарушению функционирования основных анатомических субстратов депрессии: префронтальной коры (ПФК), гиппокампа и миндалины. Было установлено общее снижение кровотока и объема ПФК и гиппокампа, в то время как объем миндалины увеличивался [42]. В нормальных условиях ПФК оказывает тормозное действие на миндалину. При депрессии происходит снижение активности ПФК, что способствует усилению тревоги и страха. Нарушение функционирования гиппокампа ведет к снижению когнитивных функций. В результате патогистологических исследований установлено снижение количества синапсов и экспрессия генов, связанных с синаптической функцией CALM 2 SYN1 RAB3A RAB4B TUBB3 в ПФК. Это объясняется снижением уровня глутамата в глии, и увеличением его в крови, то есть повышенной активацией глутаматергических процессов [11, 12].

Относительно недавно было установлено, что практически во всех этих процессах принимает участие кофермент адеметионин. S-аденоцил-L-метионин образуется в результате реакции метионина, воды и АТФ с помощью метионинденозилтрансферазы (МАТ) [52]. Основные пути метаболизма заключаются в трансметилировании, транссульфировании и трансамино-пропилировании [29]. Процесс транссульфурирования заключается в синтезе глутатиона и таурина, имеющих детоксикационную функцию (защита клетки от свободных радикалов, экзогенных и эндогенных веществ). Глутатион синтезируется через гомоцистеин, накопление которого усугубляет окислительный стресс, препятствует накоплению и активации новых белков, что приводит к апоптозу и провоцирует развитие воспалительного процесса [21]. По некоторым данным, накопление гомоцистеина сопряжено с усугублением окислительного стресса при депрессивных состояниях [5]. Декарбоксилирование, осуществляемое посредством адеметионин-декарбоксилазы, переходит в аминопропилирование, в результате которого образуются полииамины. Их основная роль заключается в защите ДНК от повреждения [14]. В патогенетическом механизме депрессии важную роль играет трансметилирование. Являясь донором метильных групп, адеметионин способствует выработке норадреналина и серотонина [6, 21, 23, 49], усиливает дофаминергическую активность и способствует увеличению экспрессии BDNF [51].

При ознакомлении с данными современных биологических исследований патогенеза депрессий обращает на себя внимание значительный их отрыв от клиники. Авторы, не являясь клини-

цистами, проводят отбор клинического материала без учета всего его синдромально-нозологического разнообразия и конституционального преморбидса. Вследствие этого результаты таких исследований становятся спорными, неоднозначными и малоприменимыми в реальной клинической практике.

Поиск работ, посвященных корреляциям между клинической картиной и выраженностю депрессий, с одной стороны, и типологией личности — с другой, дал более скромные результаты. Практически все авторы, изучавшие этот вопрос, обнаружили, что депрессивные расстройства протекают тяжелее при наличии коморбидного расстройства личности [43, 55, 60]. В большинстве исследований речь идет о лицах с преобладанием пограничных, неустойчивых, демонстративных черт [31, 60, 61]. Есть некоторые данные относительного пограничного личностного расстройства, согласно которым наличие его симптомов в подростковом возрасте может провоцировать депрессию в будущем [58]. В исследовании Крыловой Е. С., опубликованном в 2021 г., рассматривается первый депрессивный эпизод в динамике расстройства личности у подростков. В этом исследовании расстройства личности рассматривались в соответствии с течением юношеской депрессии: с невротическими, сверхценными, аддиктивными расстройствами, юношеской астенической несостоятельностью (ЮАН), аттенуированной психотической симптоматикой (АПС). Были обнаружены определенные взаимосвязи между симптомами и расстройством личности: аддиктивная симптоматика была свойственна пограничным и нарциссическим расстройствам, сверхценная — нарциссическим и шизоидным, невротическая наблюдалась у тревожных и пограничных, а ЮАН и АПС отличались более редкой встречаемостью и чаще обнаруживались при шизоидном, тревожном и пограничном РЛ, а с АПС при шизоидном и пограничном РЛ [10]. Наибольшая длительность депрессии свойственна лицам неустойчивого типа [19]. Некоторые авторы обращают внимание на смешанное РЛ, когда преобладают сразу несколько личностных проявлений. В этой группе также отмечается увеличение частоты выявления депрессивных расстройств [10, 59].

Собственные эмпирические наблюдения позволили определить значительное клиническое разнообразие депрессий при расстройствах личности.

Депрессии у личностей с паранойальной психопатией (параноидное расстройство личности) как правило реактивные, тревожные и краткосрочные. Параноики и «фанатики» (по П. Б. Ганнушкину) очень часто маскируют ситуационные депрессивные реакции идеями ущерба или ипохондрией. Ключевое переживание при таких депрессиях часто связано с поражением в схватке

с «хитрым и коварным» соперником, а также не достижением цели с откатом на стартовые позиции. Депрессии у таких пациентов крайне трудно верифицировать в связи с их известной склонностью к активной диссимуляции.

Депрессии у личностей с шизоидной психопатией (шизоидное расстройство личности) в большинстве случаев эндогенные или эндреактивные, по структуре — тоскливо-апатические с отчетливой ангедонией и алекситимией. Эти депрессии отличаются довольно затяжным течением (дистимия) и маскируются привычной для них склонностью к аутизации, уединению и избеганию социальных контактов. Ганнушкинские «чудаки», «аутисты» и «мечтатели» обнаруживают различные кататимные переживания образов, связанных со стыдом за собственные эмоции и самоуничижением после разрыва со значимым субъектом.

Депрессии у неустойчивых психопатов (диссоциальное расстройство личности) протекают часто в виде краткосрочныхультрабыстрых фаз. Они реактивные или эндреактивные, нередко биполярные, чередующиеся со смешанным дисфорическим эффектом. Такие депрессии, как правило, маскируются садистическими и противоправными антисоциальными действиями (социопатия). Ключевое переживание этих больных связано с принуждением к ответу, наказанием и ущемлением их эго-нарцисстических комплексов. При диагностике депрессий у таких психопатов всегда надо помнить об их склонности к агравации и симуляции.

Пациенты с возбудимой, эпилептоидной психопатией (импульсивный тип эмоционально-неустойчивого расстройства личности) обнаруживают чаще продолжительные (риgidность аффекта) реактивные тоскливо-дисфорические депрессии с алекситимией. Такие депрессии сложны в диагностике, так как нередко маскируются возбудимым поведенческим «фасадом» с постоянным недовольством, импульсивной агрессией и самоповреждениями. Ключевое переживание таких пациентов ассоциировано с выходом ситуации из-под контроля, принуждением к инакомыслию, невозможностью терпеть несправедливость, изменой, предательством и т.п.

Депрессии эмотивно-лабильных циклоидов (пограничный тип эмоционально-неустойчивого расстройства личности) эндогенные или эндреактивные с отчетливым и клинически оформленным, хорошо вербализируемым тоскливым, тревожным, апатическим или смешанным аффектом с ангедонией. Они имеют фазовое циклотимическое течение и протекают классическими эпизодами без маскирования. Эти пациенты со свойственными им гипернозгнозией и агравацией жалоб описывают ключевые переживания, связанные с отказом от взаимодействия, разрывом социальных связей, изменой, эмоцио-

нальным лишением, отсутствием поощрения и эмоционального подкрепления.

Депрессии у истериков (истерическое расстройство личности) возникают реактивно, часто — индуцированно, протекают поверхностно, краткосрочно и представлены тревожными, ипохондрическими и соматоформными (конверсионными) симптомами. Нередко наблюдаются диссоциативные «маски». Ключевое переживание депрессий у истериков — ситуация одиночества и потери внимания со стороны окружающих, потеря внешней привлекательности, разрыв эмоционально насыщенных связей.

Депрессии при психастенической психопатии (ананкастное и тревожное или «уклоняющееся» расстройство личности) преимущественно эндогенные или эндреактивны, тревожны, а порой и ажитированы. Эти депрессии, как правило, затяжные и маскируются обсессивно-компульсивными и тревожно-фобическими нарушениями с паническими атаками. Диагностику существенно затрудняет интровертная склонность психастеников к диссимуляции. Ключевым переживанием является страх несоответствия ожиданиям окружающих в ситуациях повышенной ответственности, цейтнота, при смене привычного жизненного стереотипа.

Астенические психопаты (расстройство типа зависимой личности) демонстрируют в основном эндреактивные или эндогенные депрессии с ангедонией, апатией, астенией, слезливостью, адинамией и ипохондрией. Они часто затяжные и маскируются соматоневрологическими симптомами, психоорганическим синдромом и слабодушием. Ключевым депрессивным переживанием астеников оказывается чувство несостоятельности при повышенных нагрузках, дедлайнах, многозадачности, а также при попадании в ситуации, которые сопряжены с повышенной ответственностью.

Подводя итог анализу литературных источников и данных собственных эмпирических наблюдений, можно констатировать значительный прогресс в области современной нейробиологии и нейрохимии депрессий. Сегодня можно с уверенностью говорить о том, что окончательно установлены основные этио-патогенетические пути их развития: моноаминовая, стрессовая, воспалительная, глутаматная и генетическая теории. Очевидно, что все они взаимосвязаны и затрагивают одни и те же биохимические процессы, влияющие на нейромедиаторную активность организма. Между тем, эти уникальные достижения современной науки остаются фактически не востребованы в практической психиатрии, так как абсолютно не ассоциированы с клиническими, синдромально-нозологическими и конституциональными вариациями депрессивных расстройств. Для этого необходимо восстановление клинико-психопатологической методо-

логии диагностики депрессий с обязательным учетом их конституционально-личностной предрасположенности. Эмпирические данные показывают значительные синдромальные и клинико-динамические вариации депрессивных расстройств при коморбидной личностной патологии.

В этой связи становятся актуальными междисциплинарные исследования депрессий усилиями совместных научных коллективов клинически ориентированных психиатров и представителей фундаментальных наук.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдуллаева В. К., Нурходжаев С. Н. Клинико-психопатологическая характеристика депрессивных расстройств, коморбидных с расстройствами личности // Актуальные проблемы психиатрии, наркологии, психо-А437 терапии и клинической психологии: сб. науч. трудов. — С. 4.
2. Алфимова М. В., Мельникова Т. С., Голимбет В. Е. Молекулярно-генетические и электроэнцефалографические маркеры когнитивных процессов при депрессивных расстройствах. Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2015; 115(5): 103 – 109.
3. Всемирная организация здравоохранения, 13 сентября 2021 г. Institute of Health Metrics and Evaluation. Global Health Data Exchange (GHDx). <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool?params=gbd-api-2019-permalink/d780dffbe8a381b25e1416884959e88b>.
4. Дубинина Е. Е. Основные биохимические аспекты патогенеза депрессии. Часть 1 / Е. Е. Дубинина, Л. В. Щедрина, Г. Э. Мазо // Успехи физиологических наук. — 2018. — Т. 49. — № 1. — С. 28 – 49. — EDN YMARIC.
5. Дубинина Е. Е., Щедрина Л. В., Мазо Г. Э. Основные биохимические аспекты патогенеза депрессии. Часть 2 // Успехи физиологических наук. — 2018. — Т. 52. — № 1. — С. 31 – 48.
6. Грищенко Е. Б., Щекина М. И. Депрессии и патология печени: современные возможности терапии // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2014. — Т. 16. — № 4. — С. 52 – 57.
7. Иванец Н. Н. и др. Генетические и клинические предикторы эффективности терапии депрессивных расстройств // Журнал неврологии и психиатрии им. СС Корсакова. — 2017. — Т. 117. — № 10. — С. 55 – 64.
8. Иванова А. А. Проблема лекарственной резистентности и методы её решения при лечении депрессии / А. А. Иванова // Молодежь в науке: Новые аргументы: III Международный молодежный сборник научных статей / Отв. ред. А. В. Горбенко. — Липецк : Научное партнерство “Аргумент”, 2019. — С. 65 – 73.
9. Каминская Ю. М. Возможности применения адеметионина в психиатрической и наркологической практике // Медицинские новости. 2016. № 3 (258). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/vozmozhnosti-primeneniya-ademetionina-v-psichiatricheskoy-i-narkologicheskoy-praktike> (дата обращения: 17.09.2022).
10. Крылова Е. С. Первый депрессивный эпизод в динамике расстройства личности в юношеском возрасте / Е. С. Крылова // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2021. — Т. 121. — № 5 – 2. — С. 35 – 40. — DOI: 10.17116/jneuro202112105235. — EDN JZAEGY.
11. Кудряшов Н. В., Устинова М. В., Калинина Т. С. Модуляторы глутаматных NMDA-рецепторов — перспективная группа антидепрессантов // Экспериментальная и клиническая фармакология. — 2018. — Т. 81. — № 8. — С. 26 – 36
12. Мосолов С. Н., Федорова Е. Ю. Новый взгляд на патогенез депрессии: возможно ли появление быстродействующих антидепрессантов? // Современная терапия психических расстройств. — 2020. — № 3. — С. 2E10. — DOI: 10.21265/PSYPH.2020.79.58.001ю
13. Полунина А. Г. и др. Депрессия как особый режим функционирования мозга: данные нейровизуализационных исследований // Журнал неврологии и психиатрии им. СС Корсакова. — 2013. — Т. 113. — № 1. — С. 69 – 76.
14. Птицина С. Н. Уникальная роль адеметионина в метаболизме клетки и его фармакологический потенциал // Фарматека. — 2010. — Т. 20. — № 213. — С. 26 – 34.
15. Смулевич А. Б., Дубницкая Э. Б., Иванов С. В. Опыт и перспективы применения гептрагала при терапии депрессий // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2002. — Т. 4. — № 3. — С. 99 – 101.
16. Субботская Н. В. Психопатоподобные депрессии с истерическими расстройствами. Ч. 1. Психиатрия. 2018; 1(77): 32 – 38. DOI: 10.30629/2618-6667-2018-77-32-38.
17. Яковлева А. Л. Клинико-динамические и терапевтические особенности аффективных расстройств, коморбидных с расстройствами личности : дис. — Томск, 2016: 25, 2016.
18. Abeysundera H., Gill R. Possible SAMe-induced mania. BMJ Case Rep. 2018 Jun 27; 2018: bcr2018224338. DOI: 10.1136/bcr-2018-224338. PMID: 29950497; PMCID: PMC6040551.
19. Andrew E. Skodol, Carlos M. Grilo, Katherine M. Keyes, Timothy Geier, Bridget F. Grant, and Deborah S. Hasin. Relationship of Personality Disorders to the Course of Major Depressive Disorder in a Nationally Representative Sample. American Journal of Psychiatry 2011 168:3, 257 – 264.
20. Andrew E. Skodol, Carlos M. Grilo, Katherine M. Keyes, Timothy Geier, Bridget F. Grant, and Deborah S. Hasin. Relationship of Personality Disorders to the Course of Major Depressive Disorder in a Nationally Representative Sample. American Journal of Psychiatry 2011 168:3, 257 – 264
21. Asp M. et al. Recognition of personality disorder and anxiety disorder comorbidity in patients treated for depression in secondary psychiatric care // PLoS one. — 2020. — Т. 15. — № 1. — С. e0227364.
22. Bottiglieri T. et al. S-adenosylmethionine influences monoamine metabolism // The Lancet. — 1984. — Т. 324. — № 8396. — С. 224.

23. Bentley S. M., Pagalilauan G. L., Simpson S. A. Major depression. *Med Clin North Am.* 2014 Sep; 98(5): 981 – 1005. DOI: 10.1016/j.mcna.2014.06.013. PMID: 25134869.
24. Cantoni G. L. The Nature of the Active Methyl Donor Formed Enzymatically from L-Methionine and Adenosinetriphosphate (англ.) // *J Am Chem Soc* (англ.)рус. : journal. — 1952. — Vol. 74, no. 11. — P. 2942 – 2943. — DOI: 10.1021/ja01131a519.
25. Cuomo A., Beccarini Crescenzi B., Bolognesi S. et al. S-Adenosylmethionine (SAMe) in major depressive disorder (MDD): a clinician-oriented systematic review. *Ann Gen Psychiatry* 19, 50 (2020).
26. Czyrak A., Rogóz Z., Skuzo G., Zajaczkowski W., Maj J. Antidepressant activity of S-adenosyl-L-methionine in mice and rats. *J Basic Clin Physiol Pharmacol.* 1992 Jan-Mar;3(1):1 – 17. DOI: 10.1515/jbcpp.1992.3.1.1. PMID: 1504060.
27. De Berardis D., Orsolini L., Serroni N., Girinelli G., Iasevoli F., Tomasetti C., de Bartolomeis A., Mazzia M., Valchera A., Fornaro M., Perna G., Piersanti M., Di Nicola M., Cavuto M., Martinotti G., Di Giannantonio M. A comprehensive review on the efficacy of S-Adenosyl-L-methionine in Major Depressive Disorder. *CNS Neurol Disord Drug Targets.* 2016; 15(1): 35 – 44. DOI: 10.2174/1871527314666150821103825. PMID: 26295824.
28. Edberg D., Hoppensteadt D., Walborn A., Fareed J., Sinacore J., Halaris A. Plasma MCP-1 levels in bipolar depression during cyclooxygenase-2 inhibitor combination treatment. *J Psychiatr Res.* 2020 Oct; 129: 189 – 197. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2020.06.010. Epub 2020 Jul 30. PMID: 32763585.
29. Galizia I., Oldani L., Macritchie K., Amari E., Dougall D., Jones T. N., Lam R. W., Massei G. J., Yatham L. N., Young A. H. S-adenosyl methionine (SAMe) for depression in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 10. Art. No.: CD011286. DOI: 10.1002/14651858.CD011286.pub2. Accessed 03 September 2022.
30. Gao J., Cahill C. M., Huang X., Roffman J. L., Lamont-Fava S., Fava M., Mischoulon D., Rogers J. T. S-Adenosyl Methionine and Transmethylation Pathways in Neuropsychiatric Diseases Throughout Life. *Neurotherapeutics.* 2018 Jan; 15(1): 156 – 175. DOI: 10.1007/s13311-017-0593-0. PMID: 29340929; PMCID: PMC5794704.
31. Halaris A., Sohl E., Whitham E. A. Treatment-Resistant Depression Revisited: A Glimmer of Hope. *J. Pers. Med.* 2021, 11, 155. DOI: 10.3390/jpm11020155.
32. Iacoviello B. M., Alloy L. B., Abramson L. Y., Whitehouse W. G., Hogan M. E. The Role of Cluster B and C Personality Disturbance in the Course of Depression: A Prospective Study. *Journal of Personality Disorders.* 2007; 21(4): 371 – 383. DOI: 10.1521/pedi.2007.21.4.371.
33. Jerry L. Halverson, Ravinder q Bhalla, Pascale Moraille-Bhalla, Louise B. Andrew, Rachel C. Leonard. Depression. *Medscape Medical News.* Aug 06, 2020.
34. Karas Kuzelički N. S-Adenosyl methionine in the therapy of depression and other psychiatric disorders // *Drug development research.* — 2016. — № 77. — 4 7. — №. 346 – 356.
35. Kubera M. et al. A new animal model of (chronic) depression induced by repeated and intermittent lipopolysaccharide administration for 4 months // *Brain, behavior, and immunity.* — 2013. — Т. 31. — С. 96 – 104.
36. Lampe L., Malhi G. Avoidant personality disorder: current insights. *Psychology Research and Behavior Management.* 2018; 11: 55 – 66. DOI: 10.2147/PRBM.S121073.
37. Losada M. E., Rubio M. C. Acute effects of S-adenosyl-L-methionine on catecholaminergic central function. *Eur J Pharmacol.* 1989 Apr 25; 163(2 – 3): 353 – 6. DOI: 10.1016/0014-2999(89)90205-7. PMID: 2566505.
38. Lye M. S., Tey Y. Y., Tor Y. S., Shahabudin A. F., Ibrahim N., Ling K. H., Stanslas J., Su-Peng L., Rosli R., Lokman K. A., Badamasi I. M., Aldoghaachi A. F., Razak N. A. A. Predictors of recurrence of major depressive disorder. *PLoS ONE.* 2020; 15(3): 1 – 15. DOI: 10.1371/journal.pone.0230363.
39. Malhi G. S., Moore J., McGuffin P. The genetics of major depressive disorder. *Curr Psychiatry Rep.* 2000 Apr; 2(2): 165 – 9. DOI: 10.1007/s11920-000-0062-y. PMID: 11122950.
40. Monaco P., Quattrocchi F. Studio degli effetti antidepressivi di un transmetilante biologico (S-adenosyl-metionina-SAMe) [Study of the antidepressive effects of a biological transmethylating agent (S-adenosyl-methione or SAM)]. *Riv Neurol.* 1979 Nov-Dec; 49(6): 417 – 39. Italian. PMID: 549212.
41. Mischoulon D., Price L. H., Carpenter L. L., Tyrka A. R., Papakostas G. I., Baer L., Dording C. M., Clain A. J., Durham K., Walker R., Ludington E., Fava M. A double-blind, randomized, placebo-controlled clinical trial of S-adenosyl-L-methionine (SAMe) versus escitalopram in major depressive disorder. *J Clin Psychiatry.* 2014 Apr; 75(4): 370 – 6. DOI: 10.4088/JCP.13m08591. PMID: 24500245; PMCID: PMC5360105.
42. Meier T. B., Drevets W. C., Wurzel B. E. et al. Relationship between neurotoxic kynurenone metabolites and reductions in right medial prefrontal cortical thickness in major depressive disorder // *Brain Behav Immun.* 2016. V. 53. P. 39.
43. Murata S., Murphy M., Hoppensteadt D., Fareed J., Welborn A., Halaris A. Effects of adjunctive inflammatory modulation on IL-1 β in treatment resistant bipolar depression. *Brain Behav Immun.* 2020 Jul; 87: 369 – 376. DOI: 10.1016/j.bbi.2020.01.004. Epub 2020 Jan 7. PMID: 31923551.
44. Newton-Howes G., Tyrer P., and Johnson T. (2006). Personality disorder and the outcome of depression: Meta-analysis of published studies. *British Journal of Psychiatry,* 188(1), 13 – 20. DOI: 10.1192/bj.188.1.13.
45. Noureddin M., Sander-Struckmeier S., Mato J. M. Early treatment efficacy of S-adenosylmethionine in patients with intrahepatic cholestasis: A systematic review // *World journal of hepatology.* — 2020. — Т. 12. — № 2. — С. 46.

46. Nuñez N. A., Joseph B., Pahwa M., Kumar R., Resendez M. G., Prokop L. J., Veldic M., Seshadri A., Biernacka J. M., Frye M. A., Wang Z., Singh B. Augmentation strategies for treatment resistant major depression: A systematic review and network meta-analysis. *J Affect Disord.* 2022 Apr 1; 302: 385 – 400. DOI: 10.1016/j.jad.2021.12.134. Epub 2022 Jan 2. PMID: 34986373; PMCID: PMC9328668.
47. Papakostas G. I. et al. S-adenosyl methionine (SAMe) augmentation of serotonin reuptake inhibitors for antidepressant nonresponders with major depressive disorder: a double-blind, randomized clinical trial // American Journal of Psychiatry. — 2010. — Т. 167. — № 8. — С. 942 – 948.
48. Papakostas G. I., Alpert J. E., Fava M. S-adenosyl-methionine in depression: a comprehensive review of the literature. *Curr Psychiatry Rep.* 2003 Dec; 5(6): 460 – 6. DOI: 10.1007/s11920-003-0085-2. PMID: 14609501.
49. Saccarello A., Montarsolo P., Massardo I., Picciotto R., Pedemonte A., Castagnaro R., Brasesco P. C., Guida V., Picco P., Fioravanti P., Montisci R., Schiavetti I., Vanelli A. Oral Administration of S-Adenosylmethionine (SAMe) and Lactobacillus Plantarum HEAL9 Improves the Mild-To-Moderate Symptoms of Depression: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Study. *Prim Care Companion CNS Disord.* 2020 Jun 25; 22(4): 19m02578. DOI: 10.4088/PCC.19m02578. PMID: 32589828.
50. Sachinvala N. D., Teramoto N., Stergiou A. Proposed Neuroimmune Roles of Dimethyl Fumarate, Bupropion, S-Adenosylmethionine, and Vitamin D₃ in Affording a Chronically Ill Patient Sustained Relief from Inflammation and Major Depression. *Brain Sci.* 2020 Aug 31;10(9):600. DOI: 10.3390/brainsci10090600. PMID: 32878267; PMCID: PMC7563300.
51. Sandra Tillmann, Denise F. Happ, Per F. Mikkelson, Juergen Geisel, Gregers Wegener, Rima Obeid, Behavioral and metabolic effects of S-adenosylmethionine and imipramine in the Flinders Sensitive Line rat model of depression, Behavioural Brain Research, Volume 364, 2019, Pages 274 – 280, ISSN 0166 – 4328.
52. Sarris J., Murphy J., Stough C., Mischoulon D., Bousman C., MacDonald P., Adams L., Nazareth S., Oliver G., Cribb L., Savage K., Menon R., Chamoli S., Berk M., Ng C. H., Byrne G. J. S-Adenosylmethionine (SAMe) monotherapy for depression: an 8-week double-blind, randomised, controlled trial. *Psychopharmacology (Berl).* 2020 Jan; 237(1): 209 – 218. DOI: 10.1007/s00213-019-05358-1. Epub 2019 Nov 11. PMID: 31712971.
53. Sarris J., Price L. H., Carpenter L. L., Tyrka A. R., Ng C. H., Papakostas G. I., Jaeger A., Fava M., Mischoulon D. Is S-Adenosyl Methionine (SAMe) for Depression Only Effective in Males? A Re-Analysis of Data from a Randomized Clinical Trial. *Pharmacopsychiatry.* 2015 Jul; 48(4 – 5): 141 – 4. DOI: 10.1055/s-0035-1549928. Epub 2015 May 26. PMID: 26011569; PMCID: PMC5380442.
54. Sharma A., Gerbarg P., Bottiglieri T., Massoumi L., Carpenter L. L., Lavretsky H., Muskin P. R., Brown R. P., Mischoulon D. as Work Group of the American Psychiatric Association Council on Research. S-Adenosylmethionine (SAMe) for Neuropsychiatric Disorders: A Clinician-Oriented Review of Research. *J Clin Psychiatry.* 2017 Jun; 78(6): e656 – e667. DOI: 10.4088/JCP.16r11113. PMID: 28682528; PMCID: PMC5501081.
55. Shen Y. et al. Differential effect of chronic antidepressant treatments on lipopolysaccharide-induced depressive-like behavioural symptoms in the rat // *Life Sciences.* — 1999. — Т. 65. — № 17. — С. 1773 – 1786.
56. Skodol A. E. et al. Relationship of personality disorders to the course of major depressive disorder in a nationally representative sample // *American Journal of Psychiatry.* — 2011. — Т. 168. — № 3. — С. 257 – 264.
57. Steven D. Targum, Beth R. Cameron, Ludvina Ferreira, I. David MacDonald, An augmentation study of MSI-195 (S-adenosylmethionine) in Major Depressive Disorder, *Journal of Psychiatric Research,* Volume 107, 2018, Pages 86 – 96, ISSN 0022 – 3956.
58. Targum S. D., Cameron B. R., Ferreira L., MacDonald I. D. An augmentation study of MSI-195 (S-adenosylmethionine) in Major Depressive Disorder. *J Psychiatr Res.* 2018 Dec; 107: 86 – 96. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2018.10.010. Epub 2018 Oct 18. PMID: 30368163.
59. Winsper C., Wolke D., Scott J., Sharp C., Thompson A., Marwaha S. Psychopathological outcomes of adolescent borderline personality disorder symptoms. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry.* 2020; 54(3): 308 – 317. DOI: 10.1177/004867419882494.
60. Wongpakaran N., Wongpakaran T., Boonyanaruthee V., Pinyopornpanish M., Intaprasert S. Comorbid personality disorders among patients with depression. *Neuropsychiatric Disease and Treatment.* 2015;11:1091-1096. DOI: 10.2147/NDT.S82884.
61. Young M. Prognostic Significance of Personality Disorders in Patients with Major Depressive Disorder. *Current Treatment Options in Psychiatry.* 2020; 7(4): 559 – 569. DOI: 10.1007/s40501-020-00227-7.
62. Zheng Y., Severino F., Hui L., Wu H. S., Wang J., Zhang T. Co-Morbidity of DSM-IV Personality Disorder in Major Depressive Disorder Among Psychiatric Outpatients in China: A Further Analysis of an Epidemiologic Survey in a Clinical Population. *Frontiers in Psychiatry.* 2019; 10(11): 1 – 9. DOI: 10.3389/fpsyg.2019.00833.

Доступность психологической и психотерапевтической помощи в Республике Беларусь: иллюзии и реальность

Ф. Б. Плоткин¹, Т. В. Короткевич² (Республика Беларусь)

При таком положении вещей мы нуждаемся не просто в частичном исправлении ситуации, но в полном и радикальном ее обновлении. Хаос и беспорядок настолько широко распространились и достигли такой точки, что намного превзошли все ранее известные пределы.

Рене Генон. «Кризис современного мира» [1, с.25].

Указаны некоторые обстоятельства, вызывающие нарушение личностного функционирования и интерперсональных отношений в Республике Беларусь в последнее время. Обращается внимание на повышение спроса населения на психологические и психотерапевтические услуги. Рассмотрены особенности формирования в Республике Беларусь кадрового состава психотерапевтической службы. Приведены международные стандарты при подготовке психотерапевтов и высказывания авторитетных специалистов по поводу существующего состояния дел в этой области на постсоветском пространстве. Анализируется ситуация с ростом в стране числа лиц, получающих в упрощенной форме диплом психолога и оказывающих нелицензированную психологическую помощь населению без какого-либо контроля со стороны профессионального сообщества. Высказываются осторожные сомнения по поводу качества такой помощи. Рассмотрены обстоятельства выбора медицинской профессии. Характеризуются некоторые личностные особенности людей, избирающих своей профессией медицину, а особенно отрасли, связанные с охраной психического здоровья. Упоминается о потенциально возможном отборе кандидатов на приобретение медицинской профессии.

Ключевые слова: психотерапия, психология, выбор профессии, призвание, личностные особенности, профессиональный отбор.

В настоящее время в силу различных особенностей современных общественно-политических процессов у ряда жителей республики возникли определенные проблемы в области психологической адаптации к текущей жизненной ситуации. Старший преподаватель кафедры психотерапии и медицинской психологии БелМАПО В. И. Семак провел исследование по изучению спроса на психологические услуги у граждан Республики Беларусь [2]. По данным автора, 35,8 % респондентов отметили, что COVID-19 оказал негативное влияние на их психологическое состояние. 76,1 % респондентов отметили, что процессы, происходящие в общественно-политической жизни Беларуси, негативно сказались на их психологическом состоянии. Спрос на психологическую помощь, по мнению автора, будет только расти.

Исследования автора были проведены в 2020 – 2021 гг. События же 2022 г. в сопредельных государствах, имеющие влияния и на внут-

ренние процессы в нашей стране, так же негативно сказываются на рассматриваемой ситуации. Противоположное отношение к происходящим событиям представителей старшего и молодого поколений, связанное, в значительной степени, с получением информации из разных источников, приводит к конфликтам, ухудшению психологического климата и серьезному разладу в семье. Нередки и серьезные разногласия между супружами из-за порой полярных точек зрения; они не слышат, не понимают друг друга и не могут договориться, и их отношения приходят на грань разрыва³.

Поскольку квалифицированная помощь доступна далеко не всем нуждающимся в ней, невротизация населения в рассматриваемой ситуа-

¹ Врач психиатр-нарколог.

² Врач-организатор здравоохранения, канд. мед. наук, доцент.

³ Напомним читателям, что в сентябре 2001 года несколько организаций, включая Национальные институты здравоохранения, компанию Пфайзер (Pfizer) и «New York Times Foundation» созвали экспертные группы, чтобы те рекомендовали лучшие методы лечения для людей, получивших «психологическую травму в ходе атаки на Всемирный торговый центр». Аналогичные действия, как представляется, должны предпринять и наши республиканские медицинские службы.

ции проявляет себя стремлением людей самостоятельно принимать некоторые препараты, обладающие седативным действием. Так, отмечен рост продаж в аптечной сети настойки валокордина, корвалола, адаптола, фенибута и других безрецептурных средств с седативным действием. Растет и уровень потребления рецептурных препаратов с аналогичным действием и антидепрессантов⁴. Известно, что некоторые лица с целью снятия эмоционального напряжения, облегчения тягостного соматического состояния, повышения настроения, купирования навязчивых страхов, тревоги, нарушений сна, искусственной дезактуализации психотравмирующих ситуаций прибегают к приему алкоголя⁵. В республике сохраняется высокий уровень продаж алкогольных напитков в розничной торговле (1 полугодие 2022 г. — 4,9 л на душу населения старше 15 лет).

По данным указанного выше автора, 76,6 % опрошенных считают, что психотерапевты и психологи смогут помочь людям решить их проблемы. На страже ментального здоровья жителей республики стоят работающие в системе Минздрава РБ 1090 врачей-психиатров-наркологов, 297 врачей-психотерапевтов и 629 медицинских психологов [4]. В приводимом выше исследовании выяснилось, что только 6 % респондентов доверяют государственным учреждениям. А спрос, как известно, рождает предложение. И в этих условиях большинство указанных специалистов открывают в том или ином виде частную практику, тем более, что лицензирование подобной деятельности в РБ не предусмотрено. В некоторых случаях коллеги оформляют индивидуальное предпринимательство, другие же предпочитают оставаться вне зоны наблюдения налоговых служб. Часть специалистов реклами-

рует свои услуги в Интернете, другие же используют иные способы привлечения клиентов. Вероятно, частная практика до такой степени устраивает некоторых коллег, что они оставляют работу в государственных или иных структурах и занимаются исключительно индивидуальной деятельностью⁶.

Перед тем, как обсуждать уровень оказания помощи пациентам с ментальными проблемами, сделаем четкое заявление. В Республике Беларусь существует определенное количество специалистов, имеющих соответствующую подготовку и способных на европейском уровне работать с пациентами⁷. Другое дело, что количество пациентов, которым доступна помощь подобного уровня, исчезающее мало.

Наиболее привлекательным для ищущих помощь людей, имеющих проблемы ментального свойства, является консультация психотерапевта (обращения к психиатру многие в силу ряда причин стараются избегать). Что же касается отечественных психотерапевтов, то следует отметить, что формирование кадрового состава психотерапевтической службы в РБ происходило несколько своеобразным образом. Основная масса психотерапевтов рекрутировалась не из психиатров, а из врачей общей медицинской практики. Любой врач, будь то, к примеру, терапевт или гинеколог, оформлялся на ставку психотерапевта, а затем направлялся на кафедру психотерапии и медицинской психологии МАПО для 4-месячной специализации по психотерапии⁸, после чего уже смело именовался психотерапевтом⁹. Более того, любой имеющий врачебный диплом, может самостоятельно прослушать данный курс, оплатив предварительно в МАПО 6500 бел. рублей (около 2600 долл.),

⁴ В настоящее время врачи общей практики в стране получили право выписывать антидепрессанты. Трудно проследить, насколько пациентами выполняются правила и сроки приема, особенно учитывая обусловленное обычным жизненным опытом желание получить непосредственную реакцию на прием медикаментов в ближайшее время.

⁵ Многочисленные психотропные эффекты этанола детально рассмотрены нами в работе «Будем лечить или пускай пьют? Похвальное слово Алкоголю» [3].

⁶ В 1940 г. два будущих лауреата Нобелевской премии по экономике Милтон Фридман (1976 г.) и Саймон Кузнец (1971 г.) опубликовали работу «Доходы от независимой частной практики врачей». Вывод исследования в том, что «медицина предоставляет лишь ограниченные возможности для повышения доходов врачей по сравнению с доходами дантистов». Мы не проследили, как разрешилась проблема в дальнейшем, но можем предположить, что описание способов получения доходов отечественными специалистами могло бы стать ценным вкладом в экономическую науку.

⁷ В республике имеется определенное количество высококвалифицированных психологов, обладающих европейскими сертификатами, и вне системы здравоохранения, но они в основном заняты преподавательской деятельностью на соответствующих кафедрах профильных ВУЗов, а также организацией и проведением многочисленных тренингов и семинаров, которые доступны любому желающему при условии предварительной оплаты с последующим получением соответствующего сертификата.

⁸ «Психотерапевтическое искусство, — утверждает проф. Ю. И. Полищук, — почти не передается и не усваивается путем стандартизированного обучения» [5].

⁹ Ректор Восточно-Европейского Института Психоанализа проф. М. М. Решетников отмечает, что «многие начинают позиционировать себя в качестве психотерапевтов, не имея ни малейших представлений о том, как развивается и как функционирует психика в норме и патологии» [6]. Этот же автор употребляет термин «ремесленники от психотерапии».

и по окончании его позиционировать себя в качестве психотерапевта¹⁰.

Напомним читателю, что «Совет по психиатрии Европейского союза медицинских специальностей» рекомендует 5-летний период последипломной психиатрической подготовки, в течение которого обучающиеся психиатрии врачи должны изучать общую психиатрию, детскую и подростковую психиатрию, гериатрическую психиатрию, аддиктивную психиатрию, психотерапию и получить навыки в лечении пациентов с различными психическими расстройствами. В соответствии с «Руководством по последипломному психиатрическому образованию в Европе Европейской психиатрической ассоциации», психотерапевтическая подготовка, как часть процесса последипломного психиатрического образования, является обязательной, в первую очередь для того, чтобы клиницист научился общаться, взаимодействовать с пациентом и его ближайшим окружением таким образом, чтобы общение становилось благотворным для них» [8]. Укажем здесь так же, что Американская ассоциация групповой психотерапии рекомендует для обучения группового терапевта как минимум 300 часов клинического опыта групповой терапии и 75 часов супervизии. Европейская Ассоциация психотерапии (EAP), к примеру, выдает Европейский сертификат по психотерапии после посещения минимум 3200 учебных часов, как по общей психотерапии, так и по конкретной сфере терапевтического воздействия [9]¹¹.

Проблемы подготовки психотерапевтов и допуска их к практической деятельности на постсоветском пространстве обсуждаются рядом ведущих российских специалистов в данной области. «Существуют серьезные проблемы с личной психотерапией, — отмечает руководитель модальности «Системная семейная психотерапия» в Общероссийской профессиональной психотерапевтической лиге проф. А. Я. Варга в статье с выразительным названием «О профанации психотерапии». — Личная терапия психотерапевта абсолютно необходима для того, чтобы он не вносил личные проблемы в терапевтический

процесс со своими клиентами. Чтобы он видел и понимал, где его потребности, комплексы, мотивы, а где профессиональная работа, происходящая по профессиональным стандартам... Человек может прочесть кучу профессиональных книг, пройти множество тренингов, но если он не прошел свою психотерапию и не получил сотни часов супervизии¹² своей практики, — он не может быть эффективным психотерапевтом¹³. Он чего-то такое общается со страдающими людьми и может даже помогать им, но психотерапией он не занимается. Чаще всего просто тешит свое тщеславие и играет в свое величие, пользуясь неграмотностью людей» [11].

«Многие из начинающих психотерапевтов, — обращает наше внимание Ролло Мэй, — главное внимание уделяют техникам; это наиболее действенное из доступных им средств для снятия собственного страха в бескураживающих психотерапевтических столкновениях с пациентом» [12, с. 28]. Укажем в связи с вышеизложенным и на мнение К. Ясперса, который подчеркивал, что «психотерапевт, не видящий глубин собственной души, не может по-настоящему проникнуть в глубинные слои психической жизни своего пациента: ведь при любой попытке такого проникновения на психотерапевта действуют чуждые импульсы, которые ему необходимо понять. Психотерапевт, не способный помочь самому себе, не может оказать реальной помощи другому» [13, с. 968]. Здесь также уместно будет вспомнить библейское выражение «Врач! Исцелись сам!» (Medice! cura te ipsum (лат.)¹⁴.

Джеффри А. Коттлер утверждает: «Некоторые специализации безусловно требуют от терапевта побывать в кресле клиента, чтобы получить соответствующий опыт и проработать какие-то личные вопросы... Остается лишь удивляться тому, сколь многие терапевты не желают проходить курс терапии, несмотря на наличие у них проблем, с которыми они не в состоянии справиться самостоятельно» [14, с. 354 – 355]. «На мой взгляд, личностная терапия, безусловно, представляет собой самую важную часть психотерапевтического обучения, — настаивает один из ве-

¹⁰ Томас Сас в своей книге «Миф душевной болезни» комментирует «тот факт, что каждый врач получает официальное право на проведение психотерапии, даже если все, на что ему приходится рассчитывать, это, по меткому замечанию Цильбоорга (1941), «его более или менее приемлемое невежество» [7, с. 49].

¹¹ В последние годы многие врачи, особенно молодого возраста, уезжают на работу в зарубежные страны. Психотерапевтов среди них не замечено, ибо шансов получить там разрешение на работу по этой специальности у них попросту нет.

¹² Супervизия — обязательный этап в процессе обучения психотерапии, когда многоопытный специалист, имеющий специальное разрешение, (т. наз. Супервизор) наблюдает незаметным для пациента образом (в идеальном варианте это окно в стене с односторонне прозрачным стеклом) за проведением будущим коллегой сеансов психотерапии с последующим детальным их обсуждением.

¹³ Представляется, что далеко не все наши специалисты имеют опыт личной супervизии. Выдающийся современный психотерапевт И. Ялом подробно описывает свою собственную терапевтическую одиссею и сообщает о личной терапии и супervизии в своей книге «Дар психотерапии» (Глава 12) [10].

¹⁴ Рассуждения на данную тему являются содержанием вступительного слова главного редактора журнала «Здравоохранение» проф. Ю. К. Абаева к пятому выпуску за 2020 г.

дущих современных психотерапевтов И. Ялом. — Терапевты должны знать свою собственную темную сторону и быть в состоянии сопереживать любым человеческим желаниям и порывам. Опыт личностной терапии позволяет студенту-терапевту ощутить многие аспекты терапевтического процесса из кресла пациента: склонность идеализировать терапевта, мечты о зависимости, благодарность заботливому и внимательному слушателю, власть, данную терапевту. Молодые терапевты должны проработать свои собственные невротические проблемы; должны научиться принимать обратную связь, выявлять свои собственные мертвые зоны и представлять себе, какими видят их другие; они должны ценить свое влияние на других и научиться обеспечивать чуткую обратную связь. Наконец, психотерапия — это психологически требовательное занятие, и терапевты обязаны развивать в себе широкие познания и внутреннюю силу для того, чтобы справиться со многими навязчивыми профессиональными опасностями... Я убежден, что не существует лучшего пути познания психотерапевтического подхода, чем испытание его в качестве пациента... На мой взгляд, личностная терапия, безусловно, представляет собой самую важную часть психотерапевтического обучения» [10].

«Психотерапия должна оставаться постоянной попыткой двух людей восстановить полноту человеческого бытия путем взаимоотношения между ними, — определяет известный шотландский психиатр Рональд Лэйнг (R. Laing). — Любая методика, занимающаяся другим без «я», поведением при исключении переживания, взаимоотношениями при пренебрежении личностями в их связи, индивидуумами при исключении их взаимоотношения и более всего личностю-которую-нужно-принять, просто ускользивает болезнь, которую она должна лечить. И любая теория, не основанная на природе человеческого бытия, есть ложь и предательство человека» [15, с. 246 – 247].

Ректор Международного института социальной психотерапии проф. А. Л. Катков в статье «Концепция качества в психотерапии» указывает: «Необходимо признать и факты откровенно слабой организации системы психотерапевтической помощи населению, которая, как минимум, не соответствует потребностям не только кризисной, но и здоровой части населения. А также — факты некачественного психотерапевтического образования, произвольной практики, неконтролируемой или недостаточно контролируемой даже и на уровне психотерапевтических ассоциаций. При этом, проблемы психотерапии и психотерапевтической помощи не являются приоритетными для государственных институтов, курирующих медицинскую, психологическую и социальную сферу деятельности. Потенциал

самоорганизации, имеющейся в распоряжении психотерапевтического сообщества, используется недостаточно эффективно» [16].

Напомним здесь лишь несколько тезисов из Страсбургской декларации, разработанной Европейской психотерапевтической ассоциацией (ЕАП) и принятой в Страсбурге 21 октября 1990 г., в отношении статуса профессиональной психотерапии и носителя профессии — профессионального психотерапевта:

– психотерапевтическое образование требует высокого уровня теоретической и клинической подготовленности;

– образование в области одного из психотерапевтических методов должно осуществляться интегрально; оно включает теорию, личный терапевтический опыт и практику под руководством супервизора; одновременно приобретаются широкие представления о других методах;

– доступ к такому образованию возможен при условии широкой предварительной подготовки, в частности, в области гуманитарных и общественных наук (Цит. по [17]).

Отдельно следует обсудить ситуацию со значительным по объему предложением психологической помощи¹⁵. Диплом психолога в настоящее время в стране получают выпускники многих государственных университетов в разных городах страны — педагогических, экономических, технических, физической культуры и пр., а также различных частных институтов. Более того, лица, уже имеющие высшее образование, могут получать второе высшее образование в области психологии путем платного заочного обучения в течение 2 – 3 лет в учреждениях образования различных министерств и ведомств¹⁶.

Нас несколько смущил тот факт, что разница между гуманитарным и техническим образованием не принимается в расчет. Мы связались с руководством Республиканского института повышения квалификации и переподготовки работников Министерства труда и социальной защиты, заявив о получении первого высшего образования в Белорусском Национальном техническом Университете (БНТУ) (ранее — политехнический институт) по специальности «Водоснабжение и водоотведение» (столь благозвучный эвфемизм заменил в последние годы

¹⁵ По данным упоминаемого выше исследователя проблемы В. И. Семака, в Интернете «предлагали свои услуги около тысячи психологов из Республики Беларусь» [2].

¹⁶ Понятно, что эти учреждения кровно заинтересованы в получении внебюджетных материальных средств, поэтому предварительный профессиональный отбор и отчисления в ходе обучения тех студентов, которые в недостаточной степени овладели учебным материалом, являются редким явлением.

употреблявшийся ранее термин «канализация»). Нас заверили, что такого высшего образования вполне достаточно, и была подтверждена возможность через 2 года заочного обучения получить диплом психолога, заплатив за весь срок обучения 2800 бел. рублей (около 1120 долл.).

Итак, многочисленные психологи-неофиты, посетив некоторые из постоянно проводимых семинаров и тренингов и украсив стены кабинета красиво оформленными разноцветными сертификатами, начинают вести прием клиентов, рекрутруя их в Интернете¹⁷. В настоящее время подобная деятельность в Республике Беларусь не требует лицензирования. При этом без излишнего стеснения в объявлениях заранее оговаривается стоимость первичной 50-минутной беседы (обычно это от 60 до 100 бел. рублей (до 40 долл.))¹⁸.

В принципе, выбор профессии, в которой получаемые доходы больше, чем в других, совершенно естественен. «Мы часто слышим, что современное общество есть потребительское общество, — замечает Ханна Арендт, — а поскольку, как мы видели, работа и потребление представляют собственно лишь две фазы одного и того же процесса, навязанного человеку жизненной необходимостью, то это означает, иными словами, что современное общество есть общество труда... Для социального порядка, в котором мы живем, значимо не столько то, что впервые в истории трудящееся население допущено с равными правами в публичную Сферу, сколько то, что внутри этой сферы всякая деятельность понимается как труд, а, стало быть, все, что бы мы ни делали, опускается до нижней ступени человеческой деятельности, до обеспечения жизненных потребностей и удовлетворительного уровня жизни. Согласно общепринятым убеждению, основная задача всякой профессии — обеспечение соответствующего дохода, и число людей, особенно в свободных профессиях, чей выбор профессии руководствуется иными целями, быстро сокращается» [18, с. 161 – 162]. Н. А. Зорин спрашивает отмечает такой феномен современной жизни, как «... вторжение денег. Вот еще одно происходящее в нашей стране явление, которое неизбежно трансформирует не только экономи-

ку, но и ментальность... Включенные в семиологическую структуру лечебного мифа пациента деньги в этом случае начинают означать «качество лечения»: чем дороже, тем «лучше» [19]¹⁹.

На первый взгляд подобная активная деятельность в организации оказания помощи пациентам с ментальными проблемами может объясняться исключительно меркантильными интересами. Позволим себе, однако, рассмотреть и другую, не менее важную, на наш взгляд, причину экспоненциального роста числа и активности практикующих психологов.

(Продолжение следует)

ЛИТЕРАТУРА

1. Генон Рене. Кризис современного мира. М: Эксмо, 2008. –784 с.
2. Семак В. И. Исследование спроса на психологические услуги у граждан Республики Беларусь. Республиканская научно-практическая конференция «Психотерапия в современном мире». 23.09.2022.
3. Плоткин Ф. Б. Будем лечить или пускай пьют? Похвальное слово Алкоголю. Сообщение 1. Наркология. 2016. — № 2. — С. 80 – 95. Сообщение 2. Наркология. 2016. — № 3. — С. 84 — 100.
4. Психиатрическая помощь населению Республики Беларусь 2018–2020 годы: информ.-стат. сб. / М-во здравоохранения Респ. Беларусь, Респ. науч.-практ. центр псих. здоровья; сост.: Т. В. Короткевич [и др.]. — Минск : Колорград, 2021. – 216 с.
5. Полищук Ю. И. Психотерапия как врачебное искусство. Соц. и клин. психиатрия. 2015. — № 4. — С. 79 – 83.
6. Решетников М. М. Психотерапия — как концепция и как профессия // Психотерапия. — 2013. — № 1. — С. 10 – 14.
7. Сас Т. Миф душевной болезни. М.: Академический Проект; Альма Матер, 2010. — 421 с.
8. Мотов В. В. Последипломная врачебная психиатрическая подготовка в странах Европейского Союза. Независимый психиатрический журнал, 2019, — № 2. — С. 67 – 70.
9. Притц А. Развитие психотерапии сегодня. Психотерапия и клинич. психология. — 2008. — № 2. — С. 13 – 15.
10. Ялом И. Дар психотерапии. М.: Бомбора, 2015. — 352 с.

¹⁷ Вот пример рекламного объявления в Интернете одной знакомой автора, получившей образование психолога в качестве третьего высшего образования (ранее это было экономическое и юридическое): «Работаю в направлениях: Арт-терапия, Личностно-центрированная терапия, Позитивная психотерапия, Психодиагностика (классический), Психодрама, Сказкотерапия, Танатотерапия, Телесно-ориентированная терапия, Экзистенциальная психотерапия». (sic! Хлестаков отдыхает!). Считаем излишним комментировать для читателей журнала данный текст. На обывателя же это может производить определенное впечатление.

¹⁸ Объективности ради, следует отметить, что многие специалисты стремятся совершенствоваться в профессии, периодически принимая участие в различных тренингах и семинарах. В значительной степени это касается проводимых Минским гештальт институтом разнообразных программ. С удовлетворением можно отметить, что, более того, отдельные специалисты прошли подготовку у авторитетных на постсоветском пространстве специалистов Р. Кочюноса и А. Е. Алексейчика.

¹⁹ При средней цене за консультацию в Москве около 5 тыс. рублей Мих. Лабковский оценивает свои услуги в 95 000 рублей за личную 45-минутную встречу и 140 000 рублей за разговор по Skype. На отсутствие клиентов коллега не жалуется [20].

11. Варга А. Я. О профанации психотерапии. Психотерапия 2013. — № 1. — С. 98 – 99.
12. Мэй Р. Возникновение экзистенциальной психологии // Экзистенциальная психология. Экзистенция: сб. ст. / Пер. с англ. — М.: Апрель Пресс; Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2001. — 624 с.
13. Ясперс К. Общая психопатология : пер. с нем. — М. : Практика, 1997. — 1053 с.
14. Комтлер Дж. О профессии психотерапевта. 5-е изд. М. : СПб, Диалектика, 2022. — 463 с.
15. Лэйнг Р. Феноменология переживания. В кн.: «Расколотое «Я». Феноменология переживания и райская птичка». М.: Институт общегуманитарных исследований. 2017. С. 219 – 330.
16. Катков А. Л. Концепция качества в психотерапии. [Электр. ресурс]. — Режим доступа: <http://ruspsy.net/phpBB3/viewtopic.php?f=542&t=2462>.
17. Катков А. Л. 4-ая революция в психотерапии. [Электр. ресурс]. Режим доступа: <http://ruspsy.net/phpBB3/viewtopic.php?f=542&t=2406>.
18. Арендт Х. Vita activa, или О деятельной жизни. СПб.: Алетейя, 2000. — 437 с.
19. Зорин Н. А. Скромное обаяние психоанализа. Независимый психиатр. журнал. 1996. — № 3. — С. 66 – 71.
20. [Электр. ресурс]. — Режим доступа: <https://www.forbes.ru/karera-i-svoi-biznes/380461-fenomen-labkovskogo-kak-samyy-uznavaemyy-psiholog-rossii-zarabatyvaet>.

Рекомендуем!

Иосиф Зислин ОЧЕРКИ АНТРОПОЛОГИЧЕСКОЙ ПСИХИАТРИИ М., 2023

Иосиф Майерович Зислин — питерский психиатр, независимый исследователь, с 1991 г. живет и работает в Иерусалиме. Автор более 100 научных работ на английском, русском и иврите. Соорганизатор и ведущий международного семинара «Языки психиатрии».

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение

ГЛАВА ПЕРВАЯ. Что такое антропологическая психиатрия

1. Три лица психиатрии: этнографический, транскультуральный, антропологический
2. Симуляция психоза: семиотика поведения
3. От страха к болезни: гиперсемиотизация и апофения
4. Саакашвили, ты Мессия? (Как психиатрам не надо трогать историю и антропологию)

ГЛАВА ВТОРАЯ. Дорога на Иерусалим

1. Иерусалимские этюды
2. Психиатрические подходы к мистическим и религиозным психозам
3. Запахи как инструмент визионера
4. Хорошо ли быть юродивым?

ГЛАВА ТРЕТЬЯ. Психиатрия и филология

1. Двуязычие и безъязычие в психотической культуре
2. К вопросу о классификации бреда (попытка структурно-семантического анализа)
3. Онтогенез бредового нарратива
4. Опыт разработок филологических аналогов для психиатрии
5. Текст и диагноз
6. Что такое сюжет, фабула и тематика бреда?
7. От «формулы невозможного» к «формуле убеждения или как объяснить больному, что его мир иллюзорен
8. Когда муж начинает называть жену «мамой»?
9. Нарратив в фольклоре и психиатрии (зачем больные говорят?)

ГЛАВА ЧЕТВЕРТАЯ. Глядя на психоанализ

1. Колобки и репки или как психоаналитики и психотерапевты превращаются в сказочников
2. Страдал ли Эдип эдиповым комплексом?
3. Лечение без диагноза и диагноз без лечения
4. К вопросу о научности психотерапии

Книгу можно купить или заказать по адресам, указанным в ссылке <https://gorodets.ru/page/delivery>

Что такое политика и что такое политика в психиатрии

Ю. С. Савенко

Показана необходимость 1) политического аспекта рассмотрения любой проблематики, включая психопатологическую, и нашу собственную включенность в него в процессе синдромальной квалификации и принятия решений; 2) адекватного и точного использования категориального аппарата; 3) учета широкого диапазона понятия политического вплоть до полярного по смыслу. На примере политэкономии показано, что ее успешность определил переход от противопоставления объективного и «субъективного» подходов вместо их конкретного переплетения с переходом на категории, выражающие функциональную зависимость их значения и постоянного учета динамической модели «фигура-фон». Формулируется наиболее значимая психиатрическая проблематика в этом аспекте на разных стадиях и уровнях.

Ключевые слова: политика, психиатрия и политика, политизация, огосударствление, военный и гражданский режим.

В советскую эпоху господствовал марксистский тезис «нельзя жить в обществе и быть свободным от общества», нельзя быть вне политики. Конечно, эти «нельзя» значили и «невозможно». Но это общество и его политика, как и понимание того, что такое эта «политика», были такими, что из элементарного чувства самосохранения

и сопротивления господству чужеродной среде привлекательными были преследуемые и вымеиваемые «наука для науки», «искусство для искусства», «жизнь для жизни» — эскапизм, бегство во внутренний мир, в профессию, в хобби — «раковину» по Ясперсу. Даже после крушения советской власти, имея возможность выйти из



Макс Вебер



Карл Менгер

«раковины» и пользуясь, наконец, этой возможностью, открыто заявляя о своих приоритетах, многие из моего поколения относились к политике презрительно, игнорировали ее и дистанцировались от нее.

Вырываясь, слой за слоем из старой и новой лжи и поняв, наконец, при каком режиме живу, я взял за образец во всех отношениях кристально ясного и чистого человека, на которого так нескованно повезло нашему предмету — Карла Ясперса, жизнь которого прошла через сходные политические режимы. — Это опыт I и II Мировых войн и пяти режимов: кайзеровской Германии, Веймарской Республики, нацисткой Германии, первых постнацистских лет ФРГ и демократической Швейцарии. Многократно перечитывая его «Философскую автобиографию» и другие работы, невозможно не увидеть во многом универсальных прямых параллелей с нашей действительностью в прошлом, настоящем и предстоящем, неучет которых растянул демократизацию и самой Германии.

Отсутствие обсуждения в «Общей психопатологии» [1] влияния политического режима, поведения психиатров периода нацизма, — выразительный жест отказа от внепсихиатрической научной проблематики. Но эта проблематика присутствует в его «Философской автобиографии» [2], одна из глав которой называется «Политическое мышление»¹, выступлениях и интервью. Из более чем тысячи страниц «Общей психопатологии» только несколько посвящены психическим эпидемиям со ссылкой на «замечательную работу Лебона «Психология масс» [3].

«Небывалый восторг народа» в 1908 г. (первый полет Цеппелина), в 1914 г. (начало войны), в 1918 г. (революционный подъем) и в 1933 г.: (приход Гитлера к власти) — «всеобщее опьянение со всеми признаками массового помешательства. Все дальше от истины удалялся смысл положения — «глас народа — глас божий», поскольку голосом народа обладают массы. Я не мог себя принудить не презирать в душе каждого, кто принимает участие в этих событиях»². Ясперс фактически предсказал эти события, еще не веря, что «распространение этого безумия в Германии возможно», что отразил в написанной в 1929 г. (но опубликованной в 1931 г.) работе

«Духовная ситуация эпохи». Это был первый успех национал-социалистов на выборах в Рейхстаг в 1930 г. «Моя полная оппозиция к немецкому Рейху помогла мне осознать, что... после 1933 г. вероятно, а после 1939 г. наверняка, все случившееся в Германии означает ее конец...». «Естественным бесспорно истинно немецким» является только немецкий язык, а не политические границы. И даже не «духовная жизнь, пространство которой не нужно называть немецким, у него нет никаких немецких намерений и немецкой гордости... и если здесь возможно что-либо стоящее и действительно политическое, то все это уже проявилось в распространённой в средневековые свободе, которая в более прогрессивном виде и поныне живет в Голландии и Швейцарии, в прусско-немецких областях оно умерло еще в XVII веке». А в 1948 г. стало вполне очевидно, что «Германия идет не по пути свободной федерации, а к централизованному государству рационалистического характера», к империи Бисмарка. «Политическое существование Германии не может больше нравственно и духовно основываться на тенденциях возрождения империи». «Во мне росла тяга к космополитизму. Сначала стать Человеком и только потом принадлежать к какому-либо народу — это казалось мне самым основным...

... Нас будут обвинять грядущие поколения, если мир поделят между собой русские и ангlosаксы, наша задача спасти либеральный дух, свободу личной жизни, величие достижений Старого света. Таковы были взгляды Макса Вебера, которые я разделял полностью³.

Как страстно я искал инстанцию, возвышавшуюся над народами, права, стоящего над отдельными государствами и управляющего собственным государством. И если где будет твориться бесправие, то там, так я думал, можно будет найти защиту от государства, творящего зло. Солидарность всех государств сама по себе может служить этой инстанции.

Обязательство не вмешиваться во внутренние права государства есть покрывало над бесправием. Требование абсолютного суверенитета ведет к тому, что этот суверенитет в хозяйственных руках может стать преступным. Потому что старый закон гласит, что король (теперь государст-

¹ В переводе Александра Владимировича Перцева, проф. Уральского Федерального университета.

² В переводе А. В. Перцева исправлена грандиозная опечатка первого перевода: «Но я не мог заставить себя презирать в душе каждого, кто впадал в состояние такого массового опьянения». Это контргументично личности Ясперса.

³ Перевод А. В. Перцева: «Мы в ответе перед грядущим человечеством за то, что будет или не будет мир поделен между русским кнутом и англосаксонским конвенциализмом. Наша задача и наш шанс состоят в том, чтобы спасти то третье, что существует между тем и другим — дух либерализма, свободы и разнообразие жизни личностей, величие западной традиции. Такова была позиция Макса Вебера, и я присоединился к ней».

во или же диктатор) стоит над законом, на него самого закон не распространяется⁴.

На место этого суверенитета я поставил бы ответственность всех государств не допускать ни в одной стране бесчеловечности и бесправия, ибо каждый будет в ответе, если где-либо случится подобное преступление.

Подобные мысли пришли мне в голову впервые, когда Ватикан заключил в 1933 году Конкордат с Гитлером и этим не только повысил чрезвычайно его престиж, но и международно договорным путем упрочил его режим. Снова меня посетили эти мысли в 1936 году во время Олимпиады в Берлине, когда все государства своим участием в олимпийских играх признали гитлеровский режим. И снова мне пришли в голову эти же мысли, когда международный Конгресс в 1939 году в Эвиане⁵ принял решение о визах евреям-беженцам из Германии, результатом которого было то, что немецким евреям стало еще тяжелее выбраться из страны» [2].

Сразу после войны всестороннюю помощь Ясперсу оказывала его ученица с 1924 г. и близкий друг Ханна Арендт (1902 – 1975), уже гражданка Соединенных Штатов. «С ее помощью я научился лучше понимать этот мир больших возможностей, политические свободы и структуру тоталитаризма»⁶ [4], хотя она мыслила иначе, чем Макс Вебер. «Когда в январе 1919 г. Макса Вебера спросили, что делать, если к власти придут коммунисты, он ответил: «Тогда меня перестанет интересовать абсолютно всё!». Это означало: перед лицом реальной жесткой силы один человек уже ничего не может сделать. Постижение этой истины вполне согласуется с тем фактом, что Германия не смогла сама освободиться от национал-социализма, а была освобождена только внешними силами; с тем, что тоталитаризм не может быть преодолен изнутри, внутренними силами — он только может быть превращен в другой тоталитаризм посредством кровавых переворотов. Конец подлинной политики устраниет интерес к политике вообще. Подлинная политика возможна только, когда на людей воздействуют посредством убеждения состояющиеся оппоненты, когда в процессе свободой

борьбы умов воспитывается общественное сознание... Политика имеет место только в условиях свободы» [2].

Вывод, который делает Ясперс: «нет ни одного закона природы и истории, который определял бы ход событий в целом. Есть ответственность перед будущим в решениях и поступках людей и, наконец, ответственность каждого в отдельности из миллиардов людей. Дело касается каждого в отдельности. Каждый участвует своим образом жизни, своими маленькими ежедневными делами и большими намерениями. Каждый воздействует на будущее своим собственным существованием. И голос каждого должен быть слышен среди миллионов голосов.

Я придерживался мнения, которое существовало тысячелетия, но о котором в последнее время забыли: нет философии без политики и политических взглядов... Спиноза, например, был активным деятелем. Большая политика философов начиналась с Платона и Канта, Гегеля, Кьеркегора и Ницше. Что такое философия они показали своим отношением к политике. Это не частность, это — главное. Не случайно национал-социализм и большевизм были смертельными врагами и в философии⁷. Я думаю, что к философии я пришел через политику и метафизику.

С тех пор у каждого философа я спрашиваю о его политических взглядах и поступках, и вижу величественный и действенный ход этих взглядов через всю историю философии» [2].

Макс Вебер (1864 – 1920), которого Ясперс называл своим Учителем, человеком наиболее повлиявшим на него, — одна из наиболее грандиозных до сих пор фигур социологии, начал с интердисциплинарной диссертации по средневековому хозяйственному праву (1889) и хозяйственной этике мировых религий древнего Китая, Индии и Иудеи с точки зрения их коллективных действий, т.е. на пересечении истории экономики, права, государства и религии, автор знаменитой работы «Протестантская этика и дух капитализма» (1905), был политически активным, как советник германской делегации на переговорах в Версале и член комиссии, готовив-

⁴ В этом абзаце (в переводе А. В. Перцева) фактически дана дефиниция произвола. «Принцип невмешательства во внутренние дела государства — это прикрытие для того, чтобы попустительствовать несправедливости. Притязание на абсолютный суверенитет нацелен на то, чтобы, прикрывшись им, иметь возможность по произволу творить неправедные дела. Ведь древний принцип гласит: «Король (а теперь — государство или диктатор) — превыше закона!».

⁵ Бальнеологический курорт во Франции на берегу Женевского озера недалеко от Женевы.

⁶ В 1951 г. была опубликована принесшая ей всемирную славу книга «Истоки тоталитаризма» — наиболее крупное исследование после работы К. Поппера «Открытое общество и его враги» (1943, 1950, русск. пер. 1992). Ясперс написал предисловие к ее книге, которую считал великим прорывом, но постоянно советовал ей изучать Макса Вебера (Ханна Арендт — Карл Ясперс. Письма. 1926 – 1969. М., 2021).

⁷ Эта фраза точнее переведена А. В. Перцевым: «Не случайно национал-социализм и большевизм видели в философии смертельного врага в духовной сфере». Такая же формулировка хорошо известна и в отношении социологии.

шней Веймарскую конституцию. Он был также редким политиком с живой совестью, устремлявшимся к остройм проблемам, выступавшим против неограниченного использования в войне подводных лодок. «Он всегда работал с источниками, например, с поразительной быстротой изучил русский язык, чтобы следить по газетам и литературе за событиями Первой русской революции» [5, 6, 7].

Политический режим — это напряженное поле, которому атомизированная однородная масса обычно автоматически подчиняется равнодушно, любя или ненавидя. Но остается еще и другая возможность: «встать над полем», сопротивляясь и вырваться за его пределы. Все эти роли опробованы одновременно с возникновением самого поля.

Теория такого предмета, как психиатрия, т.е. патологическая антропология, изучение и помощь людям этого круга, не может не включать проблематику общих организационно-правовых форм этой помощи, влияния идеологии тоталитарного режима на практическую деятельность рядовых психиатров и университетских преподавателей, но прежде всего, на судебную психиатрию с ее судебно-психиатрической экспертизой, как непосредственное столкновение с политикой правящего режима. Хорошо известно, что ведущий судебный психиатр, лидер Гейдельбергской школы, учитель Ясперса Карл Вильманнс был устранен в 1933 г. за свою открыто антигитлеровскую позицию, а в 1938 г. Ганс Бергер⁸ в Иене и Карл Бонгёффер в Берлине.

Если теория является компасом и картой, то политика — систематической или наоборот хаотической ошибочностью деятельности, которая опирается на такую теорию. Ошибочности, если не грубо девиационной, то разрушительной до катастрофичности. Но дьявол не прячется за углом, не является всегда в своем собственном обличии, а присутствует в нас самих, а значит предощущается в самых обычных обиходных словах и вещах, которые мы все слышим, видим и понимаем, но даже если исходно одинаково, это не значит адекватно. И, как известно, даже небольшое отклонение у истоков быстро, с ускорением превращает со временем в разлет неизвестно-различно меняющиеся смыслы, вплоть до совершенно неожиданных. Этому самодеятельному процессу, вызываемому многообразными косвенными факторами, — экономическими, социологическими, идеологическими, культуральными, лингвистическими, содействуют, подыгрывают в том числе целенаправленно вво-

димые новые слова, фразеологизмы, термины, переименования, изменения кодификации прежних унифицированных интерпретаций. Конечно, немало случайных искажений из-за неудачного перевода.

Фридрих фон Хайек так начинает свой фундаментальный труд «Конституция свободы» [6]: «Чтобы старые истины сохраняли свое влияние на людские умы, их нужно формулировать заново, используя язык и понятия очередных поколений... Значение ряда незаменимых слов настолько размылось, что важно с самого начала договориться о том, в каком смысле мы будем их употреблять... Определение понятия не будет точным до тех пор, пока мы не исследуем другие почти столь же размытые понятия». Чтобы адекватно понимать и использовать понятие «политика», необходима определённость в определении понятий «власть», «государство», «закон», «произвол», «свобода». Все эти понятия находятся в тесной взаимосвязи в многообразных изменчивых отношениях и приобретают как целостная система разные смыслы за личиной одинаковых словесных обозначений, т.е. это изменчивая омонимичность.

Поскольку с 1930 г. издававшаяся в Советском Союзе литература была предельно идеологизирована и проходила жесткую цензуру, а западная имела градации допусков, и это распространялось на содержание общеупотребляемого категориального аппарата, искажений и умолчаний многих фактов, следует быть предельно осторожными с такого рода источниками. Стерилизовалась даже отечественная литературная классика. Влияние этого живо до сих пор. Потому для адекватного понимания фундаментальных категорий намного надежнее опираться на definizioni классиков предмета, разумеется, зная другие трактовки в их конкретной исторической перспективе.

Многочисленные универсальные законы взаимоотношения модели «фигуры и фона» (ф/ф) доказывают, что устойчивым является функциональная связь ф/ф. Изменение фона, т.е. непрерывно меняющейся среды, всевозможных условий, воздействий, наших собственных намерений и т.п., меняют и «фигуру». Это касается и используемых научных понятий, изменений их контекстуального смысла при изменении ситуации или наших установок, необходимости вносить дополнения, коррекции и изменения в их определении в разные периоды, в разных языках и переводах. Так, термин фон Мизеса Verstaatlichung (огосударствление) и Vergesell-

⁸ Ганс Бергер (1873 – 1941) 20 лет (1919 – 1938) возглавлял кафедру психиатрии Йенского университета, нацистский режим запретил ему, как еврею, получить присужденную ему Нобелевскую премию за открытие и применение ЭЭГ, первая публикация о которой последовала, как и у Герман Роршаха, после десятилетних разносторонних исследований. Погиб в концлагере.



Людвиг фон Мизес



Фридрих фон Хайек

schaftung (обобществление) в англоязычных изданиях переданы неточно, как Nationalization (национализация) и Socialization (социализация).

Отсутствие профессиональных лексико-семантических словарей — питательная среда этой ситуации, обрекающей наш сложнейший предмет на топтание перед разнообразными барьерами и стенами, вместо их преодоления. Широко используемые западными коллегами словари такого типа в свою очередь ограничиваются нормативными формулировками вместо необходимых, наряду с этим, смысловых гнезд и полей многообразных ходячих и потенциальных вариаций понимания значения используемых терминов. Это многообразие различных научных направлений, школ и отдельных авторов — необходимая превентивная мера, которую каждый серьезный специалист должен осуществлять самостоятельно. Указанное многообразие само должно быть упорядочено по четким градациям ранга и уровня в различных качественных оттенках, их «чистоты», синкретичности, сложности, различных контекстуальных метаморфозах и т.д.

100 лет назад, в 1922 г., вышла великая книга, которая «потрясла», изменила и определила существо взглядов новых поколений экономистов, социологов и социальных философов, а старыми встречена враждебно до издания в 1940 г. другой знаменитой книги того же автора — «Человеческая деятельность», когда поразительное оправдание всех его прогнозов сделало ее классикой политической и экономической литературы вплоть до нашего времени. Это «Социализм. Экономический и социологический анализ» Людвига фон Мизеса [9]. Автор «смог предвидеть и детально описать как характерные пороки разных форм реального социализма, так и причины его неизбежного поражения...». С тех пор этот труд неоднократно переиздавался с дополнениями, переведен на английский язык в 1936 г., русский перевод 1994 г. сделан с американского издания 1981 г. Еще первую монографию фон Мизеса «Теория денег и кредита» (1912 г.) с позиции австрийской экономической школы⁹ [10] Макс Вебер тогда же назвал «наиболее толковой».

⁹ Австрийская экономическая школа сложилась с 70-х гг. XIX века Ее основоположник, автор теории предельной полезности Карл (Carl) Менгер (1840 – 1921), его ученики крупные государственные деятели Австрии Ойген Бём-Бавёрк (1851 – 1914) и Фридрих фон Визер (1851 – 1926), их ученики Людвиг фон Мизес (1881 – 1973) и Йозеф Шумпетер (1883 – 1950), идеолог австромарксизма, один из лидеров II Интернационала

Ученик фон Мизеса **Фридрих фон Хайек (1899 – 1992)** в предисловии [9] написал, что книга стала к этому времени актуальнее, чем 40 лет назад, указав, как и сам фон Мизес в этой книге, что понимание либерализма изменилось в США чуть ли не до противоположного классическому в XIX веке, процитировав Йозефа Шумпетера, с 1932 г. профессора Гарвардского университета, что «в Соединённых Штатах враги свободы сочли разумным присвоить себе это имя, как высший, но не заслуженный комплимент». Значительно подробнее о том же писал сам фон Мизес в предисловии к английскому изданию 1962 г. своей книги «Либерализм» (1927, русск. пер. 2001, с. 5 – 6, 206, 188 – 190), где показал, как изменилось понимание термина «либерализм» в Англии и США. «Мало кто знает, что... Sozialpolitik Бисмарка была провозглашена в 1881 г., более чем на 50 лет ранее, чем ее копия — Новый курс Ф. Д. Рузвельта, равняясь на германский рейх, в то время самую преуспевающую державу... Поколение после Первой мировой войны принимало эстетизм, как само собой разумеющееся и с презрением относилось к «буржуазному предрассудку» — свободе...». В 1951 г. все экземпляры книги фон Мизеса, например, в Иене, оказались уничтоженными. «Именно изучение классического наследия Древней Греции — основная отличительная черта гимназического образования, не давала выветриться духу свободы... Конечно, было бы бесполезно нападать на свободу открыто. Но антилиберализм завладел умами людей, будучи загrimирован под сверхлиберализм. Он пришел под личиной социализма, коммунизма, планирования... Большинство интеллектуалов, примкнувших к социалистам, было убеждено, что выступая за социализм, они борются за свободу». Как тут не вспомнить истории с гражданством США К. Гёделя, А. Эйнштейна, П. Эренфеста. Фон Хайек приводит примеры исторических периодов в истории США 20 – 30-х гг. прошлого века, когда возникало и росло число сторонников пламенных проповедников врагов американской традиции «правления закона, а не людей» и цитирует Томаса Джифферсона. «Свободное правление ос-

новано на ревности, а не на доверии, и именно ревность, а не доверие требует конституционных ограничений, чтобы связать тех, кому мы вынуждены вверить власть... соответственно, наша Конституция установила границы, до которых, но не далее которых, может доходить наше доверие. Следовательно, в вопросах власти не будем больше слушать о доверии к человеку, но обуздаем его цепями Конституции, чтобы не доводить до беды». Или психоаналитические высмеивания идеала определенности (certainty) закона, как продукта «детской потребности в авторитарном отце». Или, что «разделение властей есть устаревший способ мышления, свойственный XVIII веку» [8]. Отпор всему этому позволяет не привыкать, а ценить и постоянно отстаивать захватование свободы. Конечно, идеализация Запада наивна, и политические эмигранты из России, начиная с Александра Герцена, достаточно ярко это засвидетельствовали. Но длящиеся уже более столетия, как причитания, так и злорадство по поводу заката Европы, загнивания Запада и т.п. доносятся из трясины. Конфликтность — не только естественное, нормальное состояние общества, она источник активности, творческого поиска.

«Главный теоретик» партии, по выражению Ленина, Н. Бухарин, ученически следуя Марксу и упрощая его, резко развел и столкнул объективное понятие ценности (стоимости) с субъективной потребительской стоимостью, тогда как для австрийской школы Менгера любые блага сами по себе лишены объективных свойств, прежде всего, ценности, а представляют **отношение к ним** субъекта предпочтений, желаний и знания. Согласно Бём Баэрку¹⁰ рабочие и капиталисты обмениваются услугами: физический труд на интеллектуальный. Бухарин противопоставил этой гармонии классовую борьбу рабочих с капиталистами как рантье (1919, 1925, 1988) с позиции абсолютного примата производства над потреблением, абстрактного противопоставления объективного субъективному, что легло в основу советской административно-командной экономики, и сохранило резко отрица-

Отто Бауэр (1882 – 1938) и один из лидеров Венского кружка, выдвинувший идею универсального языка науки, основанного на физико-математических понятиях, Отто Нейрат (1882 – 1945), а также ученик фон Мизеса Фридрих Август фон Хайек (1899 – 1992), основоположник наряду с фон Нейманом теории игр Оскар Моргенштерн (1902 – 1977). Другими экономическими школами маржиналистской революции тех же лет были логико-математические школы: последователя Дж. Буля, логика У. С. Джеванса (1835 – 1882), основоположника кембриджской школы Альфреда Маршалла (1842 – 1924) и лозанская школа Леона Вальраса (1834 – 1910) и Вильфредо Парето (1848 – 1923) — инициатора введения математического аппарата в политическую экономию.

¹⁰ «Дуалистическое объяснение ценности и цены двумя различными принципами «пользы»... и «издержек производства» представляется ненужным... Единый принцип, которым мы старались объяснить все, почерпнут из самой сущности дела... с точки зрения человеческого благополучия» [10]. «Все цены без исключения строятся на индивидуальном исчислении полезности со стороны спроса» (ф. Визер) [10].

тельно политизированный смысл понятиям «капитализм» и «капиталист».

Столкновение с нацистским вариантом государственного социализма в годы войны побудили фон Хайека написать в 1944 г. книгу, вызвавшую бурную поляризацию — «**Дорога к рабству**» [12], объясняющую как даже демократический социализм может очень легко развиться в тоталитаризм и «презренное поклонение государству». Поддержка этой идеи Черчиллем стоила ему поражения на выборах в 1945 г. Тогда же вышла знаменитая книга «**«Открытое общество и его враги»** друга фон Хайека на протяжении 60 лет Карла Поппера (1899 – 1992) [13] о том, как этого избежать. Фон Мизес, фон Хайек, Карл Поппер (а также фон Берталанфи и Конрад Лоренц в венский период) и Ральф Дорендорф непосредственно сотрудничали, совершенствуя неолиберальную политэкономию, в Лондоне.

Фридрих фон Хайек опирается на классическое определение **политики** Макса Вебера [15], согласно которому в **широком смысле** политика это «руководство», «управление» («все виды деятельности по самостоятельному руководству»). Так обычно говорят о политике банков, профсоюзов, корпораций и т.п. в конкретных ситуациях и «даже о политике умной жены, которая стремится управлять своим мужем». Но в **узком**, социологическом смысле «политика» означает стремление к участию во власти или оказанию влияния на распределение власти, а **государство** это организация общества, где специфическим и главным средством выступает монополия на легитимное физическое насилие, а целью — власть. «Государство есть отношение господства людей над людьми..., признаваемое легитимным, и которому подчиняются. Подчинение обуславливает чрезвычайно грубые мотивы страха и надежды». Говоря, что «государство — это насилие», Макс Вебер ссылается на Троцкого (его речь в Брест-Литовске), который как и Ленин был политиком *per se*.

Существо широкого понятия «**власть**» точнее передает более узкое и сильное по смыслу понятие «**господство**», т.е. «подчинение воли других людей нашей воле, и использование других в наших целях против их воли», вплоть до «власти применять принуждение, заставлять человека

служить чужой воле под угрозой причинения вреда... моей жизни или тому, что я ценю больше всего». Такая власть разворачивает. Она «источник всякого зла». Вебер выделил три типа господства в соответствии с типами социального действия (т.е. с оглядкой на реакцию окружающих) — легитимное, традиционное и харизматическое. Только легитимное (правовое) господство сводит к минимуму использование насилия человека над человеком. Хайек развел эти определения. «Наименее болезненным является принуждение **манипулированием** условиями или открытыми для меня альтернативами при выборе». В отличие от непосредственного принуждения угроза принуждением используется в отношении уплаты налогов, службы в армии, исполнения законов. «Иногда вместо «принуждения» (*coercion*) следовало бы использовать термин «сила» (*force*) и «насилие» (*violence*), поскольку угроза их применения — самая важная форма принуждения. Аналогичным образом термины «угнетение или подавление» (*oppression*), как и принуждение, являются, пожалуй, настоящей противоположностью свободы¹¹, и должны относиться только к состояниям постоянных актов принуждения¹²».

Давно отмечено, что манипулирование сознанием и поведением наиболее эффективно осуществляется посредством религии и идеологии (единоверием, единодушием и единомыслием). Опять-таки неудачны переводы и цитирования даже Карла Маркса: религия у него не «опиум народа», а «опиум для народа», не «совокупность», а «целокупность», и Wert — ценность, а не стоимость. Технологии манипулирования ярко описаны в стратегемах древнего Китая, в народном фольклоре, обработанном Гёте в «Рейнеке Лис», Достоевским в «Селе Степанчиково» и «Легенде о Великом Инквизиторе» и Джорджем Оруэлом, который описал технологию индоктринации в требуемую властью веру. А историки и философы со временем Платона и Аристотеля привели множество конкретных примеров (как естественных социальных «экспериментов») противоположных государственных режимов: Спарты и Афин, военных авторитарно- тоталитарных и гражданских демократических, даже их неизбежного круговорота, напри-

¹¹ Индивидуальная свобода, издавна определялась как «независимость от произвольной воли другого (управляющего)», а в новое время более реалистично, как «независимость от непредсказуемого вмешательства». Основу для этого создает, согласно Максу Веберу, характерная особенность рациональной, т.е. «буржуазной» фазы развития общества — капитализма. Это «просчитываемость и надежность функционирования правового порядка», закон.

¹² В этой же традиции такие понятия как «донос», «пытка» используются только, если связаны с государственной властью: доносят властям, пытают власти, без такой связи это не «донос», а «сплетня», «слухи», не «пытка», а «издевательство». Такова же облигатная специфическая особенность русского понятия «интеллигенция» — непременное критическое отношение к власти. Определение этого термина — индикатор общественно-политической атмосферы. Сейчас в Википедии преобладают дефиниции без этой основной характеристики.

мер, в числе пяти общественно-политических формаций в «Государстве» Платона, и устремления к более древним до(без)государственным образованиям анархического типа, которых более семи разновидностей. Все эти модели показали, что они требуют соответствующих условий и окружения, неразрывны с ними, т.е. это общемиро-вой процесс динамического равновесия, сосуществования волков, лис и овец в ряду грандиозного многообразия Природы.

Важно знать, как понимают и определяют политику эстатисты¹³, т.е. абсолютизирующие Государство, Империю в противовес индивидуальному человеку. Один из наиболее авторитетных из них Карл Шmitt¹⁴ посвятил этому работу «Понятие политического» еще в 1928 г., которую потом в результате критики и дискуссий дорабатывал (1932) [16, 17, 18].

«Политическое — это публичное противостояние больших групп, разделенных между собой по принципу «друг — враг»... Это не личные враги, не те, кто мне неприятен, с кем невыгодно иметь дело и т.д. Враг — это именно политический враг, это враг моей группы, с которой я себя идентифицирую, это публичный враг большой группы людей. Это противостояние политических единств, организаций, групп, в первую очередь, государств. Политическое более изначально и важнее чем государство, его сущность это деление на друзей и врагов. Итак, человек, это прежде всего «политическое существо», т.е. гражданин своего государства, своей политической общности, готовый воевать за их независимость, убивать и пожертвовать собственной жизнью за них. Поэтому для него подлинная политика это всегда противостояние, война» [18].

Карл Шmitt выступал как непримиримый критик либерализма. Либерализм, по его словам, это абсолютизация свободы индивида, а не государства, это постоянные колебания, неуверенность, нерешительность, бесконечные дискус-

сии, «болтовня», договора, компромиссы, половинчатость, вместо диктатуры, борьбы и войны насмерть. Это терпимость, толерантность вместо отторжения врагов. — Узнаваемая альтернатива Ленина, Троцкого, леваков-маоистов и радикалов правового толка.

Узнаваемы модели военной и гражданской организации общества и то, что каждая из них хороша на своем месте, когда адекватна ситуации и преследуемым целям. Но когда одна из них пытается доминировать постоянно, она изнашивается и уступает противоположным тенденциям внутри себя. Политическое поле всегда сосуществует и взаимодействует с экономическим, идеологическим и многими другими полями. Любой редукционизм к чему-то одному порождает деградацию и контреакцию. Это, во всеоружии современной методологии и математического аппарата, хорошо видно на истории политической экономики.

В отличие от классиков либерализма, противопоставлявших свой микроэкономический подход макроэкономическому (с вмешательством государства в рыночную экономику), возобладавшему в период Великой депрессии (1929 – 1933) и войны в лице Д. Кейнса (1883 – 1946)¹⁵, неолиберализм предложил несколько моделей их сочетания. В частности, у фон Хайека (Нобелевская премия 1974 г.) посредством кардинального преобразования конституционных органов демократических институтов, тогда как у Джеймса Бьюкенена (Нобелевская премия 1986 г.) необходимость формирования конституционных норм и правил, разных для государственных функций защиты и функций производства. Парадокс состоял в том, что стремясь минимизировать влияние государства на рыночную экономику, они опирались на государство, способное навязать «правила игры» и «выдать за общественные интересы свои собственные. Сохранение власти превращается в цель, опасность перерождения

¹³ Эстатизм (от фр. *etat* — государство) — всеобъемлющая роль государства, централизованное руководство экономикой, примат интересов государства перед интересами личности — общие черты различных форм социализма и тенденции других систем по активному вмешательству государства в экономику и другие сферы жизни.

¹⁴ Карл Шmitt (Carl Schmitt, 1888 – 1985) крупный теоретик права и политики, испытавший влияние Ж. Сореля и В. Парето, метивший на роль главного идеолога III Рейха, подобно Хайдеггеру в философии, но после критики исполнявшего эту роль Альфреда Розенберга в 1936 г. лишился этой перспективы. Не помогло ему предложение помечать шестиконечной звездочкой цитаты из сочинений авторов еврейского происхождения, как «переводы с еврейского языка», сделанное за 5 лет до предписания евреям носить шестиконечную звезду на одежде. В 1945 г. провел более года в лагере, но отказался от всех попыток денацификации, что лишило его права на преподавательскую деятельность. Но уровень его обильного творчества сделал его классиком политологии и права. Среди его работ «Политический романтизм» (1919/1925), «Теория партизана», «Политическая теология», «Диктатура...», «Левиафан...», «Тирания ценностей», «Вопросы легальности».

¹⁵ Д. Кейнс как совершенно деидеологизированный тактик создал теорию, наиболее оправданную в периоды депрессий, но ограниченную обычно горизонтом планирования в несколько лет (40 мес). Он назвал свои предпосылки — формы потребления (вместо термина Мальтуса «эффективный спрос») и предпочтений («предпочтение ликвидности» вместо традиционного «сбережений») психологическими законами, хотя, как и пишет Й. Шумпетер, «никакого смысла в этом нет даже в отношении такого термина как «насыщение потребностей» [11, 19].

сохраняется постоянно». Однако и фон Хайек, и Бьюкенен нацелены на свободу человека, его социальную защиту, на саморазвитие. «Единственным реально существующим экономическим субъектом признается индивид, самостоятельно принимающий решения». — Этот «**методологический индивидуализм**», как основа теорий общественного выбора, является попыткой «свести все проблемы политической организации к проблеме выбора индивида между различными альтернативами, это «логика выбора» независимо от целей и критериев индивида, тогда как «индивидуализм» предполагает явное принятие определенных ценностных критериев. Это проблема границ государственного вмешательства» [20, 21]. Они подвижны, но имеют свои «красные» линии, которые прогнозируются математической теорией катастроф Р. Томе и В. Арнольда. Как написал в 1997 г. в предисловии к русскому изданию книги «Границы свободы» (1975) автор — Джеймс Бьюкенен, он, «абстрагируясь от любых конкретных историко-институциональных особенностей», высказывает идеи, всеобщие для любой страны. «Целью этой книги был фундаментальный анализ проблемы *политической легитимности*. При каких условиях оправдано принуждение индивида политической властью? Я исхожу из предпосылки, что индивид — единственный «источник» ценностей, из чего следует, что политическая власть должна основываться в конечном счете на *согласии индивидов*. Подзаголовок «Между анархией и Левиафаном» точно соответствует тому постоянному выбору, с которым сталкиваются люди в любом обществе... Таким образом можно ограничить политическую власть, необходимость которой мы признаем, для того, чтобы избежать хаоса анархии¹⁶? Демократия, ограниченная конституционно, оказывается единственной надеждой, но ее жизнеспособность принципиально зависит от понимания этой конституционной проблемы гражданами» (1997). Отождествлять хаос и анархию можно только, игнорируя синергию Петра Кропоткина, нобелевского лауреата 1976 г. Милтона Фридмена и его сына Дэвида Фридмена и фактические данные о самоорганизации в критических

ситуациях: одни самоорганизуются для взаимопомощи, другие в мародеров и насильников.

Важно подчеркнуть, что фактически все упомянутые авторы имели юридическое образование, занимались экономикой, финансами и социологией, а — начиная с Карла Менгера — микросоциологией, которая выглядела как социальная психология, но была антропологией, т.е. междисциплинарным целым, и включались в политическую деятельность не только как консультанты, подобно Максу Веберу, но и как министры финансов вплоть до глав правительства как Бем-Баверг. Характерно, что они обладали незаурядными математическими способностями, даже те, кто — как Карл Менгер, Курт Левин и др. противостояли математической статистике, как доминированию индуктивизма, что естественно для индивидуального качественного подхода. Но даже выдающийся макроэкономист с математическим складом ума Джон Кейнс держался в стороне от математической экономики и, даже приняв пост президента Эконометрического общества, в частных беседах почти выдавал свою неприязнь к эконометрике [11, с. 357]. Но математический аппарат стремительно развивается и с возникновением топологии стал адекватно моделировать качественные особенности, решая прежде недоступные задачи (Нобелевская премия 1975 г. Леониду Канторовичу). А Нобелевские премии вручаются ежегодно.

Что же такое политизация в психиатрии? Это значит фактически тотальное де факто огосударствление психиатрии и психиатрической службы, введение полицейского и военного режима во все поры жизни.

1) прежде всего, высоко уязвимое положение психически больных в обществе как одного из специфических и обычно дискриминируемых меньшинств;

2) пресечение естественных процессов самоорганизации как психически больных и их родственников, так и психиатров разной профилизации, междисциплинарных и международных связей и инициатив;

3) манипулятивное использование психиатрии в немедицинских целях для устрашения, изоляции и репрессий противников режима и даже потенциальных возмутителей общественного спокойствия, вплоть до инакомыслия в приватных разговорах и чтения запрещенной литературы на уровнях законодательной и судебно-психиатрической экспертной практики;

4) государственное вмешательство в научную, образовательную, практическую и организационную проблематику и кадровые вопросы, в частности, посредством совмещения руководящих постов в государственных и общественных структурах;

5) пренебрежение необходимостью паритета в дискуссиях, экспертных заключениях, инспек-

¹⁶ Анархия (от греч. anarchia — безвластие) — политический строй, свободная и добровольная ассоциация граждан при полном исключении любых видов принудительной власти государства. Зачинатели: М. Штирнер, П. Ж. Прудон, М. А. Бакунин, П. А. Кропоткин. В последние десятилетия анархические идеи переживают «второе рождение» в форме либертарианской модели экономики и общества анархо-либерализма, предложенного в знаменитой книге «Механизмы свободы» Дэвида Фридмана (М., 2021), одна из глав которой называется «Анархия — не беспорядок». К. Маркс также писал об отмирании государства в будущем.

циях и законотворческих инициативах с независимыми оппонентами;

6) решительное предпочтение интересов государства и даже его произвола в порядке приоритетов общества, государственных специалистов, психиатрии как науки, а больных после всего этого, вместо перехода от государственного патернализма к «текнологическому»¹⁷, системному подходу по преодолению конфликта интересов разных сфер на всех уровнях. А это требует оперативных обратных связей в отношении честной информации и адекватных решений по организации психиатрической помощи. Всё еще длящаяся реформа здравоохранения в нашей стране откровенно демонстрирует, вопреки гриму и реляциям, этот реальный порядок приоритетов. Остаточный принцип финансирования здравоохранения, а в здравоохранении — психиатрии, с его постоянным сокращением и даже отъемом прежних достояний и компенсаций за профессиональную вредность и для притока кадров;

7) в условиях тотальной политизации любая конкретная психиатрическая проблема подвержена этому влиянию и деформации, как правило, примитивизации. Но наиболее значимым и не случайно оттесняемым и вытесняемым, как антоним политического, является роль Свободы [22]. Удивительным образом свобода, независимость в очерченных еще Кантом границах не фигурирует сообразным для себя образом в психиатрии как высоко значимый фактор, как психических расстройств, так и их лечения, вопреки знаменитым, но до сих пор кажущимся парадоксальными открытиям шотландской школы: открытые двери в психиатрических учреждениях успешнее закрытых на ключ, как и помещение буйных больных в чистое поле. А между тем, как пишет фон Хайек, «Свобода — это не просто одна из ценностей, она — источник и условие большинства моральных ценностей». Идея свободы была выхолощена, раздроблена, размыта и профанирована до росписи на добровольное согласие на стационаризацию, лечение и т.п., которое, известно как получается. «На самом деле свобода действий есть первостепенная потребность человека» (А. Н. Уайтхед). «Свобода личности — основная ценность» (Н. Гартман). Ей соразмерны только Смерть и Рабство, как сказал А. Камю: «Свобода — в готовности к смерти»;

8) ответом на политизацию стало антипсихиатрическое движение, которое является, прежде

всего, политическим движением с неизбежными первоначальными перехлестами из-за отсутствия необходимых реформ;

9) наконец, другим ответом на политизацию стала актуальность темы «психиатрия и права человека». Права человека после Холокоста — это новая гражданская религия, с рефреном из Тиля Уленшпигеля: «Пепел Освенцима стучит в моем сердце». Эта тема — одна из фундаментальных в деятельности НПА России.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ясперс К. Общая психопатология. М., 1997.
2. Ясперс К. Философская автобиография // Карл Ясперс. Изд. НПА. М., 1995; Перцев А. В. Молодой Ясперс. СПб., 2012.
3. Лебон Ж. Психология масс. М., 2022.
4. Арендт Ханна. Истоки тоталитаризма.
5. Ясперс К. Речь памяти Макса Вебера // Макс Вебер. Избр. Образ общества. М., 1994.
6. Гутнер Г. Б. Макс Вебер. НФЭ. Т. 1. М., 2000.
7. Гайденко П. П., Давыдов Ю. Н. История и рациональность. Социология М. Вебера и веберовский ренессанс. М., 1991.
8. Хайек Ф. А. Конституция свободы (Liberty). М., 2018.
9. Мизес Л. Ф. Социализм. Экономический и социологический анализ. М., 1994.
10. Австрийская школа в политической экономии. К. Менгер, Е. Бем-Баверг, Ф. Визер. М., 1992.
11. Шумпетер Йозеф. Десять великих экономистов. М., 2011.
12. Хайек Ф. А. Дорога к рабству. М., 1993
13. Поппер Карл. Открытое общество и его враги. В 2 т. М., 1992
14. Хайек Ф. А. Познание, конкуренция и свобода. Антология соч. СПб., 1999.
15. Вебер Макс. Политика как призвание и профессия // М. Вебер. Избр. произв. М., 1990, 644 – 706
16. Шmitt Карл. Политический романтизм. М., 2015.
17. Шmitt Карл. Понятие политического. М., 2011.
18. Филиппов Александр. Политическое у Карла Шмита. <https://www.youtube.com/watch?v=zEnaMF1-2EY>.
19. Автономов В. С. «Несвоевременные» мысли Йозефа Шумпеттера // Й. Шумпеттер. Капитализм, социализм и демократия. М., 1995.
20. Бьюканен Джеймс. Конституция экономической политики. Расчет согласия. Границы свободы. Между анархией и Левиафаном. Серия «Нобелевские лауреаты по экономике». М., 1997.
21. Нуриев Р. Джеймс Бьюканен и теория общественного выбора // Ibid (20).
22. Апресян Р. Свобода. НФЭ. Т. 3. М., 2001.

¹⁷ «Тектология» (от греч. «тектон» — строить) — «всеобщая организационная наука», разработанная А. А. Богдановым (1873 – 1928) в 1913 – 1924 гг., посвященная общим закономерностям развития природы и общества на основе принципа динамического равновесия стабилизирующих и дестабилизирующих процессов, предшественница общей теории систем и кибернетики (см. вступительную статью в этом выпуске журнала). В 1924 г. все три тома «Тектологии» были переведены на немецкий язык.

КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ

Dementia praecox Крепелина

Разбор ведет А. А. Шмилович¹, врач-докладчик А. М. Ложникова²
(ПКБ № 4 им. П. Б. Ганнушкина, 21.04.2022)

Врач-докладчик: Уважаемые коллеги! Ва-
шему вниманию представляется пациент Алексей
Витальевич (57 лет) (имя изменено). Пропи-
сан и проживает в г. Москве, поступил в отделение
в ПКБ № 4 им П. Б. Ганнушкина 02.04.22.

Анамнез (из данных архивной и/б, направи-
тельной документации, а также со слов пациента
и его супруги). Наследственность психо-
патологически не отягощена. Родился в полной
семье, единственным ребенком. Беременность у
матери протекала без патологии, однако родовая
деятельность происходила в условиях внутриро-
довой гипоксии, в первые сутки был изолирован
с пневмонией.

Рос в полной семье до 4-х летнего возраста, ко-
гда родители пациента развелись. После развода
остался с матерью. Мать повторно вышла замуж.
Развод переживал тяжело, из-за того, что мало
видел отца, не мог ужиться с отчимом. Есть две
сводные сестры. Посещал ДДУ, где часто прини-
мал участие в драках. Рос и развивался нормаль-
но, не отставая от сверстников. В школу пошел
в 7 лет, учился хорошо, один раз менял школу,
в новом коллективе адаптировался без труда. По
характеру развивался активным, веселым. Имел
множество увлечений, среди которых шахматы,
плавание, горные лыжи. В семилетнем возрасте
консультировался психологом из-за нарушений
поведения в школе. Окончил 10 классов. После
окончания школы более нигде не обучался. Слу-
жил в армии в течение 1,5 лет, был комиссован
из-за нарушения дисциплины, находился в тече-
ние месяца в психиатрическом стационаре.

В течение жизни работал на низкоквалифи-
цированных должностях, среди которых таксист,
плотник, дворник, токарь и др. Был женат, от
браха есть дочь. После развода с бывшей семьей
отношения не поддерживает. На протяжении
многих лет алкоголизировался, с запоями по не-
скольку недель, сформировался похмельный

синдром, толерантность к алкоголю до 1-го литра
водки в сутки. В состоянии алкогольного опьянения
часто участвовал в драках, получал ЧМТ, по
этому поводу к неврологам не обращался. В на-
стоящее время проживает один. Контактирует
с матерью и сводной сестрой. Впервые был гос-
питализирован в ПКБ № 4 в 2017 году с металко-
гольным психозом. Перед госпитализацией в те-
чение трех недель запойно алкоголизировался,
за день до госпитализации самостоятельно обор-
вал запой, после чего нарушился сон, появилась
тревога, стал слышать «голоса» комментирую-
щего и императивного содержания. Находился
на лечении с 21.12.2017 г. по 17.01.2018 г., в от-
делении заявлял, что «решил воспользоваться
психиатрической больницей, чтобы его лишили
дееспособности, и не платить за кредит». Был
выписан с диагнозом: «F10.52 Преимущественно
галлюцинаторное расстройство в связи с упот-
реблением алкоголя». Выписан с рекомендацией
поддерживающей терапии:

Lithii carbonatis 1200 мг в сутки.

Risperidoni (Risperidon Consta) 0,05 in flac. в/м
1 р. в 2 недели.

После выписки ПНД не посещал. Поддер-
жающую терапию не принимал. Продолжал про-
живать один, работал таксистом, эпизодически
алкоголизировался. Накануне настоящей госпи-
тализации, сделал разрез на руке, с целью «про-
анализировать кровь и убедиться, что он земля-
нин, а не гуманоид».

В день настоящей госпитализации вошел
в магазин с большой иконой и пакетом вещей,
пытался обменять «радиоактивную картошку на
земную», вел себя неадекватно, в очереди перед
кассой пытался трогать украшения посторонней
женщины, чем спровоцировал конфликт с охра-
ной, в ходе которого получил травму головы и ре-
бер. Был задержан сотрудниками полиции и дос-
тавлен в ОВД, где продолжал вести себя неадек-
ватно, высказывал нелепости, был осмотрен
дежурным психиатром по городу, для исключе-
ния ЗЧМТ, был доставлен в ГКБ им. А. К. Ерами-
шанцева. Там продолжал высказывать нелепые
бредовые идеи, подозревал врачей в инопланет-

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

² Ординатор второго года кафедры психиатрии
ФДПО.

ном происхождении, утверждал, что «среди нас гуманоиды». После исключения острой неврологической симптоматики был направлен в нашу больницу. В приемное отделение доставлен с применением мер физического стеснения.

Госпитализация в недобровольном порядке, в соответствии со ст. 29 п. «в» Закона РФ «О психиатрической помощи...»

Аллергологический анамнез: Не отягощен.

Социальный анамнез: Дееспособен, группы инвалидности нет.

Хронические и перенесенные заболевания: Гипертоническая болезнь, аппендэктомия 1983 г, разрыв ахиллова сухожилия от 2017 г., многочисленные ЗЧМТ.

Психический статус при поступлении. Продуктивному вербальному контакту малодоступен. Напряжен, подозрителен, злобен. На вопросы отвечает не по существу, либо задает контрвопросы. На вопрос врача: «Почему Вас доставили в больницу», с раздражением произносит: «по асфальту». При попытках выяснить обстоятельства госпитализации, внезапно начинает говорить на повышенных тонах, при этом произносит отдельные, бессвязные словосочетания, с силой стискивая челюсти и сжимая кулаки. Вне контекста беседы произносит: «...я ненавижу психиатров... Вы все сами... не Ваше дело». В поведении пациента и его высказываниях проявляются черты импульсивности и высокого риска к развитию психомоторного возбуждения. Все движения пациента крайне резкие и порывистые. Оценить степень суициального риска, а также наличие обманов восприятия, на момент осмотра не представляется возможным. Алкоголизацию перед госпитализацией категорически отрицает.

После первичного осмотра в отделении были назначены:

Sol. Haloperidoli 0.5% – 1.0 — В/м по 2 амп. 3 р/д.

Trihexyphenidyl 0.002 in tab. — По 1 т. 3 р/д.

Sol. Chlorpromazini 2.5% – 2.0 — В/м по 2 амп. 3 р/д.

В отделении в первые дни состояние оставалось неустойчивым, был раздражителен, дисфоричен, конфликтен. Большую часть времени проводил в палате, в пределах постели, с другими пациентами практически не общался. Время от времени разговаривал с мнимыми собеседниками. Ночной сон с частыми пробуждениями. 08.04.22 был переведен в психиатрическое отделение № 10.

Психический статус 08.04.2022 в отделении № 10. В сознании. Ориентировка в целом верная. Фон настроения приподнят, с дисфоричным оттенком. Беседует с врачом охотно, многоречив. На вопросы отвечает развернуто, чаще не по существу. Мышление нецеленаправленное,

паралогичное, с соскальзываниями. С ходу заявляет врачу, что он с ним знаком: «Вы же известный врач-стоматолог, я читал Ваши труды». Наличие обманов восприятия категорически отрицает, Агрессии, негативизма в поведении не отмечается. Жалоб в целом не высказывает. Была проведена коррекция терапии.

Лечение:

Sol. Zuclopentixoli (Sol. Clopixoli depo) 20% – 1.0 in amp — в/м 1 раз в 2 нед. (инъекция выполнена 14.04.22) с последующим увеличением дозы.

Acidi valproici (Depakini chronosphere) 2000 мг/сут.

Chlorpromazini (Aminazini) 100 мг/сут.

Trihexyphenidyl 6 мг/сут.

На фоне проводимой терапии: Состояние без выраженной динамики. С трудом укладывается в режим, говорлив, навязчив с разговорами к окружающим, во время обхода следует за врачами из палаты в палату, после замечаний послушно возвращается к себе. Доброжелателен, нарочито вежлив, с трудом удерживает должную социальную дистанцию, делает неуместные комплименты врачу женского пола, сравнивая ее с «китайской императрицей». Во время гигиенических процедур попросил побрить его наголо, при этом оставить клок волос в правой височно-теменной области. На вопрос о данном предпочтении стрижки ответил: «Чтобы Вы посмотрели и улынулись, поднять Вам настроение». Фон настроения приподнятый, с благодушием, дурашливостью. Мышление ускорено по темпу, нецеленаправленное, с элементами паралогизма, с соскальзываниями.

Сохраняются актуальными бредовые высказывания, на некоторые вопросы отвечает: «Это из области фантастики, большая Ф, пиши доктор, Ф равно смэрш элианс». Считает себя одним из первых «сталкеров — людей, выдернутых из пространства», утверждает, что у него много копий, живущих своей жизнью. Наличие обманов восприятия категорически отрицает. Агрессивных и аутоагgressивных тенденций в поведении не отмечается, однако часто наблюдаются нелепые действия, вычурное поведение. Ночной сон медикаментозный. Аппетит сохранен. Соматически, неврологически стабилен. Терапию принимает в полном объеме, осложнений не отмечается.

Результаты обследований 04.04.2022: анализы крови и мочи без патологии.

Флюорография органов гр. клетки — Без патологии

ЭКГ — Без патологии

КТ ГМ от 02.04.2022: данных в пользу объемных и очаговых процессов головного мозга не выявлены. Признаки церебральной микроангиопатии.

Заключения консультантов

04.04.2022 Невролог: Энцефалопатия неуточненная

04.04.2022 Терапевт: Атеросклеротическая болезнь сердца (коронарный атеросклероз)

06.04.2022 Хирург: Ушиб грудной клетки

Данные экспериментально-психологического исследования. Выявлены тенденции к нецеленаправленности, расплывчатости, искажению процесса обобщения, наблюдается своеобразность ассоциативной продукции наряду с недостаточностью мотивационного компонента мышления. Дополнительно определяются легкие колебания распределения внимания.

При исследовании эмоционально-личностной сферы были выявлены такие особенности личности как демонстративность, тревожность, неадекватно завышенные самооценка и уровень притязаний.

Дифференциальный диагноз

F25.0 Шизоаффективное расстройство, маниакальный тип

- Сочетание шизофренических симптомов с симптомами маниакального состояния;
- Приподнятое настроение с идеями собственной переоценки;
- Повышенная раздражительность и/или возбуждение в сочетании с агрессивным поведением и персекуторными идеями;
- Наличие, по меньшей мере, одного типичного шизофренического симптома;

F06.2 Органическое бредовое (шизофреноподобное) расстройство, бредовый синдром

- Травма головного мозга;
- Бред различного содержания;
- Расстройство мышления при сохранных сознании и памяти;

F25.01 Приступообразная шизофрения, шизоаффективный вариант, маниакальный тип

- Сочетание шизофренических симптомов с симптомами маниакального состояния;
- Приподнятое настроение с идеями собственной переоценки, величия;
- Повышенная раздражительность и/или возбуждение в сочетании с агрессивным поведением и персекуторными идеями;
- Наличие, по меньшей мере, одного типичного шизофренического симптома;
- Результаты экспериментально-психологического исследования;
- Нарастающая социальная дезадаптация, работал на низкоквалифицированных должностях. Нарушения в межличностных отношениях, брак распался, не поддерживает контакт с женой и дочкой, друзей нет;

F21.4 Псевдопсихопатическая (психопатоподобная) шизофрения

- Неадекватный или суженный аффект, больной выглядит холодным и отчужденным;
- Чудаковатость, эксцентричность или особенности в поведении или внешнем виде;
- Сокращение контактов с окружающими, социальная самоизоляция;
- Подозрительность или параноидные идеи;
- Навязчивые, без внутреннего сопротивления, размышления дисморфофобического, агрессивного, сексуального и прочего содержания;
- Аморфное, обстоятельное, метафоричное, гипердетализированное и часто стереотипное мышление, проявляющееся вычурностью речи без выраженной разорванности;
- Эпизодические транзиторные квазипсихотические проявления иллюзорного, галлюцинаторного, бредоподобного характера;
- Наличие данных анамнеза о нарушении поведения с детства, в школе посещал психолога, был досрочно комиссован из армии в связи с поведенческими нарушениями;
- Нарушение влечений;

F07.88 Расстройство личности и поведения в связи со смешанным заболеванием головного мозга (токсического, посттравматического генеза)

- Значительное, необратимое изменение пре-морбидного поведения, выражающееся преимущественно в сферах эмоций, влечений, потребностей планирования и предвидения;
- Существенное снижение способности к целенаправленной деятельности, особенно в случаях, когда необходимо затратить много времени и усилий для достижения эффекта;
- Эмоциональная лабильность кратковременные приступы злобы и агрессии, эйфория;
- Подозрительность;
- Когнитивные нарушения в обычной в форме;
- Частые ЗЧМТ;
- Нарушение влечений;

F30.2 Маниакальный эпизод с психотическими симптомами

- Завышенная самооценка перерастает в бред величия;
- Раздражительность и подозрительность переходят в бред преследования;
- Непризнание социальных ограничений;
- Выраженная отвлекаемость, невозможность сконцентрировать внимание;
- Поверхностность суждений, их грандиозность и сверхоптимичность, завышенная самооценка;
- Скачка мыслей и речевой напор делают речь бессвязной;

Ведущий: Ну, вопросы к докладчику прошу.

В. Б. Яровицкий (доцент кафедры психиатрии Ставропольского медуниверситета): Анастасия Михайловна, вот несколько вопросов уточняющих. Вы вскользь сказали, но они требуют уточнения, тем более при такой большой дифференциальной диагностике. Первое. В 7 лет он консультировался психологом, не психиатром, вроде бы были нарушения поведения, но потом он закончил школу и был принят на военную службу, то есть прошел комиссию. Этот вопрос неясен, насколько выраженным были нарушения поведения, и почему он консультировался. Теперь, комиссование из армии — это очень серьезный вопрос. Просто нарушения поведения — этого мало. Какие есть сведения о его нарушении поведения? То ли он уходил из части самовольно, то ли суицидальные какие-то наклонности в поведении, то ли немотивированная агрессия и так далее. Это требует уточнения. Следующий момент. Он первый раз госпитализировался, я так понял, с металкогольным психозом, то есть у него была белая горячка. Ну, во всяком случае, галлюцинации. Наверное, все-таки белая горячка. По описанию, я не говорю, что она была. Весь анамнез до этого похож на анамнез алкоголика? Были приводы в милицию, лечение у нарколога, какие-то конфликты с соседями? Или это как бы на ровном месте? Тем более, что он потом отрицает алкоголизацию. Ну, и еще хотелось бы уточнить, добавить — анамнез кожновенерического диспансера и анализ на сифилис — это был просто экспресс анализ или более тонкий, скажем, иммуноферментный анализ? Потому что это тоже не исключено.

Лечащий врач: Если позволите, на вопросы буду отвечать я, как лечащий врач. По поводу эпизода в детстве. В семь лет он, действительно, был однократно показан психологу в связи с поведенческими нарушениями в школе. Он был невнимателен на уроках, часто провоцировал драки с одноклассниками, и его отводили к школьному психологу. За пределы этого он не выходил. У психиатра он в детском возрасте не наблюдался. По поводу армии. Тут нужно добавить, что существует некий недостаток в анамнестических сведениях, потому что пациент достаточно специфический, он не всю информацию откровенно и искренне о себе сообщает. Родственники у него — пожилая мама, которая на связь не выходит, и сводная сестра, которая, собственно, и предоставила всю эту информацию. Подробностями она не владеет, поскольку живет не с ним, и о его детстве, соответственно, у нее сведений нет. Поэтому сказать, в связи с чем именно он был комиссован из армии, мы не можем, почему находился в психиатрическом стационаре, тоже не знаем.

Ведущий: В случае демобилизации по психическому состоянию обязательна стационарная военно-психиатрическая экспертиза. Поэтому после комиссии он лежал где-то в одной из психиатрических больниц. Может быть, поискать выписку?

Лечащий врач: Добавлю, что после этого в диспансере он не наблюдался, сведений о нем нет. Еще был вопрос о социальном анамнезе. Данных о приводах в полицию у нас нет. Алкоголизировался он действительно в течение жизни эпизодически запоями со светлыми промежутками. При этом он работал, в последнее время работал таксистом. В настоящий момент он нигде не работает. Анализ по поводу сифилиса проводили.

Ведущий: Как он получал права после металкогольного психоза?

Лечащий врач: Был вопрос по поводу белой горячки, так называемой. У нас есть данные из архивной истории болезни. То состояние расцепнили, как преимущественно галлюцинаторное расстройство на фоне употребления алкоголя. Тем не менее, там специально обратили внимание на то, что было установочное поведение. Он заявлял, что в психиатрическую больницу приехал по собственной воле для того, чтобы с помощью психиатров не выплачивать кредит.

Ведущий: Я пропустил дату, когда он поступил. — *2 апреля текущего года, а в 10-ое отделение он поступил 8-го.* — Значит он у вас с 8-го по 21-е. Как он ведет себя? С кем он общается, насколько он активный? Есть ли какая-то подозрительность в поведении? Боится контактов или, наоборот, ведет себя как психопат? — *Он ведет себя очень активно, общается, любит поговорить. Эмоциональный. В палате поддерживает контакт с пациентами. Очень навязчив к медперсоналу.* — С чем именно он назойливо обращается к медперсоналу? — *Он рассказывает про «промежуток», спрашивает о его выписке из стационара. Говорит, что ему обязательно нужно выписаться с 20-го по 26-е, потому что это какой-то особый промежуток, он считает, что именно в это время ему надо выписаться. Постоянно спрашивает у персонала, говорит, что если его до 26-го не выпишут, тогда ему надо еще год пролежать. Потому что «захлопнется окно».* И вот он постоянно подходит и спрашивает: «А что с выпиской, что-то решилось? Я могу выйти из стационара в это окно или...?»

Ведущий: Еще у меня есть вопрос. Там в одном из обоснований у Вас было что-то про персекьюторные идеи. Они какие? — *Это, видимо, просто из критериев попало.* — Хорошо, тогда если нет вопросов, давайте пригласим пациента.

Беседа с пациентом

— Здравствуйте. Присаживайтесь. — Здравствуйте. — Прощу Вас, садитесь. — Благодарю Вас. — Вы знаете, у нас уже COVID отменили. Можно снять маску, если Вы не против. — Если аудитория не против, я оставлю маску. — Хорошо. Мне кажется, она Вам мала. — Нет — Вам виднее. Вы практически все делаете по-своему.

Ну, хорошо. Меня зовут Андрей Аркадьевич. — Взаимно приятно, Алексей Витальевич. — Мы с Вами люди одного поколения. — Не соглашусь. — Вы считаете... — Моложе. На поколение. — Я старше Вас? — Вы старше меня. В этом времени, что одно и то же время Вы моего возраста, я младше Вас, потому что я поколение некст. Брось Coca-Cola, пей «Николу». — Алексей Витальевич, Вы в этой больнице уже лежали? — Нет, в этом отделении не лежал. — Нет, я не про отделение, я про больницу. — В Ганнушкина бывал. — Бывали. Можете припомнить предыдущую госпитализацию? — Ну, могу что-то рассказать. А точно нет. — Как Вам удобно. — Значит, я решил, что мне пора отдохнуть на государственных харчах, и вызвал 02. Вернее, как, как подумал я себе? Надо 03 звонить. А то на 03 они говорят там: «Перезвони 02». А тогда они спрашивают: «А в чем проблема?» А я говорю: «У меня кузолябра из холодильника, маленький такой, подлец, вот с такой пушкой вылезает на меня и говорит: «Застрели Кузя, — как раз ствол обратно двигает, — иначе я тебя сам стрельну». Они поверили, повелись врачу, который рулил. И врач, который был в санитарной бригаде, все то, когда уже до этого дело дошло, начал пинать ногами вот этого воображаемого куколябры, так же, конечно, там не видел. Меня госпитализировали без вопросов. — А зачем Вам это надо было? Вы говорите про казенные харчи. — Может быть... можно мне не отвечать на этот вопрос? — Ну, можно, конечно, но... Тогда я задам вопрос: а почему Вы не хотите на него отвечать? — А можно мне и на этот вопрос не отвечать? — Я просто подумал, что мы могли бы Вам помочь. Но для этого нам нужно Ваше сотрудничество. — Но я всего лишь на один вопрос не отвечаю. — Уже два. — Второй — это уже рожденный им. — Ну, хорошо. — Мне не хотелось бы по поводу госпитализации. Давайте лучше по поводу выписок этих. — Ну, послушайте, по поводу госпитализации — это самый главный вопрос, на самом деле. Мы не можем знать, что там было, в некотором роде. И вот жил... — А что, там ничего не было. Обычный... обычный... — Жил себе, жил... Жил себе, жил человек. — Обычная квартирка. — Жил себе, жил человек в обычной квартирке. Работал, как-то жил вообще, что-то делал. И вдруг — раз, и решил лечь в больницу. — Да не сам он. — Что? — В тот раз он не совсем и в больницу угодил. — А что? — Ну, ему померещилось, что его завербовали люди бабки Лизы с Шепчатых островов, вот... Я понял, поэтому я... да, меня не касается чужих вещей. Я думал, это у Вас книжка какая-то, извините, пожалуйста. — Нет, нет, это еженедельник. — Ну, в общем, мне такое бы пришло нехорошее ощущение, что я как будто такой разведчик русский, очень знаменитый в очень узких кругах, и вдруг меня вербуют, меня могут эвакуировать с Шепрских

островов. Это измена родине. А у нас измена родине — это смерть. А я жить хочу. Пришлось вызвать этих пареньков. Сумасшедшими себя в болото, в той или иной степени чувствую уже в течение лет 40–50. Как тогда было. — А в чем Ваше сумасшествие? — Ну, не сумасшествие, не совсем правильно. Ну, немножко психанутость. — Ваша психанутость в чем? — По-разному. — Вот эта 40-летняя психанутость, она в чем? — По-разному. Иногда может быть в том, что я не отвечу на удар, а иногда в том, что могу покалечить ближнего своего, и не одного, а нескольких. — Но то, может, темперамент? — Ну, вот тогда, значит, не психанутость, просто яркий темперамент, да. — А что Вы делали на Потешной? — На Потешной случилось дело так. Двое чудаков ударили меня так сильно, что я решил заявить. Они мне куртку закапали. Новая куртка, ношу второй сезон, белая с синим, такая куртка, она мне очень идет. У меня все закапано. Приезжают. Эти говорят: «Ну, что, поедем сразу в отделение?» А там у них в отделении лифты, а в отделении им показывают тут же кадры — смотри, как... они какое-то слово сказали. Мантуют, во. И я такой смотрю — не дай бог в отделение, там лифт, и начнут мантум... мантумить еще меня? — А что это слово означает? — Мантумить? Ну, это было... долгая история. — Ну, у нас есть время. — На каждой фабрике сахара, в Москве продававшегося, было написано: «Фабрика имени... Фабрика имени Барабеева» или «РотФронт». А находилась она на Мантулинской этой самой. Вот если этой пачкой сахара кому-нибудь приложиться в домашней небольшой склоке, у него сразу же мозги проверять, так как ровный килограмм весит. Очень твердый предмет. И вот замантульить — это было такое словечко лет 30 назад, в некоторых слоях общества оно употреблялось. — Это значит врезать пачкой сахара кому-то по голове? — Ударить, да. Потому что, если врезать пачку сахара, это совсем некрасиво — часть торчит, часть там. — Я не знал про это. — Ну, вот видите, каждый день даже профессора узнают что-то новое. А где у нас профессор? Он у нас сегодня... А, его нет сегодня, да. Вот, по-моему, только вопрос у меня со зрением. — Так вот, Вы здесь по делу или нет? Вам надо лечиться? От чего-то лечиться Вам надо? — Вам уже отвечает эта аппаратура. — Скажите, ответьте на вопрос. — Ну, мое конкретное мнение — нет. — Не надо. — Нет. — Может, Вас выписать? — Было бы неплохо. — А как же мы Вас выпишем, если Вы обратились к нам придете, замантулив кого-нибудь? — Одну минуточку. Я, во-первых, никого не замантулил еще ни разу. А во-вторых, я вот в этом на улицу не пойду. Если дадут чистые вещи нормальные мои, которые были... — Ну, это Ваши, в которых Вы при... — Так никого я не замантулил, я и здесь никого... Камера, ну-ка посмотрите на меня. Я вру или нет? Вон камера говорит,

что нет, не вру. Ни здесь, нигде убивать человека нельзя. — Что Вы будете после выписки делать? — А-а, рыбалку поеду делать. — Вы рыбак? — Я рыболов. — А скажите, пожалуйста... Как Вы рыбачите и где? — В Москве на маленьких водоемах есть вот такие рыбки. Вот. — Ну, расскажите, на что Вы ловите... Какие у Вас счасти, на что Вы ловите? — Удочку. Донка. Спиннинг. — На каком водоеме? — Ну, многое есть. — Но Вы на каком любите? — На всех люблю. — Ну, самый любимый какой Ваш? — В Измайлово. — В парке? — В парке Измайлово. — Недалеко от дома? — Недалеко. — Вы один обычно рыбачите или у Вас компания? — Бывает, компания собирается. Бывает, в одиночку, прямо обзваниваешь: «Поехали на рыбалку». «Поехали». Едем на рыбалку. — Я понимаю, что у Вас, значит, есть много друзей? — Это не так. Друзей у меня немного. А вот друзей — прилично. — Много? — Ну, семь тысяч точно наберется. — Ну, прекрасно. Расскажите про них, что это за люди. — Это люди, обычные интернет-люди, которые заносят свои данные туда, заносят свои физиономии, заносят туда своих детей и на руках показывают их — вот какие мы. Но я, честно говоря, не понимаю этого какого-то эксбиции... ну понятно, что за слово. Эксгибиционизма, странного. А можно мне стакан воды? У меня сильно пересохло. — Вы живете один, да? — Нет, почему один. Вокруг соседи. — Нет, я про Вашу квартиру. — Ну, да. — Вы живете один? — Я предпочитаю это как лабораторию содержать. — Квартиру? — Да. Там можно поесть и поспать. — Ну, а еще что? Вообще из чего состоит Ваша жизнь еще, кроме еды и сна? — Из того, что я радуюсь. Вот Вы здоровы? Сейчас себя чувствуете, как Вы себя чувствуете? — Неплохо. — Я радуюсь. Вот Вам крест. Вот прям радуюсь, потому что я знаю, что это такое. — Расскажите все-таки, как Вы живете. — Я думал, меня научили всего лишь лет 15 назад, что есть радость, оказывается. Я просто не знал ее. Я... — Чему Вы радуетесь? Чему Вы радуетесь? — Тому, что Вы живы. Потому что зачастую это все... — Я про жизнь про Вашу. — А-а. Здесь. — Не здесь — дома. — Здесь меня тоже радует. Из-за обмороков. — Сосредоточьтесь. Вы дома, один. Чему Вы радуетесь? — Тому, что я жив. — Еще? — Мне не больно. — Вы смотрите телевизор? Слушаете музыку. — Нет, нет, у меня нет телевизора. — Вы заходите в социальные сети, судя по всему. — Нет, очень редко. — Вы пользуетесь Интернетом, компьютер у Вас есть? — Нет. Нет. У меня нет Интернета. — Так что Вы делаете? — А что, если нет Интернета, значит, человек ничего не делает? — Нет, это не значит. Я просто спросил, чем Вы занимаетесь? — Ну, как, занимаюсь уборкой помещений, готовкой пищи, надо постирать, наверное, все, что на мне есть. Милые дамы знают. Потом, кроме того, нарисовать что-нибудь на стенках. Поменять расположение мебели. Вот так дел

полно. — Ну, ладно. — Не все успеваю, что намечую на день. Ладно, ничего зазорного. — А есть ли какие-то планы такие по... — Грандиозные? Никаких. — На будущее. — Не-а. Уже все сделано. — Что именно? — Что я был обязан сделать. Но все-таки я... — Вы говорите какими-то секретами, тайнами. Что Вы что-то обязаны сделать, что у Вас есть какие-то важные дела. — У меня никаких нет особо важных дел. То есть, если Вы желаете, вот аудитория, быть может, доктор, у кого-то есть такие мнения, что лучше бы мне здесь еще год... год просидеть, а может быть, 2–3). Но противно будет ужасно, уже сейчас противно становится. — Вам? — Да. — Отчего? — Свободолюбивая натура очень. — Но Вам хочется работать? — Мне хочется на свободе оказаться... — И работать? — А зачем это работать? Не для работы меня мама родила. — Чтобы были деньги, чтобы жить на них. — Ну, если Вы меня наймете на такую хорошую работу, я буду сидеть, работать, как их называют, а они не нравятся, как эти молодые люди сидят там. Я такое тоже буду работать. — А на что Вы живете? — На то, что беру из тумбочки. Тумбочка, есть там что-нибудь? Пока что нет. Но мы подождем, она наберется. — Ну, хорошо. Я вижу, что Вы не очень расположены к сотрудничеству. Поэтому я предложу... — А это... это не так. — Это так. Я предложу моим коллегам Вам задать несколько вопросов. Вдруг у Вас получится сотрудничать с кем-то из них. Прошу.

В. Б. Яровицкий: Алексей Витальевич, скажите, пожалуйста, я так понял, что Вы симулировали психическое расстройство для того, чтобы поступить сейчас в больницу. Так это или нет? — Нет. — Но Вы говорили, что там в холодильнике что-то, кто-то стреляет. — Это был 2017–2018 год. — А тогда было это на самом деле? — Нет, тогда симулировал. — А сейчас? — А следующий раз был 20... с 19-го на 20, я попал. — А сейчас не симулировали? — Нет. — Вот Вы проходили в магазин, хотели поменять картофель радиоактивный на нормальный, говорили, что кругом гуманоиды, какие-то космические ощущения. — Нет, нет, нет, нет. Я... — Ну, тогда уточните, пожалуйста. — ...я ничего не менял радиоактивный картофель на нормальный. Я просто добавил обычному мелкому картофелю в мундирах, по-моему, 4 картофелины, жареные по... по-профессорски. Вот. И все. — Ну, поступление в больницу с чем было связано в этот раз? — Милицейские не захотели писать бумагу. — Какую? — Брать у меня этот, как его, как этот, протокол, или как это называется, у меня здесь? Заявление брат мое не хотели. — Какое? — О том, что меня избили в супермаркете. — И Вы тогда каким образом легли в больницу? — А я не знаю, надо спрашивать у милицейских, как они это делали. — Скажите, у Вас бывает иногда ощущение, что вокруг идет

какая-то необычная обстановка, игра, что люди на... — *Не.* — Или слышится что-то необычное, или видится? — *Нет.* — То есть все... — *Не слышится, и не видит...* Видится, иногда бывает чуть-чуть, а слышится совсем слегка. Но я этим... как бы не то, что я этим управляю или контролирую. Я научился закрываться от этого всего. — А что слышится и видится? — *Ну, когда-то меня мучили голоса сильно. Вы, наверное, смотрели мою историю болезни?* — Ну, зачитывали, да. — Да, вот. — А что за голоса были? — *Ну, всякие, мужские, женские. По большей части мужские голоса, которые говорили там «сделай...»* Нет, они не говорили «сделай то или это». Они каким-то образом комментировали мою мыслящую деятельность, мыслительную деятельность, вербальную мыслительную, и мои какие-то выдумки. — А как Вы их слышали? Вот сейчас Вы меня слышите... — Конечно, нет. — ...не так, да? — *Нет, ну это разделить очень легко. Это живой человек говорит. А это — нечисть, нежить. Мое мнение.* — А Вы воспринимали... — *Она сопровождает практически каждого индивидуума.* — Вы их воспринимали как сейчас голоса, в частности, мой или какой-то другой, или как мысль, или как что-то... — *А это совершенно безразлично. Вот их нет сейчас, значит, и нету, и слава богу.* — Ну, я уточню свой вопрос все-таки. Вы слышали их ушами, или мозгом, или головой? — *Все тело человека участвует в этом процессе, все — от ногтей до... на ногах, до... — В восприятии этих голосов, да?* — Увы, да. — Скажите, а когда они начались, и как долго они были? — *Некоторые говорят, что я вообще такой родился. Но это враки. Началось это все в одна тысяча девятьсот... сейчас скажу точно, в каком году... 85-м году.* — Ну, так почти 37 лет, да, назад? То, что... — Да. *Неплохая ремиссия, правда?* — А как долго они были? — *Периодически высказывали, потом потерялись на год, на два, потом высказывали, лет 5 были, терялись на год, на два.* — А при этом они заставляли Вас что-то делать? Или только комментировали Ваши действия? — *Нет, только комментарии, такие, причем, запоздалые: «Ах, черт возьми, не удалось».* — А Вы пробовали от них избавиться? Вот куда-то спрятаться, что-то как-то закрыться? — Есть методы закрыться. Я ими владею. — А именно? — Сейчас это мне не мешают голоса. Если они появляются, то я особенно не расстраиваюсь. — То есть они и сейчас иногда появляются, да? Ну, в обозримом времени, допустим, в течение этого года слышали? Вы сейчас еще все это слышите? — Я сижу вот сейчас, секунд 30 молчу внутренне — никого нет, ничего нет. — Понятно. Скажите, а вот бывало ощущение, что Вами управляли? Вот как куклой, как марионеткой, да? Что Вы что-то делали не сам? — Я тешу себя надеждой, что Никола Тес-

ла все-таки не прав. — А именно? — *Ну, он в своих трудах писал, что люди все марионетки в руках какой-то транценденты... трансценденタルной силы, как он ее называл.* — Но у Вас что-то было похожее? — *Нет.* — То есть эти голоса просто комментировали, но Вас... — Да. Но управлять им мной не удавалось. — И не управляли, и ни на что не действовали внутри, на сердце, на легкие? — *Нет, действуют, я тут с Вами согласен.* Без сомнения, это присутствует. Тут я, кто это, хотя бы один раз слышал. Поэтому что у меня случилось, и, в общем говоря, я в бога уверовал. Вот чем дело кончилось. Ну, и Господь всемогущий помогает мне, охраняет от них, вот и все. — Скажите, пожалуйста, а Вы с богом как-то общаетесь? — *Не-а.* — Но он Вас слышит? Он как-то... — Господь слышит всех, каждую живую душу. — Но это философия, а... — Поэтому он непознаваем и все... всевелик. — Ну, понятно. — И непознаваем как.... — А вот Вы говорили о космических каких-то ощущениях, что все гуманоиды, какой-то космос, или... Было ощущение, что с космосом... — Этого я не говорил. — Ну, это я слышал. С космоса как будто бы с Вами разговаривали или как-то действовали? — Когда это было? — Я не знаю. Было такое? — Ну, если Вы не знаете, когда это было, значит, этого не было, чтоб мы с Вами общались с космосом. — Не мы с Вами, а космос с Вами. Не было? — *Нет.* Это я не понимаю, что это такое. — Еще у меня вопросы. А почему Вы настояли на такой стрижке? Вот оставили немного волос, остальное все сбрили. Ну, так попросили. — Когда меня психологи заставляют с закрытыми глазами делать вот так, то если я чуть-чуть промахнусь, это не страшно. А если здесь не выбрито, я могу сделать вот так. — А какая связь? — Просто шутка. Никакой связи. Это шутка. — Но Вы так чувствуете комфортно себя, да? — Да мне без разницы. — А все-таки было ощущение, что вот эти шутки кто-то... Вас заставляет так делать? Вот какие-то нелепости, необычные вещи. — *Нет.* — Это Вы сами? — Ну, вообще это я сам, я он же, Алексей Витальевич. — Пока все, да. Извините, может быть, долго.

Участник разбора: Расскажите, пожалуйста, я так понимаю, Вы служили в армии. Что там случилось, что Вас комиссовали? — Вероятно себе... вероятней всего, была команда тышика... вспышка с фронта... А в этой команде, по этой команде боец не должен падать никуда. Он должен встать смирно и держать на руках, вытянутых автомат, чтобы он не капал на казенные сапоги. А я замешкался и упал. Поэтому меня уволили из армии. Еще есть?

Участник разбора: Скажите, пожалуйста, любите выпить? — Я люблю и умею выпить. — Расскажите про это, как Вы умеете выпить. — Мне не хотелось бы. Это очень такие, как бы это сказать... Потом, в один из разговоров я

рассказывал это одному из... вот, по-моему, ему. Я плохо очень вижу, поэтому я за Вас не боюсь, что меня будут пытать, я не скажу, кто здесь был. Ну, в общем, это долгая история, можно книжку написать о правильном питии. И одна написана. Если Вы их не читали, то, что такое у нас. Может, и не надо? — Какой напиток предпочитаете? — Для пития? — Угу. — Красное вино, самое дешевое. В пакетах. — Почему самое дешевое? — В пакетах по 3 литра. — Почему? — Вино столовое красное сухое. — Почему? — Терпкое. Послевкусие остается хорошее. Даешь подышать вину 15 минут. Персик. — А как-то на голоса это влияет? — А, в смысле, выпивка? — Угу. — Я никакой какой-то здесь же связи не видел. — То есть голоса отдельно, алкоголь отдельно? Не уменьшает, не ухудшает? — Нет. Они не... никак. А я их... я на них... в чем фокус, я даже не могу ответить, потому что у меня их нет как бы. Я их не слышу. Они где-то в стороне, может, там что-то и буромят, но это не для меня. Я их не прислушиваюсь, мне неинтересно. — Сколько выпить можете? — Что так? Это ду... это приглашение на дуэль? — На выигрыш не рассчитываю, но, тем не менее, сколько можете выпить? — Я не заставлял себя, не задавался задачей решить, сколько этот организм может выпить. — Сколько пакетов с утра обнаруживали после хорошей вечеринки? — Один. — То есть одного достаточно? — Да.

Участница разбора: Скажите, пожалуйста, как у Вас со сном? Как Вы спите, сняться ли Вам... — Сплю шикарно. Засыпать стал еще того лучше. Но я постоянно пьян. У меня подругу ведут сюда на шестой этаж, или на какой тут? Высоко находимся. Только не упади, только не упади. А я дыхание закрыл себе, вообще перекрыл, и иду себе, в этажей не дышу. Вам говорят: «Одышка, одышка у тебя, парень». Говорю, ну ладно, но я же сплю-то хорошо, одышка.... — А Вам что-то снится? — А-а. Да ничего плохого. Все такие, примитивные вещи, передвижения. Вот сегодня, например, начали резать какой-то пирог именинный. Я говорю: «Дайте, я хоть буду...» «Иди отсюда, старый черт, мы сами разберемся». Ну, я ушел. И проснулся в этот момент. Ну, что-то такое в этом духе, не так грубо сказали, очень по-доброму. — А были ли у Вас такие явления, что Вы вроде как бы спите, но как будто все происходит в реальности? — А-а-а. Нет. — Не было такого? — Нет. Я четко отличаю сон от... даже находясь внутри даже глубокого погружения, я четко отличаю... всегда отличаю сон от реальности. — А как, по-Вашему... — Тьфу-тьфу-тьфу, не сглазить, господи, спаси и сохрани, помилуй жизнь. Вот это очень опасная штука. — А как Вы отличаете сон от реальности? — Не скажу. Тайна, секрет. — Не скажете? — Нет. — Даже мне не скажете? — Особенно Вам не скажу. — Хорошо. Спасибо большое.

Участница разбора: А я хотела спросить: когда Вы пили воду, Вы отвернулись и сняли маску, и не поворачивались к нам, пока не надели. Почему? — Ну, потому что я не хочу никого из молодежи подставлять. Здесь молодые люди, очень заинтересованные в том, чтобы... — В чем? — Выделиться. — Не поняла, объясните, в чем выделиться. — Во всем. В умении фотографировать, в умении знать, в умении обучаться — во всем. — Вы думаете, что Вас могут фотографировать? — Фотографируйте бога ради, вот он. — Или нам грозит опасность из-за того, что мы с Вами общаемся? — Возможно. — Возможно? Из-за чего? — Хотелось бы, лучше так. — А что Вы такого сделали, что нам грозит опасность из-за общения с Вами? — Это что Вы такого сделали, что Вам грозит опасность из-за общения? Ничего не делали? — Нет. Не я же в маске сижу. Ладно. Спасибо.

Участница разбора: Алексей Витальевич, скажите, пожалуйста, а с какого возраста Вы начали выпивать, помните? — Выпивать? — Да. В каком возрасте? — В 4 годика. — В 4 годика? — Да. — А что Вы выпивали в 4 годика? — Ну, винишко, шампанское, водочка не нравилось. — А где же Вы брали винишко, шампанское? — А когда, Вы знаете, как пьют научная интеллигенция? — Нет. — Они пьют, делают ведро салата. — Так. — Раскладывают его по этим самим, задвигают так под стол. И начинают пить — водка, шампанское, водка, шампанское. Как называется этот эффект? — Северное сияние? А Вы в 4 годика, что Вы делали с научной интеллигенцией? — А что делают все, то и я тоже самое... Они, когда все в лежку улягутся, это сотрудники все это, вот так лицом в тот самый салат... — Так. Так. — И тут я появляюсь: «Ага, сейчас я, щас, щас, щас. Где-то тут вкусно пахнет шампанским». На следующее утро еще — дынц. Очень вкусно. — То есть, это Вы описываете ситуацию Ваших родителей, я правильно поняла? — Что Вы говорите? — Это была ситуация у Ваших родителей, я правильно понимаю, это Вы описываете, научная интеллигенция? — Не только родителей, там бабушка и дедушка были тоже очень интеллигентными... А эти вообще, в берлинское печение так — бдыщь. (Смеется). — Ага. И вот когда Вы в 4 годика... — И когда они спят все, вот в этот момент тихо украдью, никого не заметил. Это..., да, да, да. — Это был особый кайф? — Чего? — Особый кайф — вот это вот, украдью? — Ну, конечно, а как же. Так же просто дали — ну что это, разве интересно, что ли? Это уже была работа, начинается, когда вот это вот просто дали, а также всех привел. А когда вот это, не для работы меня мама родила, спер, выпил, все — хопа, счастливчик.

Ведущий: Еще вопросы есть? — Ребята, я могу безостановочно. У кого-то, по-моему, кому-то надо выйти. Там уже шевеление вот такое вот, попой елозит вправо-влево. — А почему Вы ушли из такси? — А я ушел разве? — Ну,

я знаю, что Вы сейчас не работаете. — До 2036 года лучшие мне людей по документам нанятых не возить. То есть, если ты есть договор аренды, моя фирма, вот подхватить с собой я могу, и довезу, и все хорошо. А если я людей буду, уже опять положу на спину или машинку легонькую и начну жужжать, вот у меня такое ощущение, что не дай бог. А если ты вот это ощущение, я не.... — Это очень сложный ответ на вопрос, почему Вы ушли из такси. — Это очень сложный был вопрос, почему я ушел из такси. — Ну, не знаю. По-моему, очень простой. Вы еще далеки от пенсионного возраста. Ну, логично же... — 55 разрешено водителям такси и любого автотранспорта. — Ну, ладно. — Что ладно? Не ладно. — Вы вообще не работаете ни где, сидите дома. Наверное, на иждивении кого-то из родственников. Ну, как еще думать? — Я не знаю, как быть. — В советские годы статью за это давали. — Ну, так мы же не в советские годы. — Как это называлось-то? — За тунеядство. — Тунеядство, верно. — За 105-й километр. Но мне нельзя за 105-й. Дальше 50 километров от места получится какая-нибудь ерунда, как всегда. Вы же пожалейте старика-то. Там икона стояла у них, это маленькие кусочки еды, приготовленные вчера, она ложит их, закладывает их назад. 49 рублей за все, про все. — Да, кстати, а вот голоса, которые были когда-то, которые комментировали, как Вы говорите, эти голоса-то вообще как-то зависели от того, пьете Вы или нет? — Нет. Нет. — Нет? — Ну. — Что Вы пьете, что — нет, они все равно есть, они присутствуют? — Они присутствовали. Но, бывает так, что неделю никого нет, тишина, потом — чик, что-то такое. А до этого за два месяца я крепко выпил. Вот как, ну что, что так можно? — То есть, нет тут совпадений? — Я не вел записей, док, поймите, вот это... — Ну, без записей, просто — совпадений не было? — Ну, не могу я сказать, было или не было. — Ну, вот есть какие-то... — Если бы четкие записи, что вот тогда-то я слышал, тогда-то — нет. — Есть такие алкоголики, например, которые говорят — вот у меня точно, я как пью, у меня появляются голоса. — А, нет. Так не. — Как бросаю пить — у меня появляются барабашки из холодильника. У Вас такого... — У меня оттуда кузозябр бывает. — Кузозябр. И это... — Кузозябр — это мощный парень. Он не любит, когда его на «а» заканчивают. Кузозябр. — То есть, у Вас такой закономерности нет? — Нет. — Ну, значит, у Вас и нет алкоголизма? — Ребята, меня освободили от одной статьи. Йес. — Так. Осталось что-то другое? — Да ради бога, можно и навешать их на меня еще пятьсот. — Да что навешивать-то? Были же голоса. Надо же как-то поставить диагноз Вам. — Ой, да ставьте, док, любой диагноз. Что-то я... — А Вам какой хочется? — Мне? Практически здоров. Ограниченно годен к службе в рядах. — А, вот в чем дело. Вам нужно быть ограниченно годным? — Ну, неограничен-

но годен, с такими мышцами слабыми, что я сейчас сотку за 10,8 не пробегу, 10,9. — Может, Вы для этого симулировали в 2017-м? — Нет, так далеко мои мысли не шли.

Участница разбора: Скажите, пожалуйста, как у Вас отношения с женой и с ребенком складывались, и почему Вы развелись? — С женой, и еще с кем? — С ребенком. — (Вздыхает). Это моя частная жизнь, мадам. Я не буду отвечать на этот вопрос. Если Вы мне позволите. А если не позволите, то без Вашего позволения. Благодарю за вопрос.

Ведущий: Есть еще вопросы?

В. Б. Яровицкий: Ну, еще, если можно, пачочку. Скажите, пожалуйста, а было ощущение, что окружающие люди как-то хотят Вам плохо сделать? Вот страх, что они... То есть, Вы никого не видели и не слышали, чтобы следили за Вами, снимали на какую-то пленку, хотели Вас куда-то посадить? Не было? А все-таки, откуда эти голоса брались? — Значит, я пытался записывать на камеру. Мало того, прочитав или прослушав, я еще раз вдруг услышал то, что было сказано. Но потом я себе сказал... сказал себе: «Алексей, это все не так просто. Вот ты слышал что-то, на рыбалке находясь. А это чириканье птиц, шум ветра, шум травы под ногами. Даже волна, которой нету, но она катит и облизывает бетонный парапет пруда, и бороздах... это, и те, кто гуляют вокруг тебя с колясками...» — Но это же были комментарии к Вашим мыслям... — И вот это все вместе-то и создало вот эту запись, а эти голоса. А рас slabься, а они к тебе отношения не имеют. Я когда-то это сделал, я скажу, это, наверное, год 13-й был. Теперь я совершенно спокоен в этом плане. Вот там хочет кто-то из молчунов спросить.

Участница разбора: Можно, я еще? Вопрос такой. А зачем Вам ограничение по службе? Вас разве могут призвать куда-то? — Ограничение по службе? Ну, так просто про писарей говорят. — Кто так говорит? — Писарь. Про писаря говорят. Ну, в войсках, писарь — знаете, кто такой, нет? — Нет. — Тот, кто красивым почерком все распоряжения секретной части заносит в документы. Когда большие звездочки, меньше звездочек. Вот. А они ограниченно годные в основном люди. Потому что в тех войсках, в которых мне, вот я сейчас рисую знак фантастики незавершенный, пришлоось служить, так там и писарь такое сделать может, что больше обижать не будут. — Так Вы собрались писарем, что ли, идти в армию? — Я мог бы работать дворником, если у Вас есть место. — Ну, у меня нету, к сожалению. — Тогда этот вопрос закрыт.

Ведущий: Еще вопросы? — Там вот кракозябры, они вчетвером, они будут молчать теперь как рыбы об лед. Четыре человека, все забыли. — Нету больше? Ну, видите, нет больше вопросов. Но Вы не настолько откровенны, мне кажется, и не очень готовы к тому, чтобы отве-

чать на такие важные для нас вопросы. — Ну, это для Вас важные, а для меня они не очень важные. — Я думаю, что они важны для нас... — Кроме того, они важнее еще для меня, чем для Вас. Но я достаточно скрытен. Поэтому я до сих пор живой. — Я вижу... — А жить очень хочется. — Я вижу, что Вы достаточно скрытный. И я думаю, что Вы понимаете, о чем я говорю. — Да. Вери, вери, вери матч. — Но я не буду настаивать на том, чтобы Вы все-таки ответили на этот вопрос. — Благодарю. — Есть еще желающие спросить? Ну, тогда, давайте, мы Вас отпустим. Может быть, у Вас есть вопрос какой-нибудь? — У меня есть вопрос. — Можно не так торжественно, можно сидя. — А мне проще сидя его задать. Тут вообще на голову здоровые есть?.... Тогда я пошел. Пускай мне не рады сейчас, об голову, об стенку ударит. — До свидания. — Будьте здоровы, мои друзья. Спасибо Вам за все.

Ведущий: Так, теперь наш докладчик. Вы ординатор, да? — Да.

Врач-докладчик: Мое мнение, что пациенту нужно выставить нервное шизоаффективное расстройство маниакального типа, так как есть критерии маниакального состояния, приподнятого настроения, идеи собственной значимости. Также несколько завышенное чувство собственной важности. Пациент приподнятый по настроению.

Ведущий: А если это такое заболевание, то когда и какими были предыдущие приступы? Шизоаффективные, ну они обычно такие очень похожие, клишированные, эффект разве что меняется. Хотя тоже далеко не всегда. Но когда был предыдущий приступ и какой? — Ну, например, предыдущий опыт госпитализации описан в документации как металкогольный психоз. Но, возможно, это был приступ. Также его демобилизация в армии связана..

Ведущий: Ну, хорошо. Спасибо. Давайте мнения, коллеги. Это очень любопытный пациент. Я думаю, что он нуждается в обсуждении.

В. Б. Яровицкий: Ну, я, наверное, не буду оригинален, если скажу, что больной очень сложен для диагностики. Причина заключается в нескольких факторах. Ну, самое главное, что мы четко не имеем анамнеза, мы не четко представляем его жизни до этого. Причем, как духовную, психическую, так и социальную. Это не в вину врачам, естественно, есть свои обстоятельства, но без анамнеза очень сложно дать характеристику развития болезни. Поэтому остается в общем-то то классическое, чем мы пользуемся, то есть оценка психического статуса, и от него уже тогда, может быть, каким-то образом попытаться восполнить те дефекты анамнеза, которые мы имеем.

Мое восприятие колебалось между двумя диагностическими критериями — это лобный больной, органик, и шизофрения, уже довольно давняя. И чем больше я пытался проникнуть феноменологически в его психическое состояние, тем

я все-таки больше склонялся, что это шизофрения. Во-первых, нарушения мышления, они такие своеобразные. Он куда-то соскальзывает, он нелепо отвечает, он не может четко характеризовать свои не то, что ощущения, а, в общем-то, что-то выразить конкретно и понятно. Все уходит в какие-то ли это паралогии, то ли это, в общем-то, витиеватость, аморфность мышления, — это вот доминирует, на мой взгляд.

Но выясняется, что все-таки у него были отдельные моменты позитивной симптоматики — какие-то продуктивные голоса... продуктивные расстройства, как мы называем, психопатологические, наличие голосов. Опять-таки, то ли это вербальный галлюциноз, то ли это псевдогаллюцинации в рамках эндогенного процесса. Я склоняюсь в связи с вышеизложенным, что это все-таки псевдогаллюцинации эндогенного процесса. Но четко это доказать сложно, поскольку он не может их объяснить. Но то, как он соскальзывает, как он уходит от четкого ответа — в общем-то, наверное, мы можем судить, что все-таки это псевдогаллюциноз.

Ну, и бросается в глаза его вычурность, нелепость, необычность как ответов, так и поведения, как в отделении, так и здесь. Вот уложить в другое, чем шизофрения, мне, например, сложно. Потому что, если говорить об органике, мы не видим нарушений памяти, мы не видим нарушений именно мышления по органическому типу, а все-таки по шизофреническому. Поэтому я бы сейчас не стал останавливаться на тех многочисленных диагнозах, которые представляли кураторы, потому что МКБ-10, по-моему, да и не только по-моему, не для клинических диагнозов, а для статистики. И она во многом отбросила психиатрию нашу отечественную назад, потому что 9-я классификация с четким нозологическим дифференцированием была более удобна и понятна клиницистам. Поэтому я бы остановился как раз на двух дифференциальных моментах. То есть, на данный момент я считаю, что это шизофрения, шизофрения давняя, длительная, с таким психопатоподобным дефектом. Ну, вот есть такой дефект описанный, фершрабен, то есть чудаковатый, нелепый. Мне кажется, что это именно оно. У меня все.

Ведущий: Спасибо большое. Какие есть мнения? Да, прошу.

Участница разбора: В первую очередь, на мой взгляд, бросается в глаза то, что у него парофrenный синдром. Он очень явный, и оченьведен. Единственное, непонятное до конца — это органическая парофrenия или это парофrenия в результате шизофрении. Он очень непонятный, и данные он представляет не все. Можно было бы еще подумать о шизофрении Гретера, но она же мягче течет обычно, за 4 года не должна дать такой дефект. И данных из анамнеза не достаточно для того, чтобы ее предположить, потому что она манифестирует алкогольным психозом, по факту — делирием, который из описанного анамнеза был в 2017 году. Но мы не знаем,

что было до этого, и возможно, она началась раньше. То есть может и Гретер, а может, и нет.

Участница разбора: Ну, алкоголизм же ведь мог дать органическую почву тоже. Там органическая заинтересованность явно есть, большое количество черепно-мозговых травм, он не обращался к неврологу, обратился только здесь, его осмотрели и провели обследование. И я не соглашусь с Владимиром Борисовичем по поводу того, что нарушения мышления чисто процессуальные. На мой взгляд, по органике там тоже много чего есть. Он грубо конкретный в ряде мест, такой прям уже... Про асфальт, особенно, когда было. Чуть ли не по типу прогрессивного паралича, даже местами такое. «Много ли у Вас друзей? — 7 тысяч» Дальше про социальные сети начинает как будто бы. Еще привлекло внимание то, что было очень похоже на возврат в ситуацию, когда он про годность начал говорить. И возраст свой он странно описывает, «я младше Вас, но я Вам не ровесник». То есть, как будто бы органика тоже сильный оставила след.

Ведущий: Ну, понятно. В общем, хитрый у Вас ответ. Ставим органику, шизофрения на ум пошла, так, что ли? Или наоборот, ставим шизофрению, а органику... Хорошо, спасибо.

Участник разбора: Мне тоже кажется, что это шизофрения, и, видимо, очень длительно текущая. Непонятно, что было в школе, но история с армией — это первый звонок. И если его после комиссии комиссовали, то скорее всего, все увидели. И сейчас-то, по сути, определенный дефект этот виден. Да, он недоступен, есть нарушения мышления, он дезадаптирован. Но мне кажется, это точно не шизоаффективное расстройство, потому что там не нарастал бы этот психоз. Он просто случайно попал, по сути, правоохранительным органам, и его сюда отправили. Он в этом состоянии достаточно давно. Вряд ли это органика. Он не похож на органического такого дементного пациента. Он достаточно активен, ярок. И, скорее, расторможенность связана именно с шизофренией.

Ведущий: Хорошо, спасибо. Разные у Вас диагнозы. Так, еще кто хотел бы высказать свое мнение или, может быть, дополнение?

Участница разбора: Мне вообще этот большой немножко по поведению напомнил больных с болезнью Пика. То есть, он такой расторможенный и при этом очень энергичный, и как бы... Понятно, что здесь очень сложно, потому что мы почти ничего не знаем, кроме того, что он сам говорит, а он не все рассказывает, и анамнез, простите, немножко мутный. Непонятно, что происходило в армии, или какое у него было детство. То есть, это все либо с его слов, либо по очень коротким записям. Поэтому, мне кажется, что это, скорее, похоже, все-таки на органику. Но при этом невролог у него не обнаруживает каких-то особых нарушений. Но при этом какие-то нарушения там есть. Были эти ЧМТ или не было ЧМТ? Могу предположить, что, может быть, действительно это на почве какого-то алкоголизма

у него произошел такой психопатоподобный дефект специфический.

И по поводу этих описаний, которые похожи на психогаллюцинации, — понятно, что сразу хочется сказать, что это шизофрения. Но мне кажется, органика очень многолика, она, в принципе, может давать любой эффект. А во-вторых, у меня ощущение, что то, как он обо всем рассказывает, как пересекает с темы на тему, как резко отвечает, — это больше про демонстративность и про выражение агрессии, то есть, он прям реально получает удовольствие, как он классно всех срезал: «Вы все дураки, а я умный». И у меня ощущение, что он просто таким образом самоутверждается. Судя по первому впечатлению, когда он зашел и начал говорить, это больше напоминает расстройство личности, что-то такое психопатообразное. Я склоняюсь к тому, что это больше похоже на какие-то органические последствия, просто они какие-то вычурные очень. А его какие-то очень изысканные, оригинальные высказывания — это для него форма выражения агрессии и демонстративности.

Ведущий: То есть это органика у психопата?
— Нет, мне кажется, что это сформировавшийся дефект на органической почве. Психопатоподобный дефект. — Шизофренический?
— Нет. Природа органическая, мне кажется.
— Органический дефект?
— Да. Но который выглядит психопатоподобно.
— Ну, да, с психопатоподобным синдромом.
— Там, по-моему, был такой диагноз, что это именно органика.
— И какая органика? Неврологический диагноз какой?
— Органика — это неврологический диагноз.
— Я не врач. Я не могу так поставить.

Участник разбора: Ну, действительно, очень много пробелов в анамнезе, и мы имеем только психический статус для нашей объективной оценки. Но мне кажется, те слова, которые он говорил, и та информацию, которую он сегодня нам сообщал, тоже можно двояко интерпретировать. Половину, по моему предположению, он здесь симулирует, половину аггравирует, рассказывая, допустим, об алкоголизме, что он начал выпивать с 4 лет. Опять же, можно оценить память, способность вспомнить, что было в 4 года, и как он подробно все это рассказывал. Что-то он преувеличивает, и мы видим, что у него театральные черты присутствуют. Поэтому и психический статус оценивать объективно достаточно сложно. Но налицо маниакальное состояние, это точно. И если говорить об эпизоде в армии, стационарном лечении, то скорее всего это и был манифест какого-то заболевания. Полтора года он отслужил, и комиссовали его. То есть дебют, манифест был в 18 лет там где-то, в 18–20, в районе службы в армии.

И если мы говорим о шизофреническом дефекте, что он постоянно в таком состоянии был, в каком-то, возможно, психотическом, и тут было высказано мнение, что, если бы полгода назад это случилось, его бы госпитализировали. Но он не производит внешне ощущения человека, ко-

торый давно в психотическом состоянии. Он как-то социально существует, как-то живет, на что-то живет, хотя он не раскрывает, на что. Внешне он достаточно опрятен, одежда покупается, рассказывает про куртки. Живет в квартире, готовит себе еду. Это не похоже на человека, который длительно находится в каком-то психозе, и в частности, страдает шизофrenией. Что касается его алкоголизации, информации немного, и значит, мы можем только предполагать. Возможно, что алкоголизация связана с его аффективными нарушениями. Если мы будем рассматривать такой диагноз, как биполярное аффективное расстройство, то депрессивные эпизоды вполне могли быть причиной его алкоголизации. А сейчас мы видим маниакальный эпизод. Т.е. это биполярное аффективное расстройство с психотическим течением, и в текущий момент это мания с психотическим уклоном. — *А какой бред?* — Бред... фантастический, бред величия он высказывал, мне кажется.

Ведущий: Спасибо. Смотрите, у нас уже 4 диагноза? Я вначале еще удивился, почему так много у Вас в докладе было диагнозов. Смотрите, даже в обсуждении 4. Есть еще?

Участник разбора: Я, наверное, ничего принципиально нового не скажу. Действительно, нарушения мышления у пациента производят впечатление эндогенных. И этот эпизод в армии очень хорошо вписывается, и он говорит, что это было 37 лет назад, то есть около 20 лет, ему сейчас 57, как раз он был в армии в это время. И он тогда впервые услышал голоса. Он четко совершенно сформулировал. Но полагаться, опять же, на то, что он говорит, мы полностью не можем. А в конце он явно продемонстрировал какую-то недоступность, такую как бы паранойяльного характера недоступность, что-то у него такое намеком проскочило, когда Вы сказали: «Понимаю, Вы там что-то не хотите говорить», он ответил: «Я хочу еще жить». Видимо, заnim кто-то следит, потому что он обладает какой-то чрезвычайно важной информацией.

И вот эти парапренные черты для меня выглядят как результат длительно текущего процесса, который не обязательно тек непрерывно, это могла быть шубообразная форма, которая все ухудшала, ухудшала, ухудшала, и пока он еще мог, он был социально адаптирован, он жил, работал, но вот в какой-то момент все вышло из-под контроля. Да, он не показывает нам какого-то явного волевого дефекта, но он также не показывает нам и органической истощаемости, лабильности аффективной. Возможно, алкоголь, неизвестно в каких количествах принимаемый, и ЧМТ, опять же, неизвестно, в каких количествах полученные, тоже повлияли на течение этой шизофrenии и немножко сгладили этот психопатоподобный дефект, потому что все это для меня выглядит психопатоподобным дефектом. Так что я выступаю, скорее, за параноидную шизофrenию, может быть, шубообразной формы шизофrenию.

Участница разбора: Мне кажется, что у него есть расстройство личности, какая-то психопатия, потому что его поведение было очень демонстративно. И если анализировать анамнез, то в детстве у него были какие-то проблемы постоянно, создавал какие-то драки, плюс этот эпизод в армии тоже мог являться проявлением такого характера, психопатии его. И то, как он себя вел во время разговоров, как он общался с Вами, с аудиторией, потом в конце эта его такая поза, жест, не знаю, это такой... — *Никто не сфотографировал?* Для руководства по психиатрии прямо. — Плюс, скорее всего, он в течение жизни алкоголизировался и алкоголизировался много, и это, возможно, привело к изменению некоей органической симптоматики. А сейчас, скорее, может быть, он даже попал в больницу, потому что именно у него было расстройство личности. У него расстройство личности, он психопат, и ему понадобилось какое-то внимание, и он его получил.

Ведущий: У нас пятый диагноз. Значит, органическое заболевание; биполярное аффективное расстройство; шизоаффективный психоз; шизофrenия параноидная; ну и шубообразная, не так важно; и расстройство личности.

Лечащий врач: А шестую версию можно? Я соглашусь с коллегами, что, конечно, существуют пробелы в анамнезе, вот в таких условиях мы работаем. К сожалению, данных недостаточно, и собрать их порой бывает невозможно, и по психическому состоянию пациента, и при отсутствии родственников. Но учитывая те данные, которые нам известны, учитывая то состояние, которое мы видим в настоящий момент, мы предполагаем, что все-таки комиссован он был из армии как раз таки в связи с манифестом заболевания. А учитывая, что длительно он не попадал в стационар, думаем, что это приступообразно протекающее заболевание. Может быть, тот эпизод в 2017 году, когда он находился с якобы металкогольным психозом, можно расценивать как один из его приступов. В общем, в отделении мы выставили ему диагноз приступообразная шизофrenия, вариант маниакального типа.

Ведущий: Ну, давайте, наверное, его тоже отнесем к шизоаффективному. Потому что шизоаффективный вариант приступообразной шизофrenии от шизоаффективного психоза практически не отличается. Составители МКБ-10 отдалили очень условно, пытаясь очертировать эту прозрачную границу между шизофrenией и третьей эндогенной болезнью. Как бы таким образом показав, что ее нет, что у нас есть некий спектр, в который мы вкладываем все — и непрерывный параноидный процесс, и шизоаффективный, и даже хроническое бредовое расстройство какое-то там непонятное, и так далее. Так что давайте не будем расширяться уж совсем диагностически, все-таки пусть это будет шизоаффективный/периодическая шизофrenия — это одно; биполярное расстройство — другое; рас-

стройство личности; параноидное; и органика, и органическое заболевание.

Ведущий: Ладно. Давайте будем, наверное, финишировать. Я очень люблю эту фразу, так как здесь очень много молодых психиатров, и я хочу сказать эту фразу: как же здорово, что мы выбрали именно эту медицинскую специальность, эту психиатрическую специальность. Настолько, как у нас нет двух одинаковых больных, нет больше нигде. Ну, вот представляете себе, будь Вы хирургом, да, и Вы оперируете свой 256-й аппендицит, — ну тоска болотная, одно и то же. Ну, ладно, не одно и то же, хорошо, 10 – 20 вариантов. Но не 200, не 500 разных аппендицитов. Или там, если Вы были бы эндокринологом. Ну, что, прям такие сильные вариации в сахарном диабете были принципиально, да? Ну, надоедают уже эти. Психиатрия никогда не надоест, никогда, до самых последних лет Вашей профессиональной жизни, поверьте мне.

Значит, я сразу скажу свое мнение, которое, естественно, не окончательное, так же, как и у каждого из Вас, потому что это пациент без анамнеза. Я не буду говорить, что здесь плохой анамнез. Здесь его просто нет. Но его нет потому, что у нас нет объективных сведений, и потому, что этот пациент не в состоянии дать анамнез. Будем так говорить. В историях болезни раньше мы писали в таких ситуациях, что анамнез собрать невозможно в связи с психическим состоянием больного. Скажите мне, кто из Вас согласится, даже за большие деньги, сесть с этим пациентом на сутки где-нибудь в отдельном помещении, чтобы собрать у него анамнез? Я думаю, что такого человека нет. А есть ли возможность напрямую связаться с органами или с военной комиссией? Я думаю, что лучше все-таки связаться с архивом больниц, в том числе той больницы, где он проходил ВК, врачебную комиссию военную. Это, конечно, было давно. Но в принципе, если очень надо, в архивах можно покопаться. И конечно, хотелось бы еще поднять историю 2017 года, это гораздо легче и проще сделать, чтобы понять, что это за так называемый метал-когольный психоз. Ну, ладно. Это пациент без анамнеза. И поэтому... нам приходится каждому, в зависимости от своих диагностических суждений, которые мы выстраиваем на основании только статуса, нам приходится из этого статуса достраивать его жизнь. Понимаете, да? Раз я в этом статусе вижу органику, значит, у него должен быть такой анамнез. Или если я вижу здесь биполярное расстройство, значит, такой. Или если я вижу психопатию, значит, такой. И это прекрасно, что это так, это здорово. Это очень хорошо, что у нас сегодня был пациент без анамнеза. Это просто потрясающе. Я сразу поэтому скажу свое мнение. Я согласен с тем, что это шизофрения. Я хочу сказать так: много ли Вы видели таких пациентов? Вот именно таких. Если бы я этот вопрос задал в этой же аудитории 30 лет назад, Вы бы сказали: «Андрей Аркадьевич, да господи, зайдите в любое отделение». Если бы я этот

вопрос задал Вам в аудитории, но уже не в этой, а где-нибудь в Германии, например, 150 лет назад? Встал бы Эмиль Крепелин и сказал: «Андрей Аркадьевич, а Вы читали мою книжку?» Вот есть шизофрения Снежневского, есть шизофрения Шнейдера, есть шизофрения Блейлера, — а есть шизофрения Крепелина. Вот это шизофрения Крепелина. Вот это dementia praecox. Вот это самая настоящая dementia praecox, о которой говорил Крепелин в те годы в конце XIX века, когда не было ни одного нейролептика.

Вот к чему приводят шизофрения тогда, когда ее много-много лет не лечат, и о которой вообще никто из психиатров никогда не слышал и не знал. Вот точно так же этот пациент благополучно с этой своей болезнью прошел весь путь этого заболевания, от своего начала в возрасте 7 лет до своего финиша... Ну, я думаю, мы сейчас имеем финишное состояние или состояние, близкое к финишному, да, в настоящий момент времени. В 7 лет начался проромальный этап болезни (я достраиваю, это уже моя, так сказать, идея), в 7 лет начался проромальный этап болезни, который привел этого пациента куда-то, непонятно куда, что-то не такое было с ним. Друзья мои, Вы можете себе представить, значит, ему 57 лет. Значит, это произошло 50 лет назад. Внимание, сегодня 2022 год. Значит, получается, что это произошло в 1972 году. Я правильно посчитал? В 1972 году психолог в школе, в советской школе психолог, в 1972 году. Вы можете себе это представить? Ну, я не знаю, здесь поколение других. О психологах не только в школе — о психологах в принципе мало кто говорил, тем более в отношении детей. Это была тема практически закрытая. Поэтому из «псих» в школе мог быть только психиатр. Я сейчас не про школу говорю. В школе не было никого, кроме учителей. Я говорю про то, куда он попал в 7 лет, когда у него обнаружились проблемы с поведением. Так ведь? Я не знаю, в 7, 1 класс. Он не мог попасть к психологу в школе, потому что не было такого, он мог попасть только к психиатру. Ну, до нас дошли искаченные сведения, значит. Раз он попал к психиатру в этом возрасте, значит, с ним было что-то из ряда вон выходящее. Потому что дети дерутся, дети возбуждаются, и у детей бывают всякие драки, всякие капризы, всякие истерики там и так далее. Но это не является поводом для обращения ребенка к психиатру, тем более в 70-е годы. Конечно, там было что-то гораздо большее, чем просто проблемы с поведением. С этого момента что-то началось, что-то происходило, но он с этим чем-то вдруг научился как-то жить. Психиатр тогда не назначил ему лекарственную терапию по какой-то причине, он не принимал лекарственные препараты, наверное. Он закончил школу, пошел в армию. В армии у него разворачивается, конечно же, психотическое состояние. Послушайте, комисовать из армии! Комисовать из армии по психиатрической статье — ну что может быть? Ну, вот представьте себе, по каким причинам комиссуют из армии? Психопата

комиссиуют из армии? Да, если он схватит автомат Калашникова и начнет бегать и стрелять по всем. Да? Или если он начнет вешаться на армейском ремне, или если что-то еще. Но это из ряда вон выходящий случай. Конечно же, он был комиссован в связи с психотическим поведением, просто другого не может быть. Другое дело, что он прошел как-то до этого РВК, то есть прошел военную экспертизу для того, чтобы быть признанным годным к военной службе. А значит, на этой экспертизе ему удалось вот этот психоз, который у него уже шел с детских лет, ему удалось опять как-то инкапсулировать, как-то это снять, как-то скрыть. И каким-то образом получить автомат в руки.

Дальше у него развивается психоз, он оказывается в психиатрической больнице, с ним проводят что-то, да. Мы не знаем, что. И дальше такой получается промежуток в много лет. Значит, тогда ему было 18, а поступил он в 2017-м в следующий раз. Это значит, 52, да, ему было в 2017 году? В общем, короче, около 40 лет, 30 с лишним лет этот человек был вне поля зрения психиатров. Что с ним происходило? Он был вне поля зрения психиатров, и он был вне поля зрения родственников. У него есть сводная сестра... У него какой-то неудавшийся брак, который очень быстро испарился. Кто-то еще, по-моему, есть из родственников? — *Мама, сестра и бывшая жена только.* — То есть большую часть времени он жил сам по себе. Он спокойненько жил со своей бредовой системой. И, как мы знаем, работал дворником, токарем, таксистом, плотником и так далее, кем только он не работал. И продолжал работать. Сегодня мы узнаем о том, что у него когда-то, и достаточно долгое время, были голоса. Но им не удалось! Так ведь? Вы очень хороший вопрос задали. Какой ответ прекрасный. «Им не удалось повлиять на меня так, да, чтобы я потерял контроль», ну или что-то в этом роде, смысл был тот. Я не ошибаюсь ведь, правильно, он так ответил? Что им не удалось. Значит, это... это же понятно, что он боролся. У него было противостояние все это время без галопериода. Он голыми руками боролся с врагом. И ему удалось победить в этой битве. Потому что голосов нет. Ему удалось победить в этой битве, потому что он стал... инопланетянином, по-моему. Он же вскрывал себе кровь, чтобы посмотреть, инопланетянин он или нет. Это же в магазине где-то произошла история. Он вскрыл себе вены для того, чтобы посмотреть, у него красная кровь или зеленая. Что он землянин, а не гуманоид, а для этого смотрел. Ну, не важно, кто это. Пусть это будет гуманоид. Инопланетянин, гуманоид. Не так важно. Там еще кто-то на «с». Сталкер, да. Сталкер. Это, наверное, он имеет в виду фильм Тарковского. Тоже интересная фигура, тем более что там что-то про радиоактивный картофель было. Ну, слушайте, если задаться целью написать фантастический роман, то тогда вот мое предложение относительно того, чтобы сесть с ним на сутки и где-нибудь поставить дик-

тофон и начать с ним разговаривать, полностью отдав инициативу разговора в его руки, смеяться над его шутками, и... в общем, мы получим, наверное, что-то такое, конечно же, разорванное, да, но мы получим картину какой-то фантасмагорической, истории, где он, естественно, один из главных персонажей всего этого.

И вот этот пациент, столько лет страдающий параноидной шизофренией, непрерывно текущей, конечно же, наконец-то достиг апогея этого заболевания. Вот это и есть хроническая парофrenia, та самая хроническая парофrenia, которая описана Эмилем Крепелиным как dementia praecox, когда мышление разрушено. Когда он иногда может собраться и дать хороший ответ, да. Но ему стоит чуть-чуть расслабиться, как сразу же все разваливается как карточный домик. Он не может сформулировать ни одной мысли. Вот ему задали вопрос, на который не понятен ответ. Я его спросил про то, почему он не работает таксистом, и его унесло. Ну как это еще, как не расстройство мышления можно интерпретировать или трактовать, причем, именно процессуальное расстройство мышления. Ему помогало, конечно, вместо галопериода хорошее красное сухое вино. Три литра на ночь. Запомните, доктора. Хорошее — в пакетах с послевкусием. Главное — дать подышать. То есть это то, что помогает действительно справляться с психозом, с воздействием, с голосами там и так далее. И время от времени это действительно унимает этого врага, но только, правда, периодически очень большой ценой. Ценой все-таки каких-то органических психотических знаков. И я думаю, что этот зрительный галлюциноз, который он описывает как симуляцию в своем рассказе, очень похоже, что он все-таки был, и это был какой-то abortивный delirium, наверное, в связи с которым он поступил. Но этот abortивный delirium был шапочкой на давно текущем параноидном психозе. И как только эта шапочка прошла со зрительным галлюцинозом, на поверхность вышли голоса. Вспомните, описание того самого металкогольного психоза, не как delirium, где зрительный, тактильный, а как голоса. Там же так написано. И после этого металкогольного психоза нашего пациента из больницы выписали на какой терапии? На консте выписали. И на литии. Но что это значит? Больному с алкогольным deliriem, который как бы прошел, и Вы его выписали... Зачем конструто? Ну, конечно же, доктора выписывая его, может быть, и поставили диагноз металкогольный психоз, но в уме держали совсем другой диагноз. Они видели это. И вот сегодня мы видим этот нелеченый настоящий непрерывно текущий детско-юношеский вариант параноидной шизофрении, который описан Крепелиным как dementia praecox. Такую dementia praecox увидишь редко в наше время, редко. Этого не достигают наши пациенты, благодаря психотропной терапии, благодаря тому, что они все равно оказываются в поле зрения психиатра.

Я исключаю органику, я соглашусь с той частью аудитории, которая считает, что органики здесь нет. Я исключаю органику, потому что здесь я не вижу психоорганического синдрома. Я не вижу расстройств памяти. Ну, может быть, они есть. Мы можем, конечно, предполагать какие-то конфабуляции, но в целом у пациента очень цепкое внимание. Да и интеллект нарушен не по органическому типу. Скорее, здесь парциальная, то есть вот пикоподобная, лобная ситуация, что тоже, в общем-то, не исключает шизофрению на отдаленных этапах нелеченого шизофренического процесса, мы видим очень часто лобную симптоматику на этой парофении. И, в принципе, мы же знаем о дефиците, о дофаминовом дефиците в мезофронтальных отделах, в путях, где происходят такие же изменения, как и при атрофии.

Поэтому не удивительна вот эта расторможенность, врач, китайская императрица... что там еще? Здесь, значит, тоже было, что это личный вопрос, как-то он эффектно так ответил: «Это личный вопрос, и даже если Вы меня попросите, я все равно Вам на него не отвечу». Но так не отвечают дементные больные, тем более больные с такой тяжелой деменцией, как лобная деменция. Да? Вы представляете себе? Они двух слов связать уже не могут в этот момент. А наш пациент может выступать на «НТВ». И будет с успехом это делать. Согласны? Ну, блогером может быть хорошим. Подписчиков, представляете, сколько будет? И смотрите, самое интересное в этом пациенте и просто потрясающее, таких пациентов очень мало, — это как ему удалось... как ему удалось без психиатров прожить 40 с лишним лет в этом психозе? И не просто прожить, но проработать еще таксистом какое-то время. Просто представьте, как ему это удалось? Какие механизмы, какие факторы, ну прежде всего социальные факторы, конечно же, сыграли роль в компенсации этого параноидного пациента? В том, что он удержался. Удержался в этом обществе. Я не удивлюсь, что он действительно периодически, может быть, и ходил в Измайлово рыбачить, и у него там какие-то есть еще знакомые, друзья рыбаки, почему нет. А может быть, и среди таксистов там своя тусовка была, и еще как-то? Все может быть. У него, может быть, и отношения были, и романы. Переживает ли наш пациент, что с ним не общаются родственники? Судя по его виду, похоже, что не переживает. Похоже, что он живет великолепно в своей нише, он создал свою нишу. Он смог создать сам свою нишу, в которой ему хорошо. И у него еще один момент, смотрите. У него ведь на самом деле могут быть манипулятивные госпитализации, в смысле, установочные госпитализации. И в том числе там, в 2017-м, я не могу исключить этого, я видел таких пациентов параноидных, хорошо удерживающихся без терапии, которые в тяжелые времена, ну когда враг близко подходил к границам, вызывали психиатров и говорили: «У меня голоса, которые говорят убить Путина». Ну, все. НГ. И больница таким образом станови-

лась укрытием. Бастилией, конечно. То есть, той самой крепостью, куда не пролезет никто. Возможно, и сегодня такая же история, нельзя исключить этого, что и сейчас его госпитализация тоже каким-то образом была с этим связана. Ну, мы не знаем, это же все догадки.

Участница разбора: Мы можем эту маску тогда рассматривать как его защиту параноидную? — Да. Вполне. — Потому что он *прям даже Вам не показался вроде*. — Да, это же бредовое поведение, конечно же. Эта маска, то, что он отвернулся. Ясно, что это не про инфекцию. Это про лицо. Это про лицо, чтобы мы не видели его лица. Это явно... Он же даже сказал об этом, да, что что-то может угрожать. Для наших параноидных пациентов пандемия — это спасение. Можно скрыться под маской в квартире, где угодно. Вот. Это, конечно, очень интересно. И главное, еще больше интересно, из чего состоит его жизнь. Очень интересно попасть к нему в квартиру, посмотреть, что там, как там все устроено. — *Он говорит, что убирает, готовит*. — Узнать и найти там какие-то сведения со слов соседей, может быть, или других, кто с ним как-то общается. Тут может быть все, что угодно. И, исходя из этого диагноза, если мы все-таки допускаем, что мы имеем дело с этой крепелиновской dementia praecox, то, с моей точки зрения, конечно же, ведущей терапией должен быть пролонгированный нейролептик. Думаю, что, наверное, предпочтительнее здесь в этой ситуации все-таки типичный нейролептик. Я бы предпочел все-таки галоперидол деканоат, чем клопиксол и какие-то еще были варианты. — *У него клопиксол сейчас*. — Клопиксол, да? Но я бы предпочел все-таки галоперидол деканоат. Да, аминазин был, но это когда он был возбужденный. Просто агрессия была, возбуждение. Сейчас этого нет. Мы уже, так сказать, его погасили очень хорошо, да, и он уже в таком, в общем, вполне хорошем состоянии для того, чтобы его переводить на такой более прицельный препарат, и вот галоперидол деканоат. Не уверен, что здесь нужен нормотимик. Честно говоря, никак не могу у себя в голове сформулировать диагноз биполярного расстройства или там шизоаффективного, ну не получается все-таки. Слишком грубые изменения личности, мышления, аффекта, воли и всего остального, чтобы говорить о таких заболеваниях, которые оставляют сохранными личность. Здесь этого, конечно же, нет. И точно совершенно не могу сказать про органику, которой тоже нет, и с которой наш пациент показал бы себя сразу, если бы это был алкогольный, допустим, очередной психоз, мы бы это увидели в первые дни. Мы бы увидели абстиненцию на отмене алкоголя. Мы бы увидели что-то похожее на делирий. Но этого же ничего не было. Поэтому и с алкоголизмом, и с органическим заболеванием пока вопрос, наверное, следует снять. Остается одно — dementia praecox. Ну, вот так, потрясающий больной. Давайте мы на этом закончим. Спасибо всем большое.

Право пациента на компенсацию морального вреда в связи с ненадлежащим оказанием психиатрической помощи

Ю. Н. Аргунова

Рассматривается постановление Пленума Верховного Суда РФ от 15 ноября 2022 г. № 33 «О практике применения судами норм о компенсации морального вреда» в части разъяснений, касающихся правил применения данного вида гражданско-правовой ответственности в отношении медицинских организаций. Указывается, что на медицинскую организацию возлагается бремя доказывания не только отсутствия своей вины в причинении вреда истцу, но и правомерности действий (бездействия), которые повлекли возникновение морального вреда.

Ключевые слова: права пациента; компенсация морального вреда.

Компенсация морального вреда — один из способов защиты гражданских прав (ст. 12 и 151 ГК РФ). Фактически по всем т.н. «медицинским делам» граждане заявляют требование о компенсации морального вреда медицинской организацией. Количество таких исков ежегодно увеличивается. Судами удовлетворяется лишь половина из них.¹

Лица с психическими расстройствами, в отличие от пациентов с соматическими заболеваниями, очень редко оспаривают в суде качество прошедшего лечения. Помимо диагноза оспаривается в основном обоснованность применения недобровольных мер, включая применение лекарственных препаратов без согласия лица, мер

стеснения, ограничения в реализации предусмотренных законом прав пациентов психиатрических стационаров, установления диспансерного наблюдения и связанных с ним правовых последствий. Однако в последнее время и в психиатрии стали появляться жалобы, рассматриваемые органами по оценке качества медицинской помощи, а затем и судебные иски, касающиеся причинения вреда здоровью пациента «неправильным» лечением.² При этом речь идет не о том, что пациент не согласен получать в принципе какое-либо лечение, т.к. не признает выставленный ему диагноз психического расстройства обоснованным (правомерным), а о том, что назначенное (проведенное) обследование и лече-

¹ Так, по словам председателя Верховного Суда РФ В. Лебедева, за 10 месяцев 2022 г. судами удовлетворено 46 % требований в сфере здравоохранения. (РГ, 2022, 29 ноября).

² Так, Судебная коллегия по гражданским делам Шестого кассационного суда общей юрисдикции (определение от 6 сентября 2022 г. № 88-18239/2022) оставила без изменения решение Вахитовского районного суда г. Казани от 29 ноября 2021 г. и апелляционное определение Судебной коллегии по гражданским делам Верховного Суда Республики Татарстан от 14 апреля 2022 г. Районный суд пришел к выводу о ненадлежащем оказании медицинской помощи Д. Ю. Н. в ГАУЗ «Актюбинский психоневрологический диспансер» и ГАУЗ «Набережно-Челбинский психоневрологический диспансер Минздрава РТ» (филиале ГАУЗ РКПБ им. акад. В. М. Бехтерева). Помимо диагностических нарушений имели место многочисленные нарушения по проведению медикаментозной терапии, рекомендаций по психофармакотерапии больных шизофренией. Пациентка скончалась. По заключению экспертов смерть Д. Ю. Н. наступила от динамической кишечной непроходимости на фоне тяжелого течения шизофрении, ригидной к проведению медикаментозной терапии нейролептическими препаратами с прогрессирующим поражением ЦНС и психической сферы. Ненадлежащее оказание медицинской помощи Д. Ю. Н. могло способствовать усугублению течения хронических заболеваний и их осложнению, но не явиться основной причиной наступления неблагоприятного исхода (смерти Д. Ю. Н.). Тем не менее, суд взыскал с каждого диспансера компенсацию морального вреда в пользу истцов С. Н. и С. А. по 350 000 руб. каждому, а также истцу Д. Ю. Г., действующему в интересах несовершеннолетних Д. А. и Д. С., по 250 000 руб. в пользу каждого из них.

ние не соответствуют клиническим рекомендациям по оказанию психиатрической помощи при данном заболевании. Имеются случаи, когда пациенты (их родственники, законные представители) предъявляют доказательства неэффективности лечения, требуют в суде компенсации морального вреда, ссылаясь на нарушение медорганизацией стандартов лечения того или иного психического расстройства.

В судебной практике подобные споры разрешаются по-разному. Психиатрия имеет свою известную специфику, многие вопросы, связанные с диагностикой и лечением и соответственно установлением наличия вреда здоровью, вины врачей и медорганизации, остаются дискуссионными и неочевидными, в т.ч. для судей. Особенно сложным считается вопрос об определении размера компенсации морального вреда при доказанности причинения вреда здоровью.

После многолетних обсуждений данных проблем в целях обеспечения единства судебной практики Пленум Верховного Суда РФ принял постановление от 15 ноября 2022 г. № 33 «О практике применения судами норм о компенсации морального вреда»³. Впервые Пленум дал необходимые разъяснения и по т.н. медицинским делам.

Документ расширяет возможности для получения компенсации морального вреда.

Под *моральным вредом* понимаются нравственные или физические страдания, причиненные действиями (бездействием), посягающими на принадлежащие гражданину от рождения или в силу закона нематериальные блага или нарушающими его личные неимущественные права. К ним относятся: жизнь, здоровье, достоинство личности, свобода, личная неприкосновенность, неприкосновенность частной жизни, личная и семейная тайна, честь и доброе имя, тайна переписки, телефонных переговоров, почтовых отправлений, иных сообщений, неприкосновенность жилища, свобода передвижения, выбора места пребывания и жительства, право свободно распоряжаться своими способностями к труду, выбирать род деятельности и профессию, право на труд в условиях, отвечающих требованиям безопасности и гигиены, право на уважение родственных и семейных связей, право на охрану здоровья и медицинскую помощь, право

на использование своего имени, право на защиту от оскорблений, высказанного при формулировании оценочного мнения, право авторства, право автора на имя, другие личные неимущественные права автора результата интеллектуальной деятельности и др. В случаях, предусмотренных законом, компенсация морального вреда возможна и при нарушении имущественных прав гражданина.

На требования о компенсации морального вреда, вытекающие из нарушения личных неимущественных прав, других нематериальных благ, исковая давность не распространяется,

Обязанность компенсации морального вреда может быть возложена судом на причинителя вреда при наличии оснований и условий применения данной меры гражданско-правовой ответственности (ст. 151, 1064 и 1100 ГК РФ). Ими являются:

- физические или нравственные страдания потерпевшего;
- неправомерные действия (бездействие) причинителя вреда;
- причинная связь между неправомерными действиями (бездействием) и моральным вредом;
- вина причинителя вреда.⁴

Потерпевший (истец по делу) должен доказать:

1) факт нарушения его личных неимущественных прав либо посягательства на принадлежащие ему нематериальные блага;

2) то, что ответчик является лицом, действия (бездействие) которого повлекли эти нарушения, или лицом, в силу закона обязанным возместить вред.

Вина в причинении морального вреда предполагается, пока не доказано обратное. Отсутствие вины доказывается лицом, причинившим вред (п. 2 ст. 1064 ГК РФ).

Под *физическими страданиями* следует понимать физическую боль, связанную с причине-

⁴ Компенсация морального вреда осуществляется независимо от вины причинителя вреда в случаях, когда: вред жизни или здоровью причинен источником повышенной опасности; вред причинен в результате незаконного осуждения лица или привлечения его к уголовной ответственности, незаконного заключения под стражу или применения подписки о невыезде, незаконного наложения административного взыскания в виде ареста или исправительных работ; вред причинен распространением сведений, порочащих честь, достоинство и деловую репутацию, а также в иных предусмотренных законом случаях (ст. 1100, п. 1 ст. 1070, ст. 1079, 1095 ГК РФ).

³ В связи с принятием данного постановления признано утратившим силу постановление Пленума Верховного Суда РФ от 20 декабря 1994 г. № 10 «Некоторые вопросы применения законодательства о компенсации морального вреда».

нием увечья, иным повреждением здоровья, либо заболевание, в т.ч. перенесенное в результате нравственных страданий, ограничение возможности передвижения вследствие повреждения здоровья, неблагоприятные ощущения или болезненные симптомы.

Нравственные страдания — это страдания, относящиеся к душевному неблагополучию (нарушению душевного спокойствия) человека. Это чувства страха, унижения, беспомощности, стыда, разочарования, осознание своей неполноценности из-за наличия ограничений, обусловленных причинением увечья, переживания в связи с утратой родственников, потерей работы, невозможностью продолжать активную общественную жизнь, раскрытием семейной или врачебной тайны, распространением не соответствующих действительности сведений, порочащих честь, достоинство или деловую репутацию, времененным ограничением или лишением каких-либо прав и другие негативные эмоции.

Причинение морального вреда в связи с причинением вреда здоровью во всех случаях предполагается. Сам факт причинения вреда здоровью, в т.ч. при отсутствии возможности точного определения его степени тяжести, — достаточное основание для удовлетворения иска. Отсутствие заболевания (иного повреждения здоровья), находящегося в причинно-следственной связи с физическими или нравственными страданиями потерпевшего, само по себе не является основанием для отказа в иске о компенсации морального вреда.

Суд при разрешении спора:

- 1) оценивает конкретные незаконные действия причинителя вреда;
- 2) соотносит их с тяжестью причиненных физических и нравственных страданий, а также с индивидуальными особенностями личности потерпевшего (возраст, состояние здоровья, профессия, род занятий, наличие отношений между причинителем вреда и потерпевшим);
- 3) учитывает заслуживающие внимания фактические обстоятельства дела;
- 4) исходит из требований разумности и справедливости, соразмерности компенсации последствиям нарушения прав.

При определении размера компенсации, суд должен установить:

- какие конкретно действия или бездействие причинителя вреда привели к нарушению личных неимущественных прав истца или явились посягательством на принадлежащие ему нематериальные блага;

- имеется ли причинная связь между действиями (бездействием) причинителя вреда и наступившими негативными последствиями;
- форму и степень вины причинителя вреда и полноту мер, принятых им для снижения (исключения) вреда.

Принимаются во внимание, в частности:

существо и значимость тех прав и нематериальных благ потерпевшего, которым причинен вред;

характер и степень умаления таких прав и благ (интенсивность, масштаб и длительность неблагоприятного воздействия);

способ причинения вреда (например, причинение вреда здоровью способом, носящим характер истязания);

поведение самого потерпевшего (например, причинение вреда вследствие провокации потерпевшего в отношении причинителя вреда);

последствия причинения потерпевшему страданий, определяемые, помимо прочего, видом и степенью тяжести повреждения здоровья, длительностью (продолжительностью) расстройства здоровья, степенью стойкости утраты трудоспособности, необходимостью амбулаторного или стационарного лечения, сохранением либо утратой возможности ведения прежнего образа жизни.

Согласно ст. 19 и ч. 2, 3 ст. 98 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» медицинские организации, медицинские и фармацевтические работники государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения несут ответственность за нарушение прав граждан в сфере охраны здоровья, причинение вреда жизни и (или) здоровью гражданина при оказании ему медицинской помощи, при оказании ему ненадлежащей медицинской помощи и обязаны компенсировать моральный вред, причиненный при некачественном оказании медицинской помощи.

Как разъяснил Пленум Верховного Суда РФ, разрешая требования о компенсации морального вреда, причиненного вследствие некачественного оказания медицинской помощи, суду надлежит установить:

- ➔ были ли приняты при оказании медицинской помощи пациенту все необходимые и возможные меры для его своевременного и квалифицированного обследования в целях установления правильного диагноза;
- ➔ соответствовала ли организация обследования и лечебного процесса установленным:

- 1) порядкам оказания медицинской помощи,

- 2) стандартам оказания медицинской помощи;
- 3) клиническим рекомендациям (протоколам лечения);⁵
- повлияли ли выявленные дефекты оказания медицинской помощи на правильность проведения диагностики и назначения соответствующего лечения;
- повлияли ли выявленные нарушения на течение заболевания пациента (способствовали ухудшению состояния здоровья, повлекли неблагоприятный исход) и, как следствие, привели к нарушению его прав в сфере охраны здоровья.

Ответчик обязан доказать наличие оснований для освобождения от ответственности за ненадлежащее оказание медицинской помощи, а именно:

- отсутствие вины в оказании медицинской помощи, не отвечающей установленным требованиям;
- отсутствие вины в дефектах такой помощи, способствовавших наступлению неблагоприятного исхода;
- отсутствие возможности при надлежащей квалификации врачей, правильной организации лечебного процесса оказать пациенту необходимую и своевременную помощь, избежать неблагоприятного исхода.

На медицинскую организацию возлагается бремя доказывания не только отсутствия своей вины, но и правомерности тех или иных действий (бездействия), которые повлекли возникновение морального вреда.

Требования о компенсации морального вреда в случае нарушения прав граждан в сфере охраны здоровья, причинения вреда жизни и (или) здоровью гражданина при оказании ему медицинской помощи, при оказании ему ненадлежащей медицинской помощи могут быть заявлены членами семьи такого гражданина. Это возможно, если ненадлежащим оказанием медицинской помощи этому гражданину лично им (т.е. членам семьи) причинены нравственные или физические страдания вследствие нарушения принадлежащих лично им неимущественных прав и нематериальных благ. Моральный вред в указанных случаях может выражаться, в частности:

- в заболевании, перенесенном в результате нравственных страданий в связи с утратой род-

ственника вследствие некачественного оказания медицинской помощи;

– в переживаниях по поводу недооценки со стороны медицинских работников тяжести его состояния, неправильного установления диагноза заболевания, непринятия всех возможных мер для оказания пациенту необходимой и своевременной помощи, которая могла бы позволить избежать неблагоприятного исхода;

– в переживаниях, обусловленных наблюдением за его страданиями или осознанием того обстоятельства, что близкого человека можно было бы спасти оказанием надлежащей медицинской помощи.

Факт нарушения личных неимущественных прав потерпевшего либо посягательства на принадлежащие ему нематериальные блага может подтверждаться любыми средствами доказывания, предусмотренными ст. 55 ГПК РФ. К ним относятся: объяснения сторон и третьих лиц, показания свидетелей, письменные доказательства (включая сделанные и заверенные лицами, участвующими в деле, распечатки материалов, размещенных в информационно-телекоммуникационной сети (скриншот), с указанием адреса интернет-страницы, с которой сделана распечатка, и точного времени ее получения), а также вещественные доказательства, аудио- и видеозаписи, заключения экспертов.

Конечно, качество оказания медицинской помощи в значительной мере зависит от соблюдения стандартов и соответствующих клинических рекомендаций. Вместе с тем, бездумное следование описанным в них правилам, допускающее игнорирование индивидуальных особенностей пациента и течения его заболевания, не позволяющее лечащему врачу руководствоваться своими профессиональными знаниями, личным опытом и интуицией, может, в свою очередь, привлечь вред здоровью пациента и поставить вопрос о компенсации морального вреда. Нам известно немало абсурдных случаев, когда врач считает себя не вправе назначить лечение, по его мнению, весьма эффективное, однако не значащееся в соответствующих стандартах и рекомендациях. Следует признать, что в таких случаях нормы медицинского права идут в разрез с интересами пациента.

⁵ См. ст. 37 «Организация оказания медицинской помощи» Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Так, в соответствии с постановлением Правительства РФ от 17 ноября 2021 г. № 1968 клинические рекомендации «Шизофрения» применяются с 1 января 2023 г.

ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА

ШАМАНСКАЯ ВОРОЖБА — ОБЩЕСТВЕННАЯ ОПАСНОСТЬ?

Первое независимое освидетельствование Александра Габышева

Постоянно, когда заходит речь об общественной опасности, подразумевается, что это нечто общепонятное и безусловно вредное. Но это одномерное некритическое отношение к фундаментальным категориям. Дело Александра Габышева позволяет спросить: общественная опасность — для кого? Для тех, кто верит в колдовство и боится его?

НПА с момента своего создания заняла не случайно пустовавшую, — выражаясь современным языком, — наиболее простреливаемую с двух сторон позицию: со стороны правозащитников, в значительном числе с антипсихиатрическими предубеждениями и обвинениями в пособничестве властям, — с одной стороны, и профессионалов с корпоративной этикой поколений, изуродованных тоталитарным режимом. Хотя громкие СПЭ А. С. Есенина-Вольпина, Петра Григоренко, Жореса Медведева, а впоследствии Валерии Новодворской, Юрия Буданова, Ларисы Арап, Михаила Косенко навсегда остались впечатляющим уроком, это не помешало продолжить эту практику.

Являются ли политические высказывания психически больных социальной опасностью? Казалось бы, наоборот, они для власти даже выигрышный признак безумия смутьянов, поэтому их либо игнорируют, либо лечат, но не наказывают. Но когда и лечат, и наказывают, это и есть карательная психиатрия.

Можно ли считать социальной опасностью открытое заявление самодеятельного шамана из Якутии (человека с высшим историческим образованием), что он пешком дойдет до Москвы, чтобы «изгнать злой дух из Президента»? Казалось бы, и власти, и прогосударственные масс-медиа могли бы посмеяться или даже активно помочь доставить его на самолете — ведь злые духи таятся в каждом нормальном человеке... Когда такие истории случаются, наиболее успешный для власти способ действий — оседлать их и направить в контролируемую сторону по примеру Сергея Зубатова («зубатовщины»).

Превращение безобидного, доброго и несчастливого человека в мученика из-за явно искусственных принудительных мер только заводят эффект домино на пустом месте.

30 ноября 2022 г. в Уссурийске состоялось заседание Приморского краевого суда по поводу

продления принудительной госпитализации Александра Габышева. Защита оспаривала принятие еще 1 августа решения о продлении госпитализации. Адвокаты Габышева представили НПА заключение врачебной комиссии, которая ходатайствовала о продлении принудлечения в стационаре стецтипа, как и заключение предыдущей комиссии за полторы недели до этого с рекомендацией перевести его в стационар общего типа. Мы подготовили профессионально обоснованное указание на явную принудительность внезапной радикальной перемены практических рекомендаций второй комиссии, однако суд не принял ее во внимание. Администрация больницы открыто называет Габышева «политическим больным» и дает понять, что курс лечения в таких больницах не менее трех лет. От чего лечат Александра Габышева? У него нет ни бреда, ни галлюцинаций, он не представляет опасности ни для себя, ни для других лиц, его план похода на Кремль давно дезактуализировался. Он не нарушает режим, не конфликтует ни с пациентами, ни с персоналом, очень скучает по дому.

Напомним, что три года назад, в октябре 2019 г. НПА организовала по просьбе адвокатов Габышева, который тогда еще находился дома, его комиссионное комплексное психолого-психиатрическое освидетельствование с участием медицинского психолога и трех психиатров, два из которых известные члены РОП. Правозащитники были уверены, что он здоров, психиатры Якутского ПНД ставили ему диагноз «Шизотипическое расстройство личности» и при этом рекомендовали лечение в стационаре специализированного типа.

Предлагаем читателям ознакомиться с результатами исследования, проведенного более 3 лет назад¹, в котором диагноз серьезнее, а практические рекомендации значительно мягче, что обосновано проведенным двухдневным ком-

¹ Связанные тогда подпиской о неразглашении, данной для допуска ко всем материалам дела, без чего наше освидетельствование было неосуществимо, теперь, когда тогдашнее уголовное дело закрыто, а Александр Габышев дал письменное разрешение на публикацию всех материалов о себе, мы, наконец, публикujemy текст заключения, которое было приобщено к делу.

плексным психолого-психиатрическим исследованием. Согласно профессиональному научному принципу, между диагнозом и практическими рекомендациями не существует жесткой связи (так же, как между сроком отбытия наказания и длительностью лечения): споры о диагнозе дело исключительно профессионалов, тогда как практические рекомендации открыты дискуссии доводов всех заинтересованных лиц. На наше обращение к Уполномоченному по правам человека в РФ поддержать обжалование этого решения суда нам ответили, карикатура смысл нашей просьбы: «Вопреки вашему мнению, в правопри-

менительную деятельность суда Уполномоченный вмешиваться не вправе, и не может давать указания, обязательные для исполнения», тогда как мы просили всего лишь «выразить свою озабоченность и прислать на суд своего представителя».

В который раз чрезмерное усердие командной системы «закручивания гаек» ведет к результату, прямо противоположному желаемому, — срыванию резьбы. Словно в школе не учат законам Ньютона.

Л. Н. Виноградова, Ю. С. Савенко

Заключение комиссии специалистов по результатам комплексного психолого-психиатрического освидетельствования Габышева А. П., 1968 г. рожд.

Психолого-психиатрическое исследование Габышева А. П., 1968 г. рожд., подозреваемого в публичных призывах к осуществлению экстремистской деятельности, было проведено комиссией специалистов в составе:

Шмилович Андрей Аркадьевич — врач-психиатр с 26 летним стажем работы, доктор мед. наук, заведующий кафедрой психиатрии и медицинской психологии Российской национального исследовательского медицинского университета им. Н. И. Пирогова,

Коломеец Александр Андреевич — врач-психиатр с 44-летним стажем работы, канд. мед. наук, директор ООО «Институт клинической психиатрии», вице-президент Общероссийской общественной организации «Независимая психиатрическая ассоциация России»,

Савенко Юрий Сергеевич — врач-психиатр с 55-летним стажем работы, канд. мед. наук, консультант ГКБ № 50, президент Общероссийской общественной организации «Независимая психиатрическая ассоциация России»,

Виноградова Любовь Николаевна — медицинский психолог с 41-летним стажем работы, исполнительный директор Общероссийской общественной организации «Независимая психиатрическая ассоциация России»

по запросу адвоката О. М. Тимофеевой для ответа на следующие вопросы:

1) Страдает ли Габышев А. П. каким-либо психическим заболеванием и если да, то каким?

2) Мог ли Габышев А. П. в момент инкриминируемых ему деяний и в настоящее время осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий?

3) Нуждается ли Габышев А. П. в применении к нему принудительных мер медицинского характера, и если да, то каких?

4) Каковы индивидуально-психологические особенности Габышева А. П. и могли ли они оказать существенное влияние на его поведение в ситуации инкриминируемых ему деяний?

Об ответственности по ст. 307 УК РФ за дачу заведомо ложного заключения специалисты осведомлены.

Комплексное психолого-психиатрическое освидетельствование Габышева А. П. проводилось в течение трех дней, 6 – 8 октября 2019 г., первый день — в пригороде Якутска в доме его сестры, где он проживает в настоящее время и где было проведено экспериментально-психологическое исследование Л. Н. Виноградовой и Ю. С. Савенко, во второй — в этнографическом музее — реконструкции якутского жилища, где всех членов комиссии познакомили с культурой и религиозными верованиями якутского народа. В третий день была проведена встреча с испытуемым вновь в его доме, на которой его познакомили с результатами освидетельствования и рекомендациями комиссии. 7 октября члены комиссии также встретились со следователем, ведущим дело Габышева А. П., и дали подписку о неразглашении материалов уголовного дела, после чего были ознакомлены с заключением комплексной судебной психолого-психиатрической комиссии экспертов от 20.09.2019 г. № 755.

Габышев А. П. согласие на психолого-психиатрическое освидетельствование дал.

АНАМНЕЗ. Со слов испытуемого и из заключения комплексной психолого-психиатрической комиссии экспертов, которая провела амбулаторную экспертизу, известно следующее. Родился в 1968 г. в селе Ленского района Якутии, первым ребенком, имеет двух братьев и сестру. Наследственность отягощена по линии матери (младший брат состоял на учете в ПНД). Отец, 1938 г.

рожд. — агроном, страдал алкоголизмом, из-за этого потерял руку, умер в 90-е годы от бронхиальной астмы. Мать, 1945 г.р. рожд. — учительница истории, умерла в 2014 г. от второго инсульта. Один из братьев инвалид (в молодости в алкогольном опьянении отморозил пальцы рук и ног), в настоящее время живет в Якутске, алкоголь не употребляет, имеет семью, работает. Второй брат работает огранщиком на ювелирном заводе, сестра — медрегистратор в районной больнице, имеет детей, разведена.

В школе учился хорошо, на четверки и пятерки, увлекался спортом (лыжи, вольная борьба), посещал кружок истории, нравились биология и астрономия. В младших классах школы часто конфликтовал, дрался, в старших стал более спокойным. После окончания школы поступил на геологический факультет Якутского государственного университета, через год был призван в армию. Служил в Забайкальском крае, «проповедала дедовщина», однако сумел выдержать испытания, — «я стрессы всегда переношу нормально». Вернулся к учебе, однако вскоре был отчислен из университета в связи с академической неуспеваемостью («молодость», «ветер в голове»). Освоил специальность электросварщика и несколько лет работал, помогал семье. В 2000 г. неожиданно меняет направление образования, поступает на исторический факультет Якутского государственного университета, два года учился очно, потом заочно, т.к. нужно было работать, было несколько академических отпусков — «вечный студент». К концу института оказывается охваченным идеями соединения язычества и христианства, которые пытается обосновать в дипломной работе. Невзирая на критику научных руководителей и оппонентов, продолжал настойчиво доказывать свою правоту, два года готовил дипломную работу, дважды переписывал. В этот период (точную дату назвать не может) на высоте позитивного аффекта влюбился в будущую жену, приняв по ее настоянию православие, оставаясь приверженцем шаманизма. Столкнулся с онкологическим заболеванием жены, решил полностью посвятить себя уходу за ней и лечению, полагаясь на бога. Прожил с женой 5 или 7 лет (точно сказать не может), последние три года жил в доме родителей жены, ухаживал за ней, подрабатывая урывками кочегаром в котельной. Состояние изменилось резко после смерти жены, очень тяжело пережил ее смерть, обвиняя себя и разочаровываясь в боге. На пике депрессивных переживаний решил уйти в отшельничество, поместив себя в суровые жизненные условия: голодание, одиночество, мороз, отказ от медицины. Жил в юрте, отказался от мяса и рыбы, питался ягодами и травами, перенес без лекарств грипп, простуды, отравления, испытывал особенные состояния медитации. Решил, что

должен пройти все испытания для того, чтобы «очиститься» и инициироваться в шамана. В этот период слышал голос бога, который наставлял его на великую миссию спасения человечества от демона. Символическим ходом мысли, сопоставляя цифры 7 и 8, политические события и мифологические сюжеты, внезапно понял, кто является демоном. После этого завершил инициацию и вернулся в мир, начав подготовку к реализации своей миссии. В последующем регрессивно оценивал это состояние как «сумашествие», «галлюцинации». В этот период вел себя необычно: с повышенным настроением ходил по улицам города, распевая песни, обращая на себя внимание окружающих, в связи с чем сестра и брат хотели отправить его в психиатрическую больницу, однако мать была категорически против. За последнее время предпринял две попытки добраться до Москвы, чтобы выполнить свое намерение. Первая была в 2018 г. и продолжалась примерно 3 месяца. Вернулся, так как сопровождавшая его собака «попала под машину». Вторая попытка дойти до Москвы и изгнать дьявола из Кремля началась в марте 2019 г. Оказавшись в центре внимания СМИ и встречавшихся ему людей, убеждался в величественности своего статуса, большую часть пути пребывал в восторженном настроении, осознавая грандиозность своей миссии. Прошел 3 тысячи километров, по пути люди помогали деньгами, продуктами, некоторые присоединялись к его «отряду». На границе с Иркутской областью был остановлен сотрудниками Иркутского спецназа и доставлен обратно в Якутск, где ему в тот же день была проведена амбулаторная комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза, как подозреваемому в публичных призывах к осуществлению экстремистской деятельности. Экспертная комиссия пришла к выводу, что у Габышева А. П. «имеют место признаки шизотипического расстройства личности в состоянии декомпенсации (F 21.8), что относится к категории хронических психических расстройств». Признаки указанного психического расстройства выражены столь значительно, что «нарушают и нарушают способность Габышева А. П. осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими как в период инкриминируемых деяний, так и в настоящее время». В постановлении следователя о назначении судебно-психиатрической экспертизы не были поставлены вопросы о возможной социальной опасности Габышева А. П. и применении принудительных мер медицинского характера, однако эксперты в порядке экспертной инициативы написали, что «Габышев А. П. в настоящее время представляет опасность для себя (если останется без адекватной психиатрической, кор-

рекционно-реабилитационной и социальной помощи), поэтому он нуждается в принудительном лечении в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях специализированного типа. Габышев А. П. и его адвокаты не согласны с заключением экспертной комиссии и обратились с просьбой провести комиссионное психологического-психиатрическое освидетельствование.

ПСИХИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ. В контрасте с предыдущим днем (06.10), когда было проведено экспериментально-психологическое исследование, выглядит напряженным, настороженным, крайне тревожным и эмоционально подавленным. При этом эффект изменчив, с чередованием беспокойства, дисфории, опустошенности, величественности. Сидит в застывшей позе, периодически в течение беседы взгляд неожиданно устремляется вверх, с последующим переводом на собеседника и пристальной фиксацией на нем. Наряду с этим часто зевает, прикрывая рот рукой. В ответ на неудобные вопросы начинает хмуриться и тревожно ерзать на стуле. Речь тихая, односложная, спонтанных высказываний нет, отвечает на вопросы формальными односложными предложениями, используя стереотипные выражения. В некоторые моменты беседы категорически отказывается отвечать, сообщая: «Я не буду это обсуждать», «Без комментариев», «Это не допрос». В высказываниях часто противоречив. Так, сообщая о том, что должен изгнать демона, в дальнейшем говорит, что это дело народа: «Народ должен сказать «уходи». Подчеркивает, что его протест носит мирный характер, он только должен разбудить народ. Поэтому и шел пешком, чтобы общаться по дороге с людьми. С самого начала высказывает подозрения в том, что члены комиссии сотрудничают со спецслужбами. Несмотря на ограниченную доступность, подробно рассказывает о содержании своей миссии: спасение человечества от демона — Путина. Иногда чувствителен к деталям. Говорит, что он должен изгнать демона Путина, но «делает поблажку людям» и говорит, что идет «изгнать демона из Путина». Убежден в своих уникальных способностях, которые позволяют ему сплотить «миллионы людей», «20 % населения земли», предвещает тысячелетний мир и очищение людей после «изгнания демона». Говорит, что до «глаза божьего» относился к Путину нейтрально. Но теперь знает, что он демон. Понял это, когда сопоставил 7 голов дракона и большую семерку, к которой присоединилась Россия, а потом ее исключили, поэтому Путин — демон. Убежден, что изгнание демона произойдет в 2021 году, сообщает об особой связи с богом, которая направляет его на этот путь. Много раз повторяет «я должен это сделать, я выполняю волю

Бога». Уверяет, что до 2021 года еще много времени, и при любом развитии событий он сумеет добиться выполнения своей миссии, а потом будет жить отшельником до конца своих дней. Память обнаруживает грубые нарушения в отношении, прежде всего, аффективно значимых событий прошлого. Многократно ошибается в датировании женитьбы, смерти жены, поступления и окончания ВУЗа и др. Критики к состоянию нет: попытки убедить в необходимости лечения и предложить помочь встречают категорическое противодействие. Убеждает специалистов, что они его не могут понять, а «отряды» его сторонников идут к нему.

Проведено **экспериментально-психологическое исследование** с использованием направленной беседы, наблюдения, теста Роршаха, экспресс-предъявления некоторых таблиц ТАТ, рисуночного теста «Дом и три человека», методик запоминания 10 слов, пиктограммы, исключения предметов, простых аналогий, сравнения пословиц, самооценки. Исследование проводилось в присутствии адвокатов, против чего испытуемый не возражал, однако в дальнейшем испытывал дискомфорт, когда в их присутствии сталкивался с заданиями, которые вызывали трудности. Поскольку испытуемый незадолго до этого прошел психологическое исследование, были выбраны новые незнакомые методы, в значительной части невербальные. Исследование было начато с предъявления неопределённых сюжетных рисунков из Тематического апперцептивного теста, провоцирующих скрытую агрессию, эффект, подозрительность, с инструкцией: что здесь происходит? Дайте несколько вариантов. Последовательность предъявления: 14, 18м, 11, 12м, 5 и 13. Уже на первой таблице (14) испытуемый обнаружил на редкость быструю способность менять местами фигуру/фон в двойственных рисунках. Признаки агрессии и подозрительности полностью отсутствовали. Единственный ответ «страсти бушуют» был переведен в условный план (артист на сцене) и два депрессивных сюжета. Все ответы были быстрыми и носили адекватный характер. На 13 таблице выявились по-прежнему глубокая депрессивная реакция на смерть жены.

Испытуемый понимает смысл исследования, держится доброжелательно, с соблюдением дистанции, на вопросы отвечает по существу, подробно. Считает себя призванным бороться со злыми силами, уверен, что ему удастся их победить, опираясь на поддержку народа. Говорит, что не собирается свергать власть, поскольку не является анархистом, не считает, что в нынешних условиях возможно вообще отказаться от власти, каким бы злом она не была. Хочет изгнать из Кремля «демона», которым является

президент Путин. С воодушевлением рассказывает о своем походе, как хорошо встречали его люди, помогали ему, приносили еду, деньги и все необходимое. Уверен, что сможет осуществить то, что должен, независимо от развития событий. Он «разбудит» людей, их должно быть много, они начнут проводить митинги и сами скажут: «Путин, уходи, пожалуйста».

Инструкции к заданиям усваивает быстро, с первого раза и следует им в процессе выполнения задания. Объем кратковременной памяти в норме. Кривая запоминания 10 слов: 6 – 8 – 9 – 9, через час называет 4 слова. Опосредование улучшает эффективность запоминания: в отсроченном воспроизведении правильно называет 9 из 12 предъявленных понятий и 3 — близко по смыслу со стремлением к лаконизму («радость» вместо «веселый праздник», «храбрость» вместо «смелый поступок»). Ассоциации адекватные, достаточно обобщенные, есть оригинальные. Так, на выражение «смелый поступок» рисует человека, держащего в руках «горячее» сердце и поясняет — «Данко». На выражение «любимое занятие» рисует человека, смотрящего в телескоп. Поясняет, что любит астрономию.

Рисунки довольно крупные экспрессивные, упорядочены на пространстве листа, много человеческих фигур, изображенных схематично. Легко и без ошибок справляется с заданиями «Исключение предметов» и «Простые аналогии», демонстрируя преобладание высокого уровня обобщений, хорошие формулировки и стремление к точности. Так, отделяя зонт от барабана, фуражки и револьвера, говорит, что это не просто военные, но парадные принадлежности, поскольку барабан используется во время парадов. Иногда использует необычные формулировки. Например, называет измерительные приборы оцифрованными предметами. Испытывает некоторые затруднения при сравнении пословиц. Дает ответы в самой общей форме, не всегда четко. Объясняет это тем, что русская культура ему не так близка, приводит распространенные в Якутии пословицы. На просьбу написать, какие его личностные качества ему мешают, а какие помогают, крупными буквами пишет «Демон» и «Бог». Говорит, что это самое главное в его жизни, он себя от этого не отделяет. Печерк четкий, ровный, с отдельными росчерками.

При выполнении проективного личностного теста Роршаха, теста, в котором испытуемому непонятно, какой ответ на стандартные во всем мире симметричные кляксы является хорошим, а какой плохим, испытывает видимые затруднения, в отличие от содергательного материала. Выявляется выраженное снижение контроля эмоций (преобладание ответов, где ведущей де-

терминантой является цвет: ответы форма/цвет в 2 раза меньше ответов цвет/форма, 1,5:3), резко снижена четкость ответов в аффективно значимых ситуациях (ухудшение качества ответов на полихромные таблицы: 1 четкий ответ и 5 неопределенных) и высокий уровень контролируемой тревоги (большое количество ответов с опорой на дифференцированную светотень, 4 указания на симметрию, частый перевод в условный план). Все это ведет к существенному снижению категориальной четкости познавательных процессов (процент ответов с хорошей формой — 53, при норме 70 ± 5), что является границей с психотическим уровнем дезорганизации, и снижению продуктивности психической деятельности. Отмечается также бедность психической продукции, среди которой преобладают анатомические и неопределенные художественные образы (орнаменты), резкое снижение реалистичности (из 4 наиболее популярных ответов дает только 2, причем второй — на втором этапе после дополнительных стимулов со стороны экспериментатора, индекс реалистичности 3 вместо 6 – 7 в норме). Фактически все ответы даются по целостным образам (21 из 24 ответов) без анализа деталей, отсутствует внутренняя интеграция (ни одного ответа с опорой на движение), что в формуле типа переживаний дает резкий перевес эмоциональных ответов (отношение ответов по движению к ответам по цвету 0:4,5), что отражает повышенную чувствительность к внешним воздействиям. Наряду с этим отмечается высокий уровень психической активности и достаточно высокий интеллектуальный потенциал, имеются оригинальные ответы. Отсутствуют ответы по белому фону, ахроматическому цвету, резкое переворачивание таблиц и другие признаки оппозиционно-дисфорической настроенности. Так, не было ответов по чистому цвету, которые свидетельствуют об эксплозивности, импульсивности, а на черно-красные таблицы вообще не было ответов по цвету, что отражает значительную внутреннюю напряженность. Рисунок «Дом и три человека» говорит о высокой значимости семейных ценностей, достаточной открытости и эмоциональном подъеме.

Таким образом, жизненный путь Габышева А. П. соответствует одному из вариантов пути, характерному для шаманов (по призванию, по наследству, по личному выбору): после серьезной жизненной травмы (болезнь и смерть любимой жены) длительная самоизоляция с тяжелыми испытаниями (голод, холод, болезни), в процессе которых происходит «очищение» и подготовка к роли шамана, процесс инициации. Большую роль играет постоянная медитация и «общение с богом». Затем — возвращение в обычный мир и служение людям. Действия и высказыва-

Шаманская ворожба — общественная опасность?

ния Габышева А. П. психологически понятны. Его отличает охваченность идеями освобождения человечества от злых сил, непоколебимая уверенность в своей избранности и способности осуществить «волю бога». С другой стороны, по результатам психологического исследования у испытуемого выявляется выраженная аффективная неустойчивость со снижением контроля эмоций, высокий уровень тревоги, кататимная, т.е. комплексно-аффективная организация эмоциональной сферы, что клинически соответствует сверхценным бредовым переживаниям. Значительная дезорганизация психической деятельности усугубляется резким перевесом целостного подхода над аналитическим, но частично компенсируется в целом хорошими когнитивными данными, быстрой переключаемостью и художественными способностями. Характерна тенденция к своеобразию мышления с мистической ориентацией, в силу сочетания резкого преобладания целостного подхода над аналитическим, нестандартного восприятия и значительного снижения категориальной четкости. Выявляется также снижение критичности и реалистичности, в том числе в отношении собственных возможностей, чрезвычайная устойчивость имеющихся представлений, высокий уровень оптимизма и потребность во внимании со стороны окружающих.

Все это определяет собой существенное снижение критических и прогностических способностей. Поведение испытуемого определяется, прежде всего, психопатологическими механизмами, которые носят более глубокий характер. Индивидуально-психологические особенности Габышева А. П. имеют второстепенное значение и не могли оказывать существенного влияния на его поведение во время инкриминируемого ему деяния.

ОБСУЖДЕНИЕ. Психопатологическая квалификация данных анамнеза и психического статуса позволяет констатировать **приступообразную динамику болезни с преобладанием биполярных аффективных фаз**. Со временем на высоте этих фаз стали появляться псевдогаллюцинаторные расстройства, явления психического автоматизма и бредовые идеи воздействия, особого значения, величия и миссионерства. В депрессивных фазах отмечались идеи виновности и, возможно, греховности.

Данную продуктивную симптоматику следует разграничивать с имеющимися у подэкспертного истинными религиозными чувствами и спецификой национального менталитета, которые безусловно не являются психопатологией и не определяют динамики и содержания возникших болезненных переживаний.

Статус следует квалифицировать как **текущий аффективно-бредовой психоз** с нестабильностью аффекта и тенденцией к расширению и усложнению бредовой фабулы до экспандивного бреда величия и миссионерства.

Клинико-психопатологический анализ психического статуса и анамнеза позволяет диагностировать у Габышева А. П. **шизоаффективное расстройство (смешанный тип)**, (F 25.2 по МКБ-10).

Проведенная накануне (20.09.2019) амбулаторная комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза характеризуется на редкость высоким профессиональным уровнем, как в клинической, так и в экспериментально-психологической части. Тем удивительнее грубое несответствие, даже противоречие между представленными в ней клиническими и экспериментально-психологическими данными и их диагностической квалификацией, как «шизотипического расстройства личности в состоянии декомпенсации», и сделанной практической рекомендацией принудительного лечения в стационаре специализированного типа. Обоснование этому не дано в силу отсутствия каких-либо соответствующих конкретных данных в констатирующей части заключения и сводится к ссылке на декомпенсацию шизотипического расстройства личности с нарушением критических и прогностических способностей. Несмотря на то, что полученные нами данные дают веские основания для утяжеления диагноза с шизотипического расстройства личности до шизоаффективного психоза и акцентировать внимание на его фазно-приступообразной динамике с тенденцией к расширению и утяжелению психопатологической симптоматики, комиссия не может согласиться с рекомендацией экспертов о необходимости его принудительного лечения в психиатрическом стационаре специализированного типа. Обосновывая это, эксперты заключают свою экспертизу: «*Габышев А. П. в настоящее время представляет опасность для себя (если останется без адекватной медицинской психиатрической, коррекционно-реабилитационной и социальной помощи), поэтому он нуждается в принудительном лечении в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях специализированного типа. Вопросы социальной опасности подэкспертного и применении принудительных мер медицинского характера не поставлены следственными органами. Судебные медицинские эксперты ответили на них в порядке экспертной инициативы (ч.2 ст. 204 УПК РФ)*». Такого рода обоснование рекомендации принудительного лечения в стационаре специализированного типа опирается, как это хорошо видно из заключения экс-

пертов, не столько на заявления и действия самого Габышева А. П., сколько на вызванный ими масштабный общественный резонанс. Поэтому важно подчеркнуть, что **в компетенции психиатров только психопатологически выявляемая опасность**. Но ни в истории жизни Габышева А. П., ни в амбулаторной СПЭ, ни в данных нашего исследования нет никаких признаков, позволяющих говорить о его опасности для себя или других лиц. Их нет и в выявленных болезненных психопатологических расстройствах, и в характерологических особенностях, и в клинических и экспериментально-психологических данных. В психиатрии содержание мыслей и высказываний играет совершенно второстепенную роль. Бред бывает правдоподобным, как например бред ревности, реформаторства, изобретательства, а в 20-е годы был распространен «контрреволюционный бред». Этот аффективно-паранойяльный бред обычно сочетается с непреклонной целенаправленной активностью напролом, с чувством своей миссии. Габышев А. П., как историк, сам приводит примеры решающей роли такого поведения и, прежде всего, Жанну д'Арк и Ганди. Говорит, что готов продолжить свое дело и не сомневается в успехе не позже 2021 года, произносит все это с экзальтацией, потрясая воздетыми руками и апеллируя к богу. Однако для психиатров основополагающим является не содержание его высказываний, а клинически и экспериментально выявленные структурные характеристики психической деятельности, явственно дезорганизованной болезненным образом. Подэкспертный естественным образом принял социально-культуральную роль шамана, утвердился в ней как в своем предназначении, что позволило ему в психологическом и социальном плане наиболее полно самореализоваться, стало смыслом и целью его жизни, что выглядит внешне на поверхности для большинства окружающих вполне адекватным, но выросло из болезненного источника.

ВЫВОДЫ

1) Габышев А. П. страдает хроническим психическим заболеванием в форме **шизоаффективного расстройства (смешанный тип) F 25.2**. Об этом свидетельствуют выраженные аффективные колебания, наблюдавшиеся у него с юношеского возраста и нашедшие свое отражение в чередовании периодов повышенной активности со склонностью к раздражительности и конфликтам и стремления к уединению, путешествиям, самоизоляции. Он всегда имел особые интересы, защищал идеи, идущие в противоречие с общепринятыми установками. На высоте депрессивного расстройства, связанного со смер-

тью жены, впервые возник галлюцинаторно-бредовый психотический эпизод, послуживший основой для дальнейшей динамики психотической симптоматики с инверсией аффекта и развитием идей особого значения, величия и миссионерства. В настоящее время отмечается нестабильность аффекта и тенденция к расширению и усложнению бредовой фабулы до экспансивной паранойи.

2) Психическое расстройство Габышева А. П. привело к существенному снижению его критических и прогностических способностей, искаленному восприятию себя и окружающих, которые были столь выражены, что лишили его способности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими в период инкриминируемых ему деяний. В настоящее время Габышев А. П. находится в состоянии текущего аффективно-бредового психоза и также не может осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий.

3) Габышев А. П. не представляет опасности ни для себя, ни для других лиц. Однако, учитывая нестабильность состояния и высокую актуальность психотической симптоматики ему показано психиатрическое лечение на общих основаниях, сначала в условиях стационара с дальнейшим переводом на амбулаторное или полустанционарное долечивание. Решение вопроса о применении принудительных мер медицинского характера рекомендуется отложить до прохождения курса лечения и оценки его эффективности.

4) Для Габышева А. П. характерна высокая самооценка, чрезвычайное упорство в достижении своих целей и существенные колебания настроения при достаточно высоких когнитивных и художественных способностях. Отсутствие гибкости поведения сочетается у него с зависимостью от реакции окружающих, необходимостью поддержки и социального одобрения. В настоящее время у Габышева А. П. на фоне общего эмоционального подъема обнаруживается выраженная дезорганизация психической деятельности, которая ведет к существенному снижению критических и прогностических способностей. Его поведение определяется, прежде всего, психопатологическими механизмами, которые носят более глубокий характер. Индивидуально-психологические особенности Габышева А. П. имеют второстепенное значение и не могли оказать существенного влияния на его поведение в момент инкриминируемого ему деяния.

Члены комиссии:
**Шмилович А. А., Коломеец А. А.,
Савенко Ю. С., Виноградова Л. Н.**

ОТКЛИКИ

Соблюдается ли врачебная тайна?

В РФ создан федеральный регистр лиц с тяжелыми психическими расстройствами, совершившими общественно опасные действия, насчитывающий 53 тыс. человек, из них 15 тыс. требуют усиленного контроля. Однако обмен данными между силовыми ведомствами и психиатрами не наложен, и при переезде в другой регион или смене фамилии такие больные выпадают из поля зрения.

Приказом Минздрава РФ № 453н от 30 июня 2022 г. утвержден «Порядок диспансерного наблюдения за лицом, страдающим хроническим и затяжным психическим расстройством с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями».

В настоящее время предлагается внести в этот Порядок изменения. Во-первых, при переезде больного предлагается обязать психиатра в течение трех рабочих дней направлять выписной эпикриз в диспансер по его новому месту жительства. Во-вторых, психиатр при обращении к нему больного без выписки из предыдущего диспансера должен в течение трех рабочих дней сделать «запрос о предоставлении сведений о со-

стоянии здоровья лица и его диагнозе, иных сведений, полученных при его медицинском обследовании и лечении, в медицинскую организацию, в которой осуществлялось диспансерное наблюдение лица».

По существу, вводится система тотального контроля за передвижением душевнобольных. Непонятно, как это соотносится с декларированной необходимостью соблюдения прав граждан при оказании психиатрической помощи и преодоления стигматизации психиатрической службы. Бюрократической работы у психиатров прибавится, а вот приведет ли Порядок к улучшению работы психиатрической службы — большой вопрос. По статистике, психиатрическая заболеваемость у нас неуклонно снижается. Связано это с тем, что в государственные психиатрические учреждения больные и их родственники стараются не обращаться. Не в последнюю очередь, из-за опасений о разглашении врачебной тайны.

Болеслав Лихтерман, д.м.н.

Новый порядок диспансерного наблюдения Минздрава РФ — бюрократическая регламентация за счет человеческих отношений

10 октября 2022 г. руководство Центра им. В. П. Сербского провело пресс-конференцию, посвященную Всемирному Дню психического здоровья. Она прошла под лозунгом «Никаких стен! Сделать психиатрическую помощь максимально доступной, приблизить ее к населению». В этот план как нельзя лучше вписывается Порядок диспансерного наблюдения за лицом, страдающим хроническим и затяжным психическим расстройством с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными расстройствами», утвержденный приказом Минздрава РФ № 453н от 30 июня 2022 г. Диспансерное наблюдение — это недобровольная мера, она устанавливается независимо от согласия лица или его законного представителя, и с 1 марта 2023 г. будет четко регламентирована введенным в действие «По-

рядком»: кому посещать диспансер 1 раз в месяц и даже чаще, кому 1 раз в три месяца, а кому можно и только раз в год. Непонятно только, зачем людей, психическое расстройство которых находится «в стадии ремиссии или компенсации» и которые не госпитализировались «в медицинскую организацию в течение 5 лет и более» (диспансерная группа Д-4), держать под наблюдением психоневрологического диспансера и заставлять его посещать 1 раз в год. При том, что в том же «Порядке» говорится, что «Диспансерное наблюдение прекращается при ... значительном и стойком улучшении психического состояния лица». Вероятно, так видится руководством психиатрической службы максимальная доступность психиатрической помощи и приближение ее к населению.

В «Порядке» также описана процедура передачи медицинских документов из одной медицинской организации в другую при смене места жительства. Осуществляет ее сам пациент или его законный представитель, который должен информировать свою медицинскую организацию, получить там выписной эпикриз и затем передать его в медицинскую психиатрическую организацию по новому месту пребывания, даже если это временная смена жительства. Однако теперь Минздрав предлагает внести изменения в этот фактически еще не действующий документ, ужесточив контроль за перемещением людей с психическими расстройствами: психиатр обязан в течение трех рабочих дней направлять выписной эпикриз в диспансер по новому месту жительства своего пациента, а врач-психиатр нового диспансера должен в течение трех рабочих дней сделать «запрос о предоставлении сведений о состоянии здоровья лица и его диагнозе, иных сведений, полученных при его медицинском обследовании и лечении, в медицинскую организацию, в которой осуществлялось диспансерное наблюдение лица». Учитывая, что нахождение под диспансерным наблюдением серьезно ограничивает права граждан с психическими расстройствами (запрет на управление автотранспортом, ограничения в воспитании детей, выполнение различных профессиональных обязанностей

и т.п.), понятно, что такие нововведения не будут способствовать установлению доверия между врачом и пациентом, и «приближение психиатрической помощи к населению» сводится к очередным репрессивным мерам.

Кроме того, Минздрав решил прописать в своем «Порядке» те показатели здоровья, которые врач должен контролировать при проведении диспансерного наблюдения. Список этот огромен и включает как дополнительные исследования вроде ЭКГ и регистрации содержания липидов в крови, так и измерение объема талии, определение индекса массы тела, выявление суицидальных мыслей и склонности к совершению общественно-опасных действий. Соответственно, нагрузка на врачей амбулаторной помощи возрастет многократно, однако, к сожалению, не за счет уделения внимания пациенту, установления с ним доверительных отношений и выработки позитивного отношения к лечению, а за счет очередных бюрократических процедур. Уже сейчас врачи жалуются на то, что у них нет времени на общение с пациентами, они успевают лишь оформить рецепты и сделать все необходимые записи. Минздрав решил продолжать двигаться в этом направлении.

Любовь Виноградова

**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: Lubянка / 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**

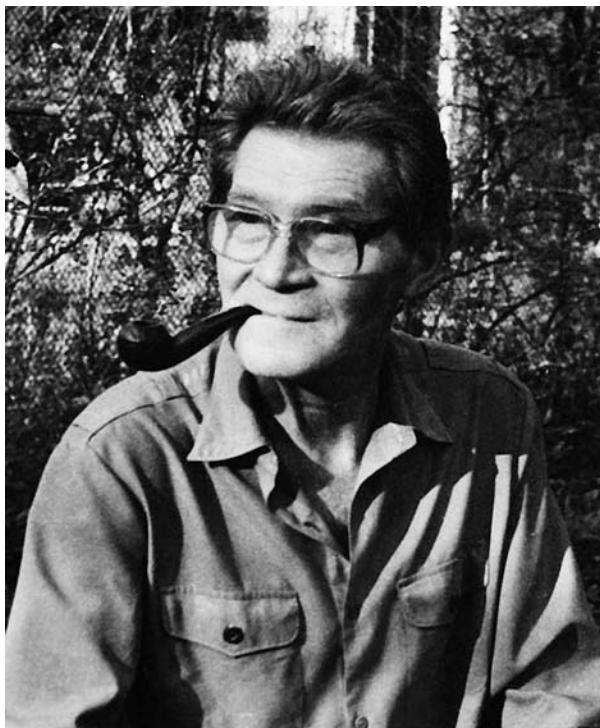
E-mail: info@npar.ru, nparinfo@gmail.com

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

ИСТОРИЯ

Отечественной психиатрии было кем гордиться в эпоху «карательной психиатрии»

К 100-летию Анатолия Кузмича Ануфриева



20 лет назад наш журнал не случайно объединил 120-летие Карла Ясперса, 90-летие его «Общей психопатологии» и 80-летие Анатолия Кузмича Ануфриева в один общий выпуск (3, 2003, 5 – 13). Анатолий Кузмич был одним из наиболее последовательных продолжателей К. Ясперса в послевоенную эпоху в нашей стране.

НПА России гордится тем, что такая яркая звезда отечественной клинической психиатрии, как Анатолий Кузмич Ануфриев не убралась, повергнув в изумленный до неверия шок руководство государственной психиатрии, вступить в ее ряды. Как он, «любимец» А. В. Снежневского, «шизофренолог», всеми привечаемый, патроном диссертации которого был акад. Г. В. Морозов, мог решиться на такое? Простой ответ на это не приходил им в голову, — просто он давно хо-

рошо знал, с кем имеет дело, полностью разделяя цели и программу НПА, а что касается отрыва от официальной казенной среды, то не таким человеком был он сам. Не чины и посты, а суть дела всегда были всепоглощающим его устремлением. Ему было не привыкать быть белой вороной среди не разделявших порядка его приоритетов. Я не помню за 60 лет своей профессиональной деятельности никого, кто бы проводил такие клинические разборы по 5 – 6 часов с анализом квалификации клинических феноменов свежепоступивших больных. Восхищал и энтузиазм множества коллег, которые участвовали в этом, требовавшем полной отдаче процессе. Восхищали и его лекции, а написанные им тексты позволяют и теперь каждому неравнодушному к этому, соприкоснуться с горячей пульсацией его

мысли. Центром его интересов с молоду были стертые и латентные, патологические и начальные болезненные формы психических расстройств, начиная с темных телесных ощущений и чувств, их койнестетических форм, следя И. М. Сеченову и М. И. Аствацатурову, а потом А. Кронфельду, вплоть до соматопсихической деперсонализации в структуре аффективных расстройств и бредообразования, не как отдельных форм, а как стадий единого процесса различных нозологий.

Анатолий Кузмич родился в семье мордовского крестьянина в селе Безводное Симбирской губернии. В 1940 г. 18-летним призван в армию, а 27 июня 1941 г. контужен, ранен и попал в плен на территории Литвы. После трех побегов переведен в штрафлагерь Райхенау, как политический заключенный, затем в концлагерь Дахау. Освобожден 1 мая 1945 года, прошел спецпропверку в Донбассе. Закончил Первый Московский медицинский институт (1946 – 1952), работал в Рязанской ПБ, где начал исследование ипохондрических синдромов под руководством проф. Сергея Федоровича Семенова, последовал за ним в Симферополь, а через 2 года в Москву, точнее в Хотьковскую областную ПБ, которую возглавлял в 1960 – 1962 гг. Но уже с 1959 г. — внештатный сотрудник института судебной психиатрии им. В. П. Сербского, где вскоре стал главным врачом института. В 1964 г. защитил кандидатскую диссертацию, а в 1969 г. докторскую — «Приступообразная шизофрения». В 1965 – 1966 гг. читал курс судебной психиатрии на юрфаке МГУ. С 1970 г. по рекомендации А. В. Снежневского возглавил отдел реабилитации (впоследствии — пограничных расстройств) Московского НИИ психиатрии, а в 1981 – 1991 гг. отдел внебольничной психиатрии академического института психиатрии. Поведение с ним руководства этого центра в последние три года вызывало несколько тяжелых сердечных приступов.

Первый выпуск нашего журнала в конце 1991 года открывался его резкой отповедью антипсихиатрической статье «Сумасшествие...» в очень популярной тогда «Литературной газете» 28.06.1989 г. В этой его обширной работе «Антипсихиатрия по-нашему» (с. 10 – 16) было возмущение и в адрес цитировавшегося в газете Семена Глузмана, с которым я был тогда в дружеских и профессионально солидарных отношениях, более того встречал и помогал ему, когда он прилетел в Москву из Америки, многократно общался и впоследствии, уполномочил выступить на Афинском конгрессе WPA от имени нашей ассоциации, а он нашел и договорился о выпуске

первого тиража нашего журнала в киевской типографии, что было тогда надежнее. Накануне поездки в Киев для оформления выпуска журнала я отправился к Анатолию Кузмичу домой и долго объяснял, и упрашивал его — бурно негодовавшего — вычеркнуть резкие выпады против Славы (так называли Глузмана близкие ему люди). Мне удалось это с трудом (эта правка сохранилась), и я успокоился достигнутым, не рассказав Славе о своих усилиях. Осталось только следующее: «...корреспондент использовал тенденциозное выступление в «Медицинской газете» С. Глузмана, который саркастически критикуя лечение психических заболеваний сульфозином, сообщил, что «в современные медикаментозные справочники в СССР сведения о препарате стыдливо не вносятся... Очевидно Глузман, не заглянул в более современные справочники и тем более в советскую фармакологию...». Этот упрек Анатолия Кузмича неожиданно вырос в грандиозную враждебную борьбу С. Глузмана со мной и всей деятельностью НПА. Такого предпочтения личной обиды общему делу я не то, что предвидеть, вообще представить себе не мог. Но это произошло и длится более 30 лет, вопреки ущербу общему делу — правам человека в психиатрии, независимо от политических границ. Дикая диспропорция, несообразность этого больше походила на повод, продиктованный другими соображениями, тем более, что этому вскоре таки был дан ход.

Независимый психиатрический журнал не случайно начал с отпора антипсихиатрии, как дискредитации клинической психиатрии. В 1988 – 1989 гг. — ответственнейший момент слома монополии, господствовавшей политизированной советской психиатрии с ее гипердиагностикой в три раза шизофрении, превратившейся в чуть ли не единственный хронический психоз. Но не таков был Анатолий Кузмич. Незнание этого обнаружилось на одной из конференций, когда я задал вопрос ведущему заседание зам.гендиректора Центра им. В. П. Сербского Е. В. Макушкину: изучают ли в Центре ошибки судебно-психиатрических экспертиз, изложенные в монографии Н. Г. Шумского?». На что он пренебрежительно отмахнулся, а Н. Г. Незнанов вставил из президиума — «да он всем шизофрению ставил». Между тем в этой работе, выдающейся по тщательности профессионального анализа и значимости исследования, указывается, что 2/3 подэкспертных, у которых диагноз в институте снимали, многие годы до этого лечились амбулаторно и неоднократно стационарно с диагнозом шизофрении. Структуру итоговой

главы — «Причины диагностических ошибок» задали развернутые письменные ответы А. К. Ануфриева, как многолетнего главного врача института (1962 – 1970). Это высокий образец, настоящая классика анализа ошибок, — фундаментальна в отношении первоочередной задачи судебной психиатрии. Прошедшие четверть века не убавили актуальности данных советов¹.

Как разъяснено в одной из лекций А. К. начала 70-х гг. — «Рекуррентная шизофrenия, или шизоаффективные психозы», впервые опубликованной в НПЖ в 2005 г. (IV, 44 – 54), «в споре со сторонниками А. В. Снежневского (а ученики часто бывают более ортодоксальными, чем сам учитель) доказать им это было невозможно. Нужно взять больного и показать, что у него существует несколько форм...», что «статически выделить нельзя», что «А. В. Снежневский отказался от первоначальной точки зрения». **Соглашаясь с Манфредом Блейлером, Анатолий Кузмич пишет:** «Я призываю: в случаях, когда нет психоза, никогда не ставить диагноз шизофrenии... А шизофrenию ставил бы тогда, когда нужно спасать общество от больного, а не только больного от самого себя. Иначе... мы ставим на пути больных препятствия к социальному полноценной жизни — как личной, так и общественной. В таком случае мы могли бы перекрыть дорогу Эйнштейну, Аврааму Линкольну, Гоголю и многим другим великим людям, которые страдали шизофrenией». А. К. ввел периодизацию типовой динамики рекуррентной шизофrenии, 6 стадий аффективно-бредовых приступов и мн.др.

Замечательное издание «Избранных трудов по психиатрии» А. К. Ануфриева (М. Логос, 2013), составленное проф. А. А. Ткаченко с должным пietетом и тонким аналитическим предисловием, вопреки заявленному в нем «стремле-

нию дать читателю максимально полное представление о научных взглядах А. К. Ануфриева, осветить его разностороннюю деятельность», вынужденным образом умолчало о многом, т.к. книга вышла под эгидой и финансовой поддержке Центра им. В. П. Сербского. Умолчало не только об активной деятельности Анатолия Кузмича в НПА России, но и его страстном отпоре анти-психиатрии и его роли в грандиозной работе Н. Г. Шумского «Диагностические ошибки судебной психиатрии». В предисловии к ней автор пишет, что «на рубеже XIX – XX веков, когда специальность медика выбиралась обычно по призванию, врачи часто расплачивались за допущенные ошибки самоубийством, в 20 раз выше среднего в населении. Теперь большинство врачей научилась себя беречь».

Анатолия Кузмича, тонкого, деликатного, рыцарственного, доверчивого, нередко беспардонно оттесняли: в 1972 г. О. П. Вертуградова в Московском НИИ психиатрии, в 1992 г. Г. Я. Авруцкий и А. С. Карпов в Кельне: хотя симпозиум на съезде немецких психиатров был организован «под Ануфриева», ему не дали даже выступить. И даже после смерти в двухтысячные не присвоили Хотьковской больнице его имени, несмотря на все наши и особенно В. Г. Остроглазова усилия, а может и из-за них.

Постыдна традиция упорных попыток возвести в классики опозорившего отечественную психиатрию посредственного И. А. Сикорского, и того, сколько лет молчали о расстрелянных Н. П. Бруханском и В. А. Внукове, об эпохальных для психиатрии вкладах Л. М. Розенштейна и Артура Кронфельда, Л. И. Смирнова и А. С. Шмарьяна, вплоть до нынешнего забвения эмигрировавших Б. М. Сегала и Лозовского.

Ю. С. Савенко

¹ Н. Г. Шумский «Диагностические ошибки в судебно-психиатрической практике. По материалам архива НИИ судебной психиатрии им. В. П. Сербского 1962 – 1983 гг.» СПб. Академический проект, 1997 г. (390 стр.). Работа получила высокую оценку в рецензии проф. А. Г. Гофмана (Социальная клиническая психиатрия 1999, 2, 96 – 98) и нашей, и постоянно рекомендуется нами для обучения.

История учреждения НПА

Александр Подрабинек (р. 1953) — ключевая фигура, наряду с А. С. Есениным-Вольпиным, Владимиром Буковским, Анатолием Корягиным и Роем Медведевым, борьбы против использования психиатрии в политических целях. В 1977 – 78 гг. инициатор, вместе с Вячеславом Бахминым, Александром Волошановичем, Петром Григоренко, организации «Рабочей комиссии по расследованию использования психиатрии в политических целях», грандиозной по проведенной работе, автор книги «Карательная медицина» (1979), изданной в Нью-Йорке и послужившей осуждению Всесоюзного общества психиатров, а затем, в 1983 г., исключению из WPA, и поплатившийся за это 8,5 годами лагеря в Якутии. Главный редактор еженедельной газеты «Экспресс-хроника» (1987 – 2000). Инициатор и организатор, вместе с Виктором Лановым, Независимой психиатрической ассоциации России (1988 – 89). Автор утраченной при обыске 1975 г. рукописи «Из желтого безмолвия», совместной с Виктором Некипеловым¹, двух книг воспоминаний «Диссиденты» и «Третья жизнь», из которой мы приводим главу о создании НПА (М., 2022, 62 – 71).



«Все бурлило в стране. Общество отвоевывало у власти один рубеж за другим. Коммунистический режим шел на уступки, надеясь сохранить систему и рычаги влияния. Было понятно, что крушение социализма неизбежно. Это стало очевидным, когда перестали сажать «за политику». Если у них нет сил на репрессии, значит, им

конец. Ничем другим удержать власть они не могут. Все остальное вопрос времени.

Но время — важный фактор, особенно для тех, кто за решеткой. Если политзэки тюрем и лагерей были уже на виду и с постепенным их освобождением все было более или менее ясно, то с политзаключенными психбольниц дела обстояли хуже. Этим вопросом надо было заниматься отдельно и тщательно.

Очевидной была и необходимость реформирования психиатрической помощи, создания правовых преград для возможного использования психиатрии в политических целях. Общественная атмосфера благоприятствовала появлению новых инициатив. Рабочая комиссия, созданная в 1977 году, была хорошей инициативой — своевременной и эффективной, но это был уже вчерашний день. Наступало время профессионалов.

Я решил, что надо создать профессиональную организацию психиатров, незапятнанную злоупотреблениями, с чистого листа. В конце концов, она должна вытеснить из профессии официальную психиатрическую организацию, как все новые общественные институты должны вытеснить старые.

Шел 1988 год. Избытка психиатров, готовых оппонировать советской власти, не наблюдалось. Тем не менее я нашел трех человек, согласившихся поддержать мою идею. С психологом Виктором Лановым меня познакомил мой старый приятель Женя Фарбер, с которым мы когда-то в компании Володи Ежова обивали двери в Москве. Ленинградский психиатр Ростислав Макушенко был участником семинара «Демократия и гуманизм», который впоследствии преобразовался в партию «Демократический союз». Кто меня познакомил с военным врачом-психиатром Виктором Серпилиным, я уже не помню, но жил он в наших краях, на полпути между Киржачом и Москвой.

¹ В. Некипелов — автор книги «Институт дураков», написанной на основе собственной СПЭ в 1974 г. (Барнаул, изд. Организации «Помощи пострадавшим от психиатрии», 2005).

Мы собрались у меня дома в Киржаче, чтобы учредить Независимую психиатрическую ассоциацию — НПА. Как и все остальные удачные дела, это дело мы начинали вчетвером. Учредительное заявление ассоциации опубликовала «Экспресс-Хроника». Новость о создании независимой от власти профессиональной организации психологов и психиатров разнеслась по всей стране благодаря западным радиостанциям.

Вскоре, убедившись, что репрессий не последовало, в НПА начали вступать психиатры и психологи. Ассоциацию возглавил Виктор Лановой. Мы собирались у него дома на «мозговые штурмы». Старались определить ближайшие цели и пути к ним. Долго обсуждали и переделывали устав ассоциации. Американская психиатрическая ассоциация, с которой к тому времени у нас установились дружеские связи, присыпала нам свои рекомендации; некоторые из них были приняты, другие отклонены. Интерес к НПА проявляли и другие национальные психиатрические ассоциации на Западе.

Первой заметной общественной акцией НПА, официально еще не провозглашенной, стало действие проведению совместного советско-американского экспертного обследования политзаключенных советских психиатрических больниц. Из тюрем и лагерей почти всех политзаключенных уже выпустили, но в психбольницах они оставались. Отчасти это было вызвано их странным правовым положением — ведь формально они были признаны невиновными и освобождены от уголовного наказания. Требовать от них прощений о помиловании было невозможно. А ведь именно это было условием досрочного освобождения политзаключенных.

Под нажимом западных правительств и международной общественности власть согласилась на совместную с американцами экспертизу. Кремль демонстрировал «новое мышление» и готовность к сотрудничеству.

Осенью 1988 года руководство Американской психиатрической ассоциации (АПА) и Госдепартамент США попросили меня составить список находившихся в психиатрическом заключении политзаключенных, которых было бы желательно подвергнуть психиатрическому освидетельствованию. Это было не трудно. В «Экспресс-Хронику» и НПА уже стекалась информация со всей страны, да и моя собственная картотека не пустовала. Я отправил американцам список из 30 человек, которым следовало провести объективную психиатрическую экспертизу.

Между тем советская власть мышление демонстрировала новое, а поведение — старое. Американцев решили обдурить, подсунув им вместо здоровых политзаключенных больных уголовников. Я понял это, когда мне позвонили из МИД СССР с предложением совместно готовить список обследуемых. Именно внешнеполитическое

ведомство курировало визит американцев. Я ответил им, что список уже готов и отослан американской стороне, так что составлять еще один нет никакой надобности. Звонивший мне чиновник обрадованно возразил, что мои данные на верняка неполные и у них есть много неизвестных мне имен.

Честно сказать, искушение было велико. Ведь у нас в самом деле были неполные данные по стране, я это понимал. МИД мог получить от Минздрава, МВД или КГБ данные о неизвестных нам политзаключенных психбольницах. Но это при условии, что власти настроены на добровольственную работу, а весь опыт советской жизни учил меня этой власти не доверять. Самые искренние их заверения окажутся ложью, самые добрые начинания — провокацией. Бесплатный сыр бывает только в мышеловке. Нет, мы не будем сотрудничать в этой части экспертной работы, заверил я министерских чиновников. Как выяснилось позже, это было очень правильное решение.

Американцы приехали 26 февраля 1989 года большой и представительной делегацией. В ней было 26 человек, включая психологов, юриста и политолога. Были у американцев и свои переводчики. Что еще немаловажно, в состав делегации входили четверо эмигрировавших в США бывших советских психиатров. Они хорошо разбирались в реалиях советского здравоохранения, и их трудно было бы обвести вокруг пальца.

Возглавлял делегацию глава Американской психиатрической ассоциации судебный психиатр доктор Лорен Ротт. Однако за его спиной стоял энергичный и неуступчивый сотрудник Госдепартамента США Роберт Фарранд. Он не плохо говорил по-русски, был дотошным и проницательным, решительным и напористым, короче говоря — «тертый калач». Фарранд обеспечивал текущие переговоры с МИДом и руководил всеми организационными мероприятиями. На более высоком уровне переговоры с советской стороной вел Роберт Шифтер, помощник по правам человека госсекретаря США Дж. Шульца.

Ну кто бы сомневался, что коммунисты пытаются смухлевать? Вдобавок к моим политзаключенным они представили американским психиатрам еще десятка полтора чистых уголовников и реально психически больных. Этим они надеялись разбавить картину психиатрических репрессий, выдав «политические» диагнозы за диагностические ошибки. Насколько я понимаю, за всем этим стояли руководители советской психиатрии и Минздрав, который возглавлял тогда академик Чазов. Возможно, также и КГБ. Они всячески сопротивлялись приезду американских психиатров, чинили многочисленные препятствия и пытались сорвать визит. До последнего дня не было уверенности, что он состоится.

Бывший сотрудник МИД СССР Андрей Ковалев, принимавший с советской стороны участие в организации визита, вспоминал о противодействии психиатров:

«Дело в том, что пациенты, которые в первую очередь интересовали американских психиатров, проходили психиатрическую экспертизу в Институте имени Сербского. На их историях болезни стоял гриф «секретно». Экспертизу проводили академики и именитые профессора. В историях болезни встречались вещи чудовищные. Например, одного из пациентов отказывались выписать из больницы до тех пор, пока он не откажется от своих религиозных убеждений, за которые он и был госпитализирован. Все это хотели скрыть и поэтому решили дать задний ход.

Мне было заявлено, что ксерокопий (историй болезни. — А. П.) нам, а соответственно, и американцам, дать не могут, так как в Минздраве сломаны ксероксы, причем все. В институте имени Сербского и в вартанянском центре психического здоровья, естественно, тоже. В кабинете Г. Н. Милёхина, в котором хранились истории болезни, произошел пожар. К счастью, истории болезни каким-то чудом уцелели. Ксерокопировать их пришлось в МИДе.

«Исчезновения» пациентов и прочие несуразности продолжались до последнего момента, когда судьбу визита решали считанные часы. Одного из «пропавших» пациентов мы с Милёхиным и его командой разыскивали до четырех часов утра, сидя в его кабинете в Институте им. Сербского. Нам упорно говорили, что из одной больницы его увезли, а до другой не довезли. Нашли мы его только через главврача больницы, куда этого пациента все-таки привезли. Главврачу, наверное, испортили настроение, так как мы его обнаружили у любовницы. А от того, удастся ли его показать американским психиатрам, зависело, выполним ли мы в последний момент наши обещания и состоится ли визит»².

И все же визит состоялся! Из моего списка четверых так и не удалось освидетельствовать: трое освободились и следы их были потеряны, один за это время погиб. Остальные 15 политзаключенных и 11 уже освобожденных из психбольниц были американцами обследованы. Все, о чем мы говорили многие годы, подтвердилось: психиатрия в СССР используется как инструмент политических репрессий.

Делегация разбралась на несколько групп по 4 – 5 человек в каждой. Независимо друг от друга они обследовали спецпсихбольницы МВД СССР в Казани и Черняховске, психбольницы общего типа в Каунасе и Вильнюсе. В Ленинграде американские психиатры обследовали политзаклю-

ченных в спецпсихбольнице на Арсенальной и вели прием в гостинице «Москва», а в Москве — в психиатрической больнице № 1 им. Кащенко и в гостинице «Украина».

Минздрав СССР настаивал, чтобы советские психиатры присутствовали во время освидетельствования, но американцы давлению не поддались. Еще во время подготовки визита я заявил Роберту Фарранду, что готов помочь АПА при условии, что советские психиатры в освидетельствовании политзаключенных принимать участие не будут. Для меня это был принципиальный вопрос — любое сотрудничество с карательными от медицины я считал неэтичным. Кроме того, в присутствии советских врачей обследуемые не могли бы быть полностью откровенными. Думаю, последний довод был решающим для американцев. Советский Минздрав долго кочевряжался, но потом уступил.

Впрочем, после окончания каждого освидетельствования советским психиатрам предоставляли возможность поговорить по полчаса с каждым обследуемым. Если, конечно, сами обследуемые не возражали. Однако непосредственно во время обследования с советской стороны никого, кроме меня, не было. Но меня все-таки правильнее было бы считать с антисоветской стороны.

В американском списке на обследование было 49 человек. Несколько фамилий дал кто-то из наших эмигрантов, но данные оказались недостоверными. А советские усилия и вовсе пропали даром — их больным уголовничкам американцы уделили минимум внимания. Я очень радовался, что все так получилось, и сожалел только, что не удалось привести на экспертизу всех, кого наметил. Один из них — Валериан Морозов.

* * *

Валериан Федорович Морозов очень хотел пройти экспертизу у американских психиатров. Ему было тогда 63 года, и он находился в психбольницах уже больше шести лет. Когда-то он был успешным ученым, экономистом, кандидатом наук. В начале 70-х написал докторскую диссертацию на тему «Труд. Экономическая политика коммунистов». Затем он пишет письма в ЦК КПСС о необходимости двухпартийной системы в стране и переустройстве советского строя. Его исключают из КПСС «за антипартийное поведение и антипартийные политические взгляды». С этого времени он работает ведущим конструктором на одном из предприятий Нижнего Тагила. В начале 80-х едет в Горький, где находится в ссылке академик Сахаров. Морозов хочет просто пожать ему руку и сказать о своей солидарности с ним. Около дома, в котором живет Сахаров, его задерживает дежурившая там милиция. Морозова допрашивают в КГБ, снимают отпечатки

² Независимый психиатрический журнал, 2007, 3, 82 – 90.

пальцев», забирают паспорт и отправляют домой в Свердловскую область, в Нижний Тагил.

По сложившейся в СССР практике неформальную санкцию па возбуждение дел по антисоветской агитации и пропаганде должен давать первый секретарь обкома КПСС. Свердловский обком возглавлял тогда Борис Ельцин — будущий большой демократ и президент России. Он эту санкцию и дал. Валериана Морозова арестовали 26 апреля 1982 года. Ему предъявили обвинение по статье 70 УК РСФСР — «Антисоветская агитация и пропаганда». Суд признал его невменяемым и направил на принудительное лечение в Казансскую спец психбольницу. Там его многие годы подвергали мучительному «лечению» нейролептиками, а в мае 1988 года перевели в психиатрическую больницу общего типа в Свердловской области. 4 января 1989 года он отправил письмо в редакцию «Огонька», где была опубликована чья-то пафосная статья с разоблачениями преступлений сталинизма. Морозов писал:

«...Не в пресловутых 30 – 40-х годах я сижу, а сегодня; не в 37-м году сфабриковали мое политическое дело, а в последние годы; не в 37-м году меня «судили», а несколько тайных заочных «судов» состоялись в последние годы, уже при перестройке. Не во времена сталинского террора меня держат в строгом заключении, не сталинские сатрапы меня пытают, а сегодняшние, наши, советские «люди в белых халатах», участвуя в перестройке... За семь лет лечения превратили меня из совершенно здорового психически и физически, трудоспособного и жизнерадостного человека в совершеннейшего инвалида... Ни я, ни мои родственники и друзья до сих пор не знаем, за что меня арестовали и в чем обвиняли, какую психическую болезнь нашли и от чего семь лет «лечат», на какой срок посадили и когда наконец освободят... К сожалению, уверен, что моих писем не напечатает сегодня даже смелый «Огонек» при всей нашей сегодняшней «глоссости», «открытости», при том, что нет якобы сегодня «зон, закрытых для критики». Вы — «молодцы», только когда обличаете прошлое...»³

Валериан Морозов не скрывал своих надежд на американских психиатров. Умный, образованный, не сломленный духом, он был важным свидетелем и серьезной угрозой благополучию карателей от психиатрии. Независимая американская экспертиза стала бы для него билетом на свободу. Его постарались упрятать подальше. Незадолго до приезда американской делегации Морозова тайком перевели в малоизвестную провинциальную Черноисточинскую психбольницу. Я потерял его следы и не смог найти. Там его снова начали терзать инъекциями нейролептиков. 26 января 1989 года он умер, не дожив до

спасительной экспертизы всего месяца. Официальная версия: инфаркт миокарда. Но кто верит официальным версиям?

* * *

Американцы пробыли в СССР до 12 марта. В субботу 11 марта д-р Ротт и еще несколько его коллег присутствовали в качестве гостей на последнем дне учредительного съезда Независимой психиатрической ассоциации. После этого НПА официально зарегистрировалась, а в октябре того же года ее приняли во Всемирную психиатрическую ассоциацию (ВПА). Вскоре после этого восстановило свое членство в ВПА и официозное советское Общество невропатологов и психиатров, которое было изгнано оттуда в 1983 году за злоупотребления психиатрией в политических целях. НПА некоторое время возглавлял один из учредителей ассоциации Виктор Лановой. Потом он эмигрировал на Запад, и президентом ассоциации избрали психиатра Юрия Сергеевича Савенко. Он возглавляет НПА до сих пор. И до сих пор Россия представлена в ВПА двумя национальными психиатрическими ассоциациями — государственной и независимой.

В один из последних дней своего визита американцы устроили пресс-конференцию в АПН на Смоленском бульваре. Зал был до отказа занят советскими и иностранными журналистами. Ажиотаж был необыкновенный. Лорин Ротт и Роберт Фарранд едва успевали отвечать на вопросы. Я тоже пошел туда, имея в виду сделать материал для «Экспресс-Хроники». Я старательно тянул руку, чтобы задать вопрос от нашего еженедельника. Я видел, что Фарранд видит меня. Но задать вопрос он давал всем журналистам вокруг меня, а я так и сидел с поднятой рукой. Сидевший рядом со мной английский журналист, возмущенный тем, что мне не дают микрофон, даже крикнул что-то недовольное Фарранду, но тот остался невозмутим.

Так и ушел я с той пресс-конференции несолено хлебавши. Сначала было обидно: столько вложено усилий — и никакой отдачи для собственной газеты. Но скоро я понял, что иначе и быть не могло. Власти знали о моей роли в организации визита и помощи в обследовании политзаключенных. Мое участие в пресс-конференции в качестве журналиста было бы смешением жанров и могло быть расценено как спланированная американцами инсценировка. Фарранд, хитрый лис из Госдепартамента, понимал это, а до меня дошло не сразу. Но все-таки дошло, и мне оставалось только утешаться ролью демиурга, скромно остающегося в тени, пока на яркой сцене разыгрываются события исторического масштаба».

³ «Экспресс-Хроника», М., 1989, № II (84).

ХРОНИКА

Год мрачных юбилеев

Всегда, в какой угодно год, можно тематически подобрать впечатляющие юбилеи. Но нынешний год, который уже навсегда сам вошел в историю, резонирует с Октябрьским переворотом 1917 г., как его адекватно называли Ленин и Троцкий, и последовавшими революционным террором, гражданской войной, голодоморами, когда чуть ли не каждый год мог предоставить аналогичные примеры, особенно с 1934 года, когда был принят закон об измене родине, а 8 апреля 1935 года он был распространен на детей, начиная с 12-летнего возраста, вплоть до расстрела и ответственности за недоносительство. «Закон этот казался настолько типично советским, что когда 10 лет спустя, в 1944 г. гитлеровцы ввели подобный, Гиммлер» ссылался на него, но относил к древним предкам (М. Геллер, А. Некрич. «История России», т. 1: «Утопия у власти»

(1917 – 1945). М., 1996, с. 300). Затем последовали Большой Террор (1937 – 1938), а в 1952 г. расстрел Еврейского антифашистского комитета и Дело врачей.

На этом фоне «Философский пароход» (1922) выглядит гуманным актом, хотя был продиктован рациональными соображениями. В результате были спасены многие выдающиеся люди русской культуры и науки: философы Н. Бердяев, С. Л. Франк, С. Булгаков, Н. О. Лосский, социолог Питирим Сорокин, психиатр Г. Я. Трошин и мн. др.

Вспоминать и отмечать трагические юбилеи намного важнее по самому большому счету, чем только благостные, и в этом «только» — грандиозная пошлость.

Стандартный стиль вместо соответствия уникальному моменту

Отклик на пресс-конференцию руководителей Центра им. В. П. Сербского

10 октября — Международный день психического здоровья — отмечается с 1992 г. по инициативе Всемирной федерации психического здоровья и Всемирной организации здравоохранения. В этом году его тема — «сделать психическое здоровье и благополучие для всех глобальным приоритетом» — в России звучала как лозунг «Ни-каких стен!». Сделать психиатрическую помощь максимально доступной, приблизить ее к населению.

Можно было посочувствовать взявшимся выступать на пресс-конференции руководителям Центра им. В. П. Сербского Светлане Шпорт и Роману Ахапкину без учета массовой аудитории, для которой адекватным были бы не генералы государственной психиатрии, а практикующий психиатр-клиницист, сама манера и лексика которого вызывала бы доверие, а не отталкивала гладким многословием и обтекаемым содержанием административного стиля. Это выглядело стандартным выполнением мероприятия, очередным отчетом без души, вкладываемой в дело, более того, уклонением от буквально раскаленной конкретики текущего времени. Зато прозвучали слова о «беспрецедентных усилиях Минздрава» по изданию множества приказов, нормативных актов,

очередных благостных переименованиях ПНД в центры психического здоровья и введении в поликлиниках кабинетов психологической помощи без упоминания о масштабах и сроках реализации этого предприятия и штатов для этого.

Ни слова о реальных трудностях, никакого смущения относительно противоречия между резко возросшим числом первичных амбулаторных больных, требующих адекватного диагноза для адекватного лечения, и отсутствием для этой ступени узких специалистов, хотя это самая трудная и ответственная задача.

Существенным позитивом прозвучало понимание недопустимости скороспелой (в течение месяца!) подготовки врачей общей практики для оказания психиатрической помощи в рамках первичной медицинской сети, как это уже начало практиковаться в Москве.

Итак, открыть психотерапевтические кабинеты в поликлиниках, переименовать психоневрологические диспансеры в Центры психического здоровья, обучать врачей первичной медицинской сети навыкам работы с людьми с психическими расстройствами, и т.п. А с другой стороны — создать федеральный реестр психически больных, склонных к совершению общественно опасных действий, и передать его в правоохра-

нительные органы, ввести новый порядок диспансерного наблюдения, где людей в состоянии ремиссии или компенсации, в течение 5 и более лет не получавших стационарную психиатрическую помощь, предлагается по-прежнему держать под наблюдением, и в случае смены места жительства передавать их медицинские документы в новую медицинскую организацию. Уже не говоря о том, что человек практически с любым психиатрическим диагнозом не может получить разрешение на управление автотранспортом и работу по некоторым специальностям. Какая уж тут врачебная тайна и дестигматизация!

Поднимались и другие важные темы: кадровый дефицит и расширение ординатуры по психиатрии, государственная экспертиза компьютерных игр и игрушек, работа частных психиатрических клиник, сотрудничество с ВОЗ и др.

Все время оставалась за скобками одна из важнейших тем сегодняшнего дня, которая,

кстати, была вынесена в анонс пресс-конференции — «Как будет организована психиатрическая помощь семьям мобилизованных и ветеранам боевых действий?». Лишь в конце пресс-конференции прозвучала просьба ведущей прокомментировать многократно возросшие в последнее время продажи антидепрессантов и дать советы относительно того, как помочь гражданам в это время нестабильности и нарастающей тревоги. — Ответ был прост: оказывается, в каждом регионе есть горячие линии, куда можно позвонить, и нужно разговаривать со своими близкими, делиться переживаниями, одно это снижает чувство тревоги. О государственных программах специализированной помощи пока речь не идет. А это одна из актуальных задач. Мы помним, что было во времена чеченских войн, когда оттуда вернулись тысячи военнослужащих с посттравматическим стрессовым расстройством.

150 лет Санкт-Петербургской ПБ св. Николая Чудотворца

28 и 29 октября в Санкт-Петербурге состоялась перенесенная с апреля «межрегиональная научно-практическая конференция с международным участием», посвященная 150-летию Санкт-Петербургской психиатрической больницы св. Николая Чудотворца.

Она была прекрасно организована и выглядела образцово, но на сайте РОП отражена в большей мере с внешней парадной стороны. Ни одного живого неформального слова об уникальной истории больницы, выдающихся вкладах ее сотрудников и тяжелых испытаниях в блокаду. Зато бросается в глаза (на фоне замораживания членства РОП в международных организациях и даже переноса регионального ВОЗ-овского офиса из Москвы в Астану), что педалируется и о чем умалчивается. Не стоило перечислять 12 стран, принявших участие в работе конференции в числе 1081 специалиста служб психического здоровья. «Иностранные участники были из Республики Беларусь, Казахстана, Латвии, Эстонии, Азербайджана, Молдовы, Узбекистана, Черногории, Армении, Израиля, Киргизии, Украины», но большая часть из них выступали он-лайн. Интересно, кто эти смелые люди из Украины, Беларуси, Прибалтики и Черногории, разумеется, не фамилии, а уровень представительства. Ведь без него никто не пишет «с международным участием», и это ведет к противоположной реакции, подчеркивая отсутствие чувства коллективной ответственности за происходящее.

С приветственными речами при открытии кроме чиновников, отвечающих за состояние здравоохранения в Санкт-Петербурге, выступили президент РОП Н. Г. Незнанов и вице-президент О. В. Лиманкин, вице-президент НПА России А. Я. Переходов, председатель Бехтеревского психиатрического общества Санкт-Петербурга Н. Н. Петрова, главный психиатр Санкт-Петер-

бурга А. Г. Софонов. В приветствии от НПА, подписанном президентом НПА Ю. С. Савенко говорится:

«Независимая психиатрическая ассоциация России высоко чтит общезначимую для всех нас историческую роль больницы Святого Николая Чудотворца, труд многих поколений врачей и выдающихся коллег, работавших в ней и, прежде всего, одного из самых значительных отечественных психиатров — Виктора Хрисанфовича Кандинского, сумевшего за 40 лет своей драматически сложившейся жизни внести в наш предмет 130 и 140 лет назад три ключевых до сих пор вклада мирового уровня — описание псевдогаллюцинаций, критерии невменяемости и психической заразительности. Важно отметить, что В. Х. Кандинский работал простым ординатором, и что его деятельность объединяет Санкт-Петербургскую и Московскую школы. В офисе нашей Ассоциации — три портрета, где Кандинский — центральны, между Достоевским и Ясперсом, и мы всегда помним, где он работал, как и подвижничество его замечательной жены Елизаветы Карловны Фрейдмут, превзошедшей общество психиатров. Желаем вам быть достойными такого профессионала и Человека».

В фойе конференц-залов работали фото-галерея «История Санкт-Петербургской психиатрической больницы св. Николая Чудотворца» и «Электронная библиотека печатных работ сотрудников больницы». Оба стенда были снабжены персонализированными QR-кодами, по которым каждый участник имел возможность получить свободный доступ к текстам публикаций выдающихся психиатров, работавших в больнице в прошлом, а также к текстам публикаций ныне действующих врачей и психологов учреждения.

Следует подчеркнуть, что из 42 научных докладов 9 были представлены сотрудниками больницы. Многие годы больница является базой кафедры психиатрии, которую достойным образом возглавлял проф. Владимир Антонович Точилов, выдающийся критик МКБ.

Об истории одной из старейших психиатрических больниц в России в интересном, неформальном докладе рассказал главный врач Андрей Павлович Отмахов. Сама больница рассчитана на 900 койко-мест. Предшественницей больницы являлась «Временная лечебница для помешанных при Исправительном учреждении» (1865), размещавшаяся в здании тюрьмы. Впервые именно для душевно больных появилось небольшое отделение в 1843 году. Но только в 1872 году заключённые были переведены в городскую тюрьму, а лечебница — преимущественно в больницу св. Николая Чудотворца для душевнобольных (названа в честь храма, расположенного недалеко от больницы).

женного на её территории). В обиходе больницу называют «Пряжка», т.к. располагается она в том месте, где из Мойки берёт начало река Пряжка. Слэнговое название больницы запечатлено в повести «Прощай, зеленая Пряжка» (1987) Михаила Чулаки, шесть лет врача-психiatра этой Ленинградской больницы № 2 (с 1993 г. снова св. Николая Чудотворца). Здесь симулировал психоз и отсюда сбежал Юзеф Пилсудский, лечился Даниил Хармс и три недели (февраль/март 1964 г.) проходил принудительную СПЭ Иосиф Бродский, оставивший об этом нeliцеприятные воспоминания. Это памятные и ценные для всех уроки.

Представлявший НПА Алексей Яковлевич Перехов отметил очень дружественную атмосферу вне официальных мероприятий, обсуждение в кулуарах социальных проблем и царившее согласие относительно необходимости добиваться профессионального консенсуса.

245-летие Преображенской психиатрической больницы

15 декабря состоялась, в основном он-лайн, научно-практическая конференция, посвященная обновленному юбилею старейшего психиатрического учреждения России. Организаторы — главный психиатр Москвы Георгий Петрович Костюк и главный врач объединенной в 2017 г., как это и было в прошлом, Преображенской больницы (ПБ № 1, а после Павловской сессии № 3, а потом им. В. А. Гиляровского) и ПБ им. П. Б. Ганнушкина на противоположном берегу Яузы, Лариса Андреевна Бурыгина, — поступили совершенно правильно, не дожидаясь 250-летия: никому неизвестно, что будет с нами через пять лет.

Организационный талант и вкус к истории отечественной психиатрии Георгия Петровича, последовательно побывавшего главным врачом больницы им. П. Б. Ганнушкина, больницы им. В. А. Гиляровского, а теперь больницы им. Н. А. Алексеева, сказавшийся в редкостной полноте иконографии множества замечательных коллег, прошедших через эти больницы, послужил выдающемуся содержательному и великолепно изданному двухтомнику об истории этой «колоны отечественной психиатрии» по выражению В. А. Гиляровского. А Лариса Андреевна с неформальной теплотой развернула историческую панораму насыщенной, высоко гуманной и научно передовой лечебной практики этого прославленного учреждения, через которое прошла значительная часть отечественных психиатров. Она убедительно обосновала на 31 год более раннюю датировку основания больницы, которая раньше вела отсчет от переезда в специально построенное для нее здание. По такой логике Московский НИИ психиатрии на территории больницы им. П. Б. Ганнушкина, сменивший три адреса и еще больше названий, бывший в предвоенные годы одним с ней целым, был бы не вправе на отмеченный 100-летний юбилей.

В последовавших выступлениях питерских гостей проводилась неоднозначная параллель Московской и Петербургской психиатрических школ С. С. Корсакова и В. М. Бехтерева. Президент РОП Н. Г. Незнанов упростил эту задачу, взяв за основание лидеров школ и их учеников. Справедливо подчеркнув часто недооценивающую роль А. Н. Бернштейна (который как раз противостоял В. П. Сербскому) и А. С. Чистовича, отрицательную роль Павловской сессии, он не удержался от унитарного представления Московской школы как школы А. В. Снежневского, тогда как ей противостояли не только «психоморфологи», но и Московский НИИ психиатрии (С. Г. Жислин, И. Г. Равкин, Л. Л. Рохлин, Р. Г. Голодец и др.).

Член-корреспондент РАН А. Г. Софронов в докладе «Забытые страницы российской психиатрии» показал фактическую несостоятельность прежнего благостного представления о монастырской психиатрии и страшного о британском Бедламе, советских именований психиатрических больниц, а также роль Александра III, в бытность наследником, в отношении придуманного им финансирования замечательной разнообразно архитектурно решенной павильонной системы, и пожелал «сохранить, что имеем». Александр Генрихович, упомянув, что «мы с вами из одного гнезда, Георгий Петрович», видимо, имея в виду Военно-медицинскую академию, отметил на примере петербургских ПБ очевидные преимущества тех, которые возглавляли генералы, а не «какие-то социал-демократы, тогдашние диссиденты», а также инструкцию Кibal'chicha о лечении розгами. Пользу того и другого невозможно оспорить.

Завершили начало первого дня воспоминания Юрия Анатольевича Александровского, выросшего на территории больницы, жившего ря-

Хроника

дом с квартирой Т. И. Юдина, сына последнего главного врача Преображенской больницы, накануне Павловской сессии, когда она была еще № 1. И, наконец, кинофильм, представлявший историю больницы в форме рассказа об этом

двух удачно подобранных актеров – психиатра и его больного, который несколько раз прерывал его – «Ну, а со мной что?» – после чего его, якобы уже вылеченного, подвергли ЭСТ по старой процедуре.

Поездка в Омск

Сотрудники психиатрических стационаров должны знать все о правах пациентов и общественном контроле

27 сентября 2022 г. в Общественной палате Омской области был проведен семинар для сотрудников и персонала Омской областной клинической психиатрической больницы им. Н. Н. Солодникова на тему «Основы прав пациентов психиатрических учреждений». Семинар был организован координатором проекта «Новые аспекты в работе ОНК» в Сибирском федеральном округе Геннадием Постниковым в сотрудничестве с общественной наблюдательной комиссией Омской области и Независимой психиатрической ассоциацией России. На семинаре приехала команда сотрудников больницы во главе с заместителем главного врача Виктором Ивановичем Карапюком. В Омской области стационарная психиатрическая помощь централизована, все пациенты проходят лечение в Омской областной больнице, рассчитанной на 1480 коек. Это целый больничный городок в черте города.

Целью семинара было познакомить медицинский персонал с понятием «права человека» и «общественный контроль за обеспечением прав человека в психиатрических больницах и экспертных учреждениях», а также обсудить возможности профилактики нарушений прав пациентов. Модератор семинара Г. Постников подчеркнул, что нарушения прав пациентов происходят не по злой воле, а по незнанию.

На семинаре присутствующих познакомили с основами концепции прав человека, ее основными понятиями и стандартами, рассказали о соответствии российского и международного законодательства, регулирующего права лиц с психическими расстройствами, обсудили права пациентов психиатрических больниц и основания для применения принудительных мер, которые неизбежны в психиатрии, а также критерии уважения достоинства пациентов, разработанные в рамках проекта. В заключение семинара члены ОНК Томской области поделились своим опытом работы в психиатрических стационарах, рассказали о позитивных практиках, возможностях и ограничениях общественного контроля.

Семинар прошел в доброжелательной атмосфере и вызвал большой интерес участников, которые задавали вопросы и рассказывали об имеющихся в их больнице проблемах. Присутствующие были единодушны в том, что обществен-

ный контроль помогает не только выявлять, но и решать имеющиеся проблемы, является залогом соблюдения прав пациентов и сотрудников.

Роль взаимодействия органов власти и гражданского общества в соблюдении прав пациентов стационарной психиатрической службы в Сибирском Федеральном округе

28 сентября 2022 г. в Общественной палате Омской области состоялся круглый стол «Актуальные вопросы осуществления общественного контроля за соблюдением прав человека в психиатрических учреждениях СФО». В круглом столе приняли участие депутат Горсовета Ю. И. Иванющев, руководитель департамента организации медицинской помощи Ю. И. Мартынов, председатель Общественной палаты Л. П. Герасимова, представитель аппарата уполномоченного по правам человека в Омской области Е. Ю. Медведюк, заместитель главного врача Омской областной КПБ им. Н. Н. Солодникова, члены ОНК Омской и Томской областей, а также исполнительный директор НПА России Л. Н. Виноградова и директор Института прав человека В. М. Гефтер.

Координатор проекта «Новые аспекты в работе ОНК» по Сибирскому федеральному округу Геннадий Николаевич Постников выступил с докладом «Итоги работы общественных правоохранителей Омской, Томской, Новосибирской областей и Алтайского края», в котором рассказал о нарушениях прав человека в психиатрических стационарах Сибирского федерального округа, выявленных в процессе проведения мониторинга в 2020 – 2021 гг., а также о позитивных результатах работы с руководством психиатрических стационаров. В частности, он сообщил, что удалось добиться серьезных успехов в информировании пациентов об их правах и уважении частной жизни пациентов. Во многих стационарах решена проблема отсутствия приватности в туалетных и душевых комнатах, организованы места для хранения личных вещей пациентов, наложены регулярные встречи и телефонные разговоры с родственниками с соблюдением конфиденциальности, расширены возможности для досуга. Члены ОНК следят за тем, чтобы ограничения прав пациентов были обоснованы и назначались на определенное время, а не бессрочно.

Л. Н. Виноградова отметила, что два года работы общественных наблюдательных комиссий в разных регионах страны были весьма результативными, и сегодня можно говорить о том, что создана эффективная система общественного контроля за соблюдением прав человека в психиатрических стационарах, что дает возможность перейти к следующему этапу работы — практическим действиям по улучшению положения пациентов. Эта работа уже начата там, где с одной стороны, зафиксирована активная работа ОНК, а с другой, имеется понимание и готовность к сотрудничеству со стороны руководства психиатрических стационаров. Сибирский федеральный округ — один из лидеров в этом направлении.

Участие в круглом столе представителей разных государственных и общественных структур позволило всесторонне обсудить имеющиеся

проблемы и наметить пути их решения. Председатель Общественной палаты обещала, что они рассмотрят все поднятые вопросы на заседании комиссии по здравоохранению и выйдут с предложениями к губернатору области.

В заключение круглого стола руководитель департамента организации медицинской помощи Ю. И. Мартынов отметил, что в Омской области налажено взаимодействие департамента с ОНК, Общественной палатой и региональным Уполномоченным по правам человека, и это помогает улучшать ситуацию в психиатрических стационарах. Взгляд независимых наблюдателей необходимо учитывать и соблюдать права пациентов с учетом состояния их здоровья и имеющихся в области возможностей.

95 лет Людмилы Михайловны Алексеевой

Свежим глотком воздуха в наши дни было достойно отмеченное 20 июля Московской Хельсинкской группой, даже с концертом, 95-летие Людмилы Михайловны Алексеевой, с множеством не только знакомых лиц, но и новым поколением правозащитников из многих регионов. И традиционным ежегодным премированием по многим номинациям.

Я знал Л. М. с начала 90-х годов, когда она нередко спорила с Ларой Богораз, позиция которой была мне ближе, хотя я всегда понимал необходимость многообразия в любом вопросе.

А Л. М. показала на деле преимущества и своей позиции. Она всегда умела совместить широту понимания с высокой принципиальностью.

То, с чем мы сталкиваемся теперь, в такой обнажённой форме, началось не с 2002, 2008, 2014, и не с этого года, а было всегда, меняя только

форму и степень. Для Л. М. это было очевидно, поэтому ее открытость любой возможности внести в ведущие процессы гуманные черты не раз себя оправдывала. Я помню несколько эпизодов, когда она одним своим поведением и обликом вызывала содружественную ответную реакцию у людей совсем другой складки и положения. Вышедшие недавно три тома, посвященные ее деятельности, — своевременный пример новому поколению нашей молодежи.

Алексеева Л. М., Голдберг Пол. Поколение оттепели. Алексеева Л. М. История инакомыслия в СССР. Голдберг Пол. Заключительный акт.

Ю. С.

Юбилей Российского исследовательского центра по правам человека¹

9 декабря 2022 г. отмечался 30-летний юбилей одной из старейших правозащитных организаций в России, объединившей в свое время 15 правозащитных организаций разной направленности: от Московской Хельсинкской группы и Союза комитетов солдатских матерей России, до Центра содействия реформе уголовного правосудия, Независимой психиатрической ассоциации и Организации помощи инвалидам. Центр был создан в 1990 г., но зарегистрирован

только в 1992, и назывался тогда Московским исследовательским центром по правам человека. В те годы «торжества демократии» он был признан властями и получил помещение рядом со Старой площадью в комплексе изданий, которые занимал ВЛКСМ.

Одним из инициаторов и организаторов Центра был известный правозащитник и бывший политзаключенный Алексей Смирнов. Он родился в Москве в 1951 г., а в 1952 г. его отец был арестован и отправлен в лагерь на Дальнем Востоке. Воспитывался в семье деда, писателя А. Е. Костерина, колымского политзаключённого 1930-х годов, а в 1960-х — защитника крымских татар, — деятельность, которую продолжил П. Григорен-

¹ По требованию Минюста в 2015 г. внесен в реестр организаций, выполняющих функции иностранного агента.

Хроника

ко. В 1979 г. окончил Мосстанкин, готовил материалы для «Хроники текущих событий», в 1970 г. осужден по ст. 70¹ на 6 лет ИТЛ и 4 года ссылки, в 1987 г. реабилитирован, снова в правозащитной деятельности, участвовал в организации первых международных правозащитных конференций в Москве и Вильнюсе, а с 1990 по 1998 гг. был директором Московского исследовательского центра по правам человека, получившего тогда международную награду «За демократию и права человека».

В Центре работала Общественная приемная, куда стекались обиженные властью граждане со всей страны, где они впервые встречали сочувствие к своим бедам, человеческое отношение и реальную помощь. Разнообразие групп Центра позволяло оказать помощь практически по любому вопросу, группы Центра консультировали граждан, писали обращения в органы государственной власти, заявления в суд и прокуратуру, юристы Центра защищали интересы граждан в суде. Центр установил конструктивные отношения с региональными правозащитными организациями, которые тогда росли как грибы, но не имели никакого опыта в правозащитной работе. Группа «Информационная правозащитная сеть», закупив при финансовой поддержке иностранных грантов компьютеры, ксероксы и другую оргтехнику, посетила многие регионы страны и научила местных активистов пользоваться уже забытыми сейчас факсами, ксероксами и электронной почтой. Члены Центра взаимодействовали со многими государственными структурами, были членами Общественных Советов при Министерстве Обороны, МВД, ФСИН и т.п., активно занимались законотворческой деятельностью, издавали правозащитную литературу, участвовали в международном правозащитном движении. Союз комитетов солдатских матерей номинировался на Нобелевскую премию мира и получил альтернативную ей премию Фритьефа Нансена. Это было время, когда нас рассматривали как представителей гражданско-

го общества и обязательно приглашали на обсуждение важных вопросов, касающихся соблюдения прав человека, в частности, в Совет Федерации. Членов НПА приглашали на экспертные комиссии в Центр им. В. П. Сербского, и это, как правило, было на пользу и всем членам комиссии и подэкспертным.

С 1998 г. по 2005 г. директором Центра была Любовь Виноградова, одновременно исполнявшая обязанности исполнительного директора НПА России. В это время Центр прошел перерегистрацию, получил всероссийский статус и стал называться Российским исследовательским центром по правам человека. Каждая организация работала по своим проектам, но была и общая деятельность, общие проекты, объединявшие все группы Центра.

Сколько воды утекло с того времени! Как изменилась ситуация в стране, как сократилось пространство для работы правозащитников, сколько появилось так называемых ГОНГО (общественных организаций, созданных и контролируемых государством) и как осложнилось взаимодействие с органами государственный власти у настоящих правозащитников; появились иностранные агенты, нежелательнее организаций и т.д. В 2015 г. Российский исследовательский центр по правам человека сам был признан иностранным агентом, что мы расценили как признание значимости нашей работы.

Сейчас Центр объединяет 8 правозащитных организаций: некоторые перестали существовать, другие выбрали иной путь развития, но Центр сохранил часть своего помещения, по-прежнему работает, и наличие в нем разных организаций позволяет решать трудные проблемы, связанные с нарушением прав человека в разных областях одновременно. Жалобы на нарушения в области психиатрии при этом не уменьшаются, становятся более сложными и требуют более высокой квалификации, как психиатров, так и юристов.

Демографическая ситуация

Согласно последним данным экономистов Гарвардского университета Дэвида Блумакера и Лео Закера, по запросу Международного валютного фонда, опубликованного на его сайте, основным новым трендом в отношении населения становится не его быстрый рост, а старение: наряду с повсеместным сокращением рождаемости повысилась продолжительность жизни. Это приведет уже в ближайшее время к сокращению работоспособного населения и увеличению на-

грузки на здравоохранение и пенсионную систему. Высокую актуальность приобретают в связи с этим проблемы увеличения возраста выхода на пенсию и переобучения, а также отмена ограничений на миграцию. Отсюда первостепенное значение геронтопсихиатрии, проблемы разнообразных форм деменции и депрессий. То и другое профилактируется активной адекватно подобранной деятельностью.

ВОСПОМИНАНИЯ

К 60-летию моей профессиональной деятельности¹ (часть 6)

Ю. С. Савенко

В Институте судебной психиатрии им. В. П. Сербского

Первый год пятилетней работы в Институте судебной психиатрии прошел в психологической лаборатории Института, заведующая которой Нина Николаевна Станишевская встретила меня душевно и во всем шла навстречу. Этому не помешала моя критика ее, совместной с В. В. Гульданом, статьи о тесте Роршаха, а было естественным для ее доброжелательной открытой натуры. Директор Института акад. Г. В. Морозов сразу предупредил меня, что не сможет предложить мне заведование каким-либо подразделением, так как все давно обещано другим. Я же просил только о возможности развивать собственную проблематику.

В Институте я не мог не почувствовать, что моя история известна, вызывает сочувствие и уважение. Не ориентируясь в сложившихся в Институте правилах, я как-то случайно зашел в IV отделение Д. Р. Лунца, но понял свою незадачливость только по удивленным взглядам. Я отдавал себе отчет, что спрятался по тем временам в осиное гнездо, но в мои обязанности входило экспериментально-психологическое исследование направляемых в лабораторию подэкспертных. Исследование находившихся в IV отделении было прерогативой заведующей лаборатории. В те годы дискутировалась проблема, нужно ли лечить подэкспертных. Нина Николаевна внесла значительный вклад в исследование симуляции психических расстройств, а — главное — в становление комплексной психолого-психиатрической судебной экспертизы, присвоенное позднее И. А. Кудрявцевым, даже не ссылающимся на апробации своей диссертации на фундаментальный текст и материалы Н. Н. — Мое выступление по этому поводу было проигнорировано. Защитить докторскую ей по тогдашним обычновениям было «не по чину». Общая ат-

мосфера была здесь разительно другой, не такой свободной, непринужденной, как в Московском институте психиатрии, где ценили творческие достижения. Тут все было значительно формальнее, сотрудники вели себя сдержаннее, даже отчужденнее друг от друга. Это особенно чувствовалось у Н. Н. Иванца. Я неосмотрительно предлагал и ему ксерокопии профессиональной литературы, хотя проблемой был сам факт ксерокопирования. Он заведовал алкогольным отделением, где лечились высокие номенклатурные чины, вплоть до приветливого брата генерального секретаря партии, который по утрам прохаживался по небольшому внутреннему дворику внутри городских многоэтажек, которыми был зажат Институт.

Прямо напротив Института выразительным символическим контрастом располагался особняк, где родился Петр Алексеевич Кропоткин, в 20-е годы — музей его и Михаила Бакунина, переданный к этому времени Палестинскому представительству с вывшенным над входом портретом Ясира Арафата. Кропоткинский переулок упирался в дом, где жили в прошлом А. Н. и Н. А. Бернштейны, и особняк выдающегося скульптора Анны Голубкиной, еще сохранившийся в качестве дома-музея. И в самом Институте было немало контрастов. Так, у меня сложились неформальные отношения с сотрудником отделения Д. Р. Лунца Яковом Лазаревичем Ландау, что обеспечило впоследствии нам его откровенное интервью польским кинодокументалистам. Наиболее активно ко мне обращался зав. отделением реабилитации В. М. Шумаков, но дружеские отношения сложились с его сотрудником Борисом Кравцовым, поразительно талантливым самобытным человеком, уникальным специалистом в области медитативных практик. Он поражал грандиозной имитацией речей Гитлера, демонстрируя их воздействие отнюдь не сдержанием.

Мои профессиональные навыки обогатились спецификой судебной психиатрии. Я помог не-

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

скольким диссидентам, но особенно основательно одной — по просьбе самого Г. В. Морозова. На выступлении в Институте Павла Васильевича Симонова о его концепции эмоций, я задал ему развернутый вопрос, показывавший неспецифичность для эмоций его наивной формулы, что очевидным образом поставило его в тупик. Несколько раз по старой привычке я обращался к директору с предложением разработки различных актуальных проблем через голову его зама А. К. Качаева, который даже пожаловался ему на это. Бесцеремонный с сотрудниками, он был не-приятно угодливым с Г. В. и Э. А. Костандовым. Как-то он поручил нам с Н. Н. написать текст о тесте Роршаха для высокопоставленного лица, но подписал его единолично. Между тем, у меня был стажер из Звёздного городка, которого я обучал тесту Роршаха, за что получил официальную благодарность от его начальства, похороненную Качаевым. Еще одним стажером (повторным) был в прошлом главный врач Новосибирской ПБ д-р Вечерский, деятельный энтузиаст тестологии. Мне пришлось требовать извинений за грубость обращения с ним в канцелярии Института.

Тесту Роршаха я обязан признанию замечательного клинициста Н. Г. Шумского, до этого сотрудника ЭА. Штернберга, оказавшегося в Институте после сходной ситуации с Г. А. Ротштейном, вынудившей его перебраться в Ригу. В Институте Николай Георгиевич написал учебник по психиатрии для среднего медперсонала в соавторстве с Г. В. Морозовым, который предоставил ему написание большинства работ по психиатрии в БМЭ. Этот учебник оказался более удачным, чем вузовские. Н. Г. явился ко мне в лабораторию с предложением провести тест Роршаха ему, и я тут же, с таким же, как у него, азартом, показал ему и процесс расшифровки, и само заключение. Оно настолько удовлетворило его, что с тех пор он не только привечал меня, но организовал мою публикацию о тесте Роршаха в БМЭ. В Институте я сблизился с бывавшим там зав. редакции философии БМЭ Н. М. Ландой. В те времена такие специалисты помогали написать исторические и концептуальные главы диссертаций по добросовестно собранным эмпирическим материалам, а не сфальсифицированным как в наше время. При мне в Институте случилось крупное ЧП: учений секретарь Г. В. — Юрий Новиков — во время их совместной поездки в Финляндию исчез во время просмотра фильма. Много лет спустя я встречался с ним на съезде WPA в Гамбурге, где он, уже профессор, читал лекции, о которых высоко отзывались

немецкие коллеги. Г. В. удалось, как говорили, уладить скандал со спецслужбами ценой гарантий места зав.психологической лаборатории их земляку.

С неизменной симпатией вспоминаю Н. М. Асатиани и ее дочь, Киру Львовну Иммерман, семейство Герасимовых и Шостаковичей и др. Мрачной славой Институт обязан ГУ отделению и не составлявшим большинства руководящим кадрам. Б. В. Шостаковичу удалось дать живой объективный портрет Д. Р. Лунца, помещенный в третьем томе «Истории отечественной психиатрии» Ю. А. Александровского.

В этот период я оказался в забавной ситуации: в коммунальной квартире, где я снимал комнату, ко мне внезапно вошли угрожающего вида санитары скорой психиатрической помощи и возглавлявший их близко знакомый мне коллега в белом халате с добрым лицом Бабеля официально холодно потребовал не сопротивляться обыску, и сам произвел его. За платяным шкафом, где я хранил свою библиотеку и под кроватью в поисках своей жены. Я, в недоумении умиротворяюще-укоряющем тоне безуспешно пытался разубедить его в нелепости этой процедуры. Чтобы читатели сразу не ставили ему диагноз, следует сказать, что единственным реальным основанием его подозрений в отношении его талантливой жены, матери двух тогда совсем маленьких детей, было ее посвящение мне нескольких сказок.

На моей памяти несколько ярких и более драматических историй такого рода, где я был уже в подобающей мне роли. В другой раз ранним утром меня разбудили два возбужденных визитера: мой давнишний знакомый изобретатель привел художника, который тут же показал якобы только что нарисованный с натуры крупный портрет во весь рост марсианина, потом растиражированный...

Спустя год я был переведен на базу Института в 12-ой ПБ в Покровско-Глебово помощником патриарха психотерапии проф. Марка Самуиловича Лебединского на место почившего замечательного человека, Юрия Константиновича Тарасова, с которого началась моя московская профессиональная жизнь. Это была небольшая группа, куда входил очень способные клиницисты Цетлин и Валуева, близкая знаменитому философу, автору многотомной истории античной эстетики А. Ф. Лосеву, и довольно ограниченный гипнолог. Основной научно-практической проблематикой была аутогенная тренировка, первую диссертацию о которой защитила заведующая отделением, на базе которой располагалась

наша группа, Бортник. В корпусе напротив располагалась первая кафедра психотерапии ЦИУ проф. В. Е. Рожнова, незадолго до этого зам. по науке Института судебной психиатрии. Рожнов был известен своим эмоционально-стрессовым гипнозом, идеей «советского психоанализа», в чем ему первоначально помогал Ф. В. Бассин, и красноречием, которое однажды на моей памяти послужило обратному эффекту — его захлопали. Здесь, на ежемесячных конференциях я впервые познакомился с Марком Евгеньевичем Бурно, защищая его выступление о йога-терапии от идеологической критики члена партбюро, а также был свидетелем поучительного примера высокого уровня психотерапевтического отношения к коллегам. Его преподал замечательный психотерапевт Александр Сергеевич Мейснер, когда нейтрализовал выступление широко известного гипнолога В. Л. Райкова, высмеявшего использование с психотерапевтической целью музыкального отрывка, в котором опознал известный ему депрессивный подтекст. Важные уроки преподносили нам своим поведением пациентки отделения, среди которых были незаурядные таланты разного рода. Незабываема обаятельная главный врач больницы Амалия Семеновна Каландришвили, при которой все процветало. Этот исторический центр отечественной психотерапии, связанный с именами Юрия Владимировича Каннабиха и Семена Исидоровича Консторума, был недавно ликвидирован в ходе реформы оптимизации. На ежедневных утренних обходах, а потом разборах больных мы сидели вокруг очередной больной, слушая ее рассказ, иной раз непроизвольно вслед за шефом с закрытыми глазами, в атмосфере взаимного успокоения. Мне, как писавшему коллективные научные статьи, запомнилась доходящая до гротеска требовательность Марка Самуиловича, требовательность к каждому слову, каждой фразе, каждому положению. В результате одну из таких работ, я переписывал почти 10 раз, вернувшись к исходному тексту. М. С. обладал маститой внешностью типа Жана Пиаже и соответствующими манерами, которые тем более острым контрастом обжигала услужливость в приемной директора. Но это был след эпохи Большого террора. Когда я сопровождал его на конференции в Харькове, он подвергся демонстративной отчужденности за свое прежнее поведение, в частности, с А. Р. Лурия, о чем сам рассказывал.

В этот период в Московском НИИ психиатрии возник острый конфликт между А. Г. Амбрумовой и А. А. Портновым. Была даже организована представительная комиссия, в которой был

и Ю. Ф. Поляков, как парторг академического Института психиатрии. Когда меня вызвали рассказать жестокую историю своего изгнания из Института, председательствующая оборвала меня — «мы все это знаем». Единственное, что мне удалось, — и что удавалось потом — это попугать номенклатурщиков среднего уровня. В данном случае, В. М. Каменскую, которой я сказал, что ведь не случайно меня вызвали. Она ходила взад и вперед по коридору, причитая: «Бедный Толя, бедный Толя». К этому времени Портнов «наломал столько дров», что все ожидали его отставки. Но их помирили, желая замять скандал, а Амбрумова бросила своих сторонников, среди которых был Б. М. Гехт, с которым я познакомился, присутствуя на его консультации моего отца. Драматическая ситуация, отравившая его последние два года, состояла в неожиданно возникшей быстрой истощаемости громкости речи, что пресекло лекции, которые пришлось передать его доценту Петру Власовичу Волошину, вскоре занявшему его кафедру, а потом ставшему директором Харьковского психоневрологического института и председателем Общества невропатологов и психиатров Украины. Это была локальная форма миастении, которая несколько последних лет настигла и меня.

Помимо разработки различных вариаций аутогенной тренировки, различием психотерапевтических подходов к больным с граничными субдепрессивными и тревожными состояниями, я помогал в подготовке диссертационной работы сотрудника отделения Островского, который использовал в процессе психотерапии закись азота. К стыду нашей власти, этот идеальный природовспоможении и в малой хирургии анестетик не используется до сих пор. Дело в том, что в общей популяции половине женщин помогал «советский способ обезболивания родов»: надо было непрерывно повторять за врачом «мне не больно, мне не больно».

Я не оставлял свою основную научную тематику и подготовил методическое письмо «Скрытые депрессии и их диагностика», поддержанное отзывом А. Б. Смулевича и Э. Б. Дубницкой. Помню, некоторое недоумение главного психиатра союзного Минздрава А. А. Чуркина: «Вы понимаете, что лишаетесь авторского права?». Но я исходил из других соображений и приоритетов.

По неискоренимой собственной наивности я подал однажды, наряду с научным отчетом о годовой деятельности, незапланированную объемистую работу о подборе с помощью Тематического апперцептивного теста (ТАТ) больных с хроническим запойным алкоголизмом в микро-

группы взаимопомощи, которым это с достаточной вероятностью помогло бы. Майя Захаровна Дукаревич разрешила мне использовать ее обширный уникальный эмпирический материал для анализа его с помощью разработанной мной интерпретационной схемы, опирающейся на идеи знаменитой работы П. А. Кропоткина о взаимопомощи. Но практически важные перспективы, открывавшиеся этой работой, столкнулись с более основательным в этом учреждении обстоятельством: я вторгся в тематическую территорию А. К. Качаева без его ведома и участия. Когда спустя некоторое время я столкнулся в Институте с пришедшим к Качаеву Леоном Лазаревичем Рохлиным, и он, затащив меня в его кабинет, начал в непомерно гиперболических выражениях превозносить меня, я похолодел, понимая, к чему это приведет по имеющемуся со студенческих лет опыту. И, действительно, мрачный, свинцово-тяжелый взгляд Качаева медленно опустился на меня как глыба льда.

В этот период, спустя 12 лет изнурительных попыток, я получил заветное разрешение вступить в кооператив в Москве. Это разрешение — величайшая редкость — изумило тогда всех, кому я его показывал, и было делом незаметных бескорыстных людей.

Но эта радость вскоре была опрокинута, перечеркнута, превратилась в нечто жгучее, язвящее... Вскоре последовали гибель Нины, отца, диссертации, изгнание из Института.

В яркий солнечный воскресный день мы шли с Ниной под руку к мастеру, которому заказали книжные полки. Как вдруг сзади в нас врезался выехавший на тротуар грузовик. Вначале я этого не понял. Помню только чувство какой-то забавной веселости, пока был в воздухе. Но когда упал на землю... увидел, что она раздавлена, не поверили. Это было у ворот больницы на проезде Шмита. Я не впился, не терзал маленького спившегося водителя. Неся тело в приемный покой, надеялся... Но мне выдали только сверток одежды, все, что осталось. С ним я вернулся в комнату, которую мы снимали в угловом доме Гоголевского бульвара с Кропотинской улицей над когда-то Филипповской булочкой. В Институте мне по-доброму, но неграмотно, предложили недели три побывать дома, вместо того, чтобы завалить ответственными поручениями, и я провалился в депрессию, но не сразу. Похороны, на которые пришла вся кафедра немецкого языка, где Нина преподавала, судебный процесс над шофером, для которого Нина была, как оказалось, не первой жертвой, ничто не могло помешать мне надеяться, что этого не было, это не реальность.

Сколько раз я мчался по улице, увидев — казалось — знакомую фигуру. Как сакрализовалось все, что было с ней связано, сопричастно, не только вещи, я ездил за город взглянуть на аудиторию, где она преподавала... Потрясением было также, что по праву судебно-медицинского дела ее внутренности и в них плод мальчика, который только мог утешить горе от гибели первого ребенка, были помещены в музей кафедры и я — всегда во всем сверхзастенчивый и замкнутый — стоял перед этой банкой как сам выпотрошенный наизнанку.

И другой удар. Кооператив уже был построен и только начал заселяться, требовалось оформление, — а мое разрешение было только на двоих. О гибели Нины в кооперативе тотчас узнали — среди его членов оказался профессор из Института, где она преподавала. И председатель кооператива тотчас продал эту квартиру. Чтобы спасти обрушение десятилетних мытарств, требовалось в двухнедельный срок принести разрешение, что для всех выглядело совершенно нереальным. Но удалось противной ценой.

После этого я и провалился в депрессию. Помню, как не в состоянии ничего есть, лежал носом к стенке без сна и без каких-либо желаний, а за окном, на Гоголевском бульваре, ночь напролет не утихал гомон огромной очереди в Пушкинский музей, куда привезли «Мону Лизу», и где раньше я был бы в первых рядах. Мучительное чувство виновности преследует до сих пор, а тогда переживал как кощунство мысль о средствах, смягчающих эту боль. Лучшим лекарством спустя некоторое время послужило включение в группу запрещенного тогда каратэ. Ее организовал вернувшийся из двухлетней командировки в Бирму аспирант Института Востока Герман Попов², который изучал там жизнь крестьянской общины, регулярно посещая в буддийском храме уроки этой борьбы. Это была группа из намеренно детренированных шести пар. Самыми пожилыми в ней были я и известный сексолог Георгий Степанович Васильченко, на 10 лет меня старше, необычайно горячий человек. Мы составили самостоятельную пару. Эффект во всех отношениях превзошел все ожидания. С тех пор каратэ, как и другие естественные занятия, превосходят для меня многие искусственные психотерапевтические методики. Лето я провел с родителями на Шацких озерах, на обратном пути с которых через Киев последовала смерть отца. Из-за куп-

² Впоследствии руководитель таких занятий в армии и автор соответствующего руководства.

ленного мной на Крещатике супругуни у него возник приступ панкреатита. Отсутствие в больнице контрикала (я достал его поздно) и пеногасителей было роковым. Судя по поведению медиков, они боялись иска за недобросовестное лечение, словно я бы не оплатил своевременно использование самых дорогих средств. Но худшее произошло, и мне было на все наплевать. Я не буду, да и не могу, описывать страшные для меня подробности.

А спустя год мне цинично зарезали утверждение докторской диссертации. Г. В. Морозов, уже председатель Правления Общества невропатологов и психиатров, обещал мне, даже гарантировал, что проследит за благополучным решением ВАКа, так как после второго рассмотрения, несмотря на высоко положительные отзывы В. М. Банщикова и Л. Л. Рохлина (с его слов), работа была послана на третье рассмотрение, на котором проф. В. П. Белов, нездолго до этого уволенный с поста директора ЦИЭТИНа, и пригретый Г. В. Морозовым, дал решительно отрицательный отзыв, как работе «о том, что и так известно». Я долго не мог осознать, что для Г. В. стал обузой и бросился к нему. Он, в своей обычной сверхдоброжелательной славной манере снова обещал помочь, но последующее поведение чиновниц ВАКа, настоятельно убеждавших меня, что «работа слабая», настолько возмутило, что я в сердцах отозвал ее, чтобы не фигурировать в списке отклоненных диссертаций, но так и не захотел узнать, кто дал отрицательный отзыв на первом рассмотрении, что мне предлагали. Хотя я в достаточной мере понимал кухню закулисья, но это был очень-очень болезненный удар, с которым я никогда не мог примириться.

Мне требовался, и настоятельно, близкий друг, семья. Но с возрастом растет страх ошибиться. После нескольких неудачных попыток,

одну из которых оборвало то, что автобус, в котором я ехал на решительное свидание, проехал мимо места, где погибла Нина. Естественным образом вышло, что я остановился на своей ученице по тесту Роршаха, которую привел ко мне ее шеф Лев Павлович Латаш. Обоюдное решение произошло во время 300-километрового конного похода по горному Алтаю к Каракольским озерам, а потом Телецкому озеру. Вел себя как мальчишка, впервые прыгая с 10-метрового трамплина. Грандиозная красота природы, незабываемый с детства аромат хлеба из русской печи и родственно чувствующее и солидарное в главном существо рядом, запечатлелись вместе. С этого времени я остался с отросшей в походе бородой, обрел силы и, когда в конце 1979 года на высоте чисток узнал, что меня в числе десятка неудобных сотрудников увольняют из Института, воспринял это боевым образом, сообщив это жене — Любови Николаевне Виноградовой, — и сказал: «Все, уезжаем из этой страны».

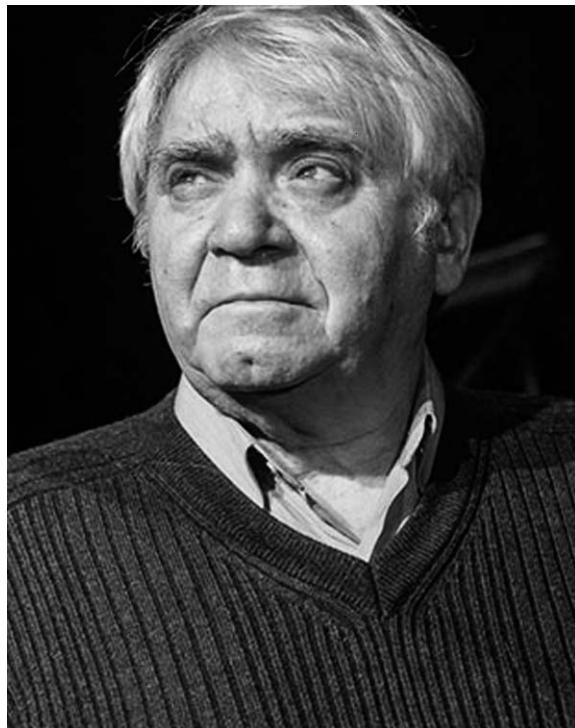
А в некоторых подробностях дело было так. Довольно быстро выяснилось, что увольнение осуществлялось по отмашке сверху на пике политических репрессий того времени (1979 г.) и было юридически безграмотным: всем нам отказали выдать приказ об увольнении, чтобы его нельзя было оспорить в суде, и начали проводить положенные процедуры. Когда меня вызвали на профсоюзное собрание, все были смущены несобразностью увольнения, так как я был на редкость успешен. Тогда Качаев сказал: «Вы, наверное, думаете, что Ваши работы чего-то стоят?», и тут я не сдержался: «С такими людьми, как Вы, я не хотел бы работать». Сочувствующий мне председатель только развел руками. Тяжелая для всех проблема исчезла.

Продолжение следует

ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ТВОРЧЕСТВО

Александр Гельман

Стихи из сборника «После всего» (2018)



Александр (Шуня) Исаакович Гельман (1933 г.р., Дондюшаны, Бессарабия, Королевство Румыния) — драматург, сценарист, публицист, общественный и политический деятель.

В начале войны семья была депортирована в бершадское гетто в Транснистрии, где погибла его мать. Младший брат и бабушка писателя погибли по пути в гетто в ходе так называемого марша смерти; в итоге из 14 депортированных членов его семьи до освобождения дожили только он и его отец.

Окончил профтехшколу в Черновцах, работал на фабрике во Львове, закончил Львовское военно-политическое училище, 6 лет служил в армии в звании ст. лейтенанта береговой обороны Черноморского флота в Севастополе, затем узла связи Камчатской военной флотилии. С 1960 года жил в Кишинёве, работал на заводе, заочно учился в Кишинёвском университете. С 1964 года работал в Киришах диспетчером на строительстве нефтеперерабатывающего заво-

да, в 1966 году переехал в Ленинград. С 1966 по 1970 год работал корреспондентом ленинградских газет. С 1970-го года член Союза ленинградских драматургов. В 1978 г. переехал в Москву.

Публиковать рассказы и очерки начал с конца 1950-х годов во время службы на Камчатке, а с 1970 г. сценарии в соавторстве со своей женой Татьяной Калецкой. Известность принёс фильм «Премия» (1974 г.), который был переработан в пьесу «Протокол одного заседания», поставленную в 1975 году Г. Товstonоговым в БДТ и, под названием «Заседание парткома» — О. Ефремовым во МХАТе. В середине 1970-х годов ефремовский МХАТ поставил шесть злободневных «пьес-притч о механике советской жизни». Пьесы Гельмана ставили театры более чем тридцати стран.

В годы перестройки вернулся в журналистику, вёл рубрику в журнале «Искусство кино», был политическим обозревателем газеты «Московские новости». Автор трех сборников стихов:

«Последнее будущее», «Костили и крылья», «И после всего» и нескольких книг эссеистики. В 2015 году — лауреат Национальной литературной премии «Поэт года». Почётный доктор гуманитарных наук университета Пепердайн (Калифорния, США).

На XXVIII Съезде КПСС в июле 1990 года избран членом ЦК КПСС. В 1989 году избран народным депутатом Верховного Совета СССР от Союза кинематографистов СССР, входил в Межрегиональную депутатскую группу. Вышел из партии в 1990 году.

В октябре 1993 года подписал «Письмо сорока двух», в 2001 г. — письмо в защиту телеканала НТВ, в 2003 г. — против войны в Чечне, в марте 2014 г. письмо КиноСоюза своим коллегам с Украиной, поддерживающее Евромайдан и осуждающее возможную российскую военную операцию

на Украине. В мае 2018 г. присоединился к заявлению российских литераторов в защиту украинского режиссёра Олега Сенцова, в марте 2020 г. к обращению против принятия поправок к Конституции РФ. В сентябре 2020 г. выступил в поддержку протестных акций в Белоруссии.

Сын от первого брака — галерист Марат Гельман, от второго — сценарист Павел Гельман.

От редактора. Нам было очень трудно выбрать приведенные здесь стихи, весь сборник — это не бесмысленные обличия нашей действительности, а мучительное, задавливаемо-незадавленное, тонко схваченное страдание огромной силы. Этот сплошной монолог с самим собой — великие стихи, точно найденная форма передачи непосредственных переживаний.

Шестидесятники

* * *

Мы дышали свободой,
Которой не было,
Она врываилась в нашу грудь
Из глубин своего отсутствия,
Завораживала,
Мы никогда не забудем ее,
Недосягаемую,
Неистребимую.
Зло творило добро,
Другого добра мы не знали.
Кто вышел из этого пекла живым,
Глядит на себя и плачет.

* * *

Вот идет человек,
Он ни разу в жизни не подумал о том,
О чем я думаю каждый день,
Он всю жизнь всеми силами
Стремился стать таким,
Каким я пуще смерти боялся стать.
Господи, как ты можешь
Не мешать нам
До такой степени отличаться друг от друга,
Что нам не жалко друг друга убивать?

* * *

Пронизать землю насквозь,
Выйти на обратной стороне
Крикнуть: «Доброе утро, эй!» —
И вернуться обратно, где ночь.

Обожая, когда внешне ничего не меняется,
Чтобы стол не сдвигался, тем более — диван,
Чтобы вещи носились до достойной
изношенности;
Никуда не переезжать, ничего не переставлять,
Пусть лежит, как лежало,
Стоит, как стояло,
Пусть крутится, как крутилось,
Пусть не крутится, как не крутилось,
Никаких перемен, замри все вокруг!
А в это время в душе происходит революция:
Все ломается, выворачивается наизнанку,
рушится —

Ты уже совершенно другой человек,
Но об этом никто не догадывается:
Походка та же, усмешка та же,
По-прежнему внимательно рассматриваешь дам,
По-прежнему всегда готов принять сто грамм —
Моя любимая хитрость,
Мой любимый обман.

* * *

После исповеди,
После вывернутой, как карман наизнанку,
душни, —

Пустота.
Ты таскал в себе грех свой,
Многосложность причин,
Дождь/ветер случайностей,
Сгусток немочей колебал тебя
Из стороны в сторону —
Ничего не осталось,

Душа — порожняя бочка,
Барабан.

* * *

Сокровенный смысл нашей жизни
Никто не знает,
Может быть, никакой —
Что-то Всевышнему померещилось,
И мы возникли,
Оплошность воображения воплотилась —
Ни для чего,
Ни для кого.

* * *

То, что могло родиться, но не родилось,
Стонет, мечется, рвет на себе воздух —
Невоплощенное бессмертно.

Человек-колесо

Грех беспечности
Всёравновости —
Куда катится — туда катимся,
Где завалимся — там лежим,
А поднимут — вновь покатимся,
Запоем!
О, счастливый, кругло-ясный
Человек-колесо!

* * *

Я говорил им: черное — это белое,
И они мне верили,
Хотя видели, что черное, не белое.
Больше всего на свете
Они боялись, что я их не обману,
Вдруг возьму и скажу: черное — это черное,
Но я их не подвел.

* * *

Совсем отказаться душить друг друга?
Это невозможно,
Об этом не надо даже мечтать.
Душите, только не обязательно до конца,
Душите, потом целуйте шею,
Которую сжимали железными пальцами.
Это по-царски, по-русски!

Недозадушенные
Обожают своих душителей.

* * *

Выдумай себе будущее —
Кто может тебе помешать?
Уверенность, что его не будет?
А что такая уверенность?
Возьми себе другую, любую уверенность —
Все они одинаковые.

* * *

По краю пропасти я долго шел,
Во сне свалился,
На яву дошел.

* * *

Проклятая привычка жизни — исчезать,
Поворачиваться в несуществующую сторону,
Отказываться от себя,
Названиям конца жизни нет конца:
Упал, умолк, угас,
Охваченный ушедшим,
Ушел,
у-у, у-у,
у-у, у-у.

* * *

Господи, пусть то, каким явижу будущее,
Не сбудется,
Пусть высмеют, выхващут мои предсказания,
Пусть покроют несмыываемым позором
Мои попытки прослыть Ноstrадамусом
Зловещих планетарных трагедий.
Я готов принять любую кару,
Самое дикое осуждение.
Сочту заслуженным.
Пусть мою душу швырнут в ад —
Лишь бы только не сбылось то,
Что я считаю неизбежным/неминуемым.

* * *

О, влюбленные в собственную решимость —
Во времена, когда без чувства меры
Можно накликать бедствия неизбывные,
Будьте прокляты!

РЕКОМЕНДАЦИИ

Ясперс Карл. Вопрос виновности. О политической ответственности Германии (1946). М., 2023.

Маймон Соломон. Философский словарь (1791). СПб, 2022.

Шелер Макс. К феномену трагического. О смысле страдания. М.-СПб., 2022.

Штернхель Зеев и др. Рождение фашистской идеологии. СПб., 2022.

* * *

Хэд Генри. Афазия и родственные нарушения речи. (пер. Татьяны Визель). М., 2021.

Моно Жак. Случайность и необходимость. М., 2022.

Богданов А. А. Тектология. Всеобщая организационная наука. М., 2019.

Флигетин Нил, Макадам Даг. Теория полей. М., 2022.

Киссинджер Генри, Шмидт Эрик, Хаттен Локер. Искусственный разум и новая эра человечества. М., 2022.

Чиверс Том, Чиверс Дэвид. Цифры врут. Как не дать статистике обмануть себя. М., 2022.

Рейдер Оливер. Семь главных игр в истории человечества. М., 2022.

Брук-Хитчинг Эдвард. Подбрасывание лисиц и другие забытые и опасные виды спорта. М., 2022.

* * *

Франкл Виктор. То, чего нет в моих книгах. Воспоминания. М., 2022.

Соловей Мануил. Врач и талмудист в советскую эпоху. М., 2022 (включены воспоминания об уничтожении Ерейского Антифашистского Комитета и уникальная иконография)

Паркер Ион, Павон-Куэльяр Давид. Психоанализ и эволюция. Критическая психология для освободительных движений. М., 2021.

Лангмайер Йозеф, Матейчик Зденек. Психологическая депривация в детском возрасте. М., 2022.

Дойт Эндрью. Momento mori. История человеческих достижений в борьбе с неизбежным. М., 2022.

* * *

Гомбриг Эрнест. Маленькая Всемирная история. М., 2022. (Книга великого историка искусства об истории человечества от каменного до атомного века для детей, интересная и для взрослых).

Моруа Андре. История Соединенных Штатов Америки. М., 2022.

Коззенс Питер. И будет рыдать земля. Как у индейцев отняли Америку. М., 2022.

Харднелл Джек. Голое средневековье. Жизнь, смерть и искусство в Средние века. М., 2022.

Тахер Шон. Евнухи Византии. М., 2022.

Икс Йохан. БЮРО. Пий XII и евреи: секретное досье Ватикана. М., 2022.

Пауэр-Штудер Г., Веллерман Д. Конрад Морген. Совесть нацистского судьи. М., 2023

Бар-Захар Михаэль, Мишаль Ниссим. Моссад. Самые яркие и дерзкие операции израильской секретной службы. М., 2022.

Борнштетт Рубин. Афганистан. Что нужно знать каждому. М., 2022.

* * *

Бакунин М. А. Бунт – дело правое. Записки русского анархиста. М., 2022.

Подрабинек Александр. Третья жизнь. М., 2022.

* * *

Давид Сасунский. Армянский эпос в пересказе Сергея Махотина. СПб., 2022.

Гессе Герман. Магия книги. СПБ., 2022.

Зазубрин Владимир. Щепка. М., 2022.

ABSTRACTS

Continual approach in diagnostic and systematic of mental disorders

V. I. Krylov (St. Petersburg)

In clinical psychiatry, the concept of continuum is used when considering various groups of mental disorders. The construction of a continuum can be based on phenomenological and psychopathological principles. In the first case, the components of the continuum are mental phenomena without their subsequent psychopathological qualification. The basis of the psychopathological continuum can be based on such signs as the degree of severity, stability and reversibility, the prognostic value of symptoms. The use of a continuum approach in clinical psychiatry allows us to obtain new data on the psychopathological features and pathogenetic mechanisms of mental disorders, the development of differentiated therapeutic tactics.

Keywords: general psychopathology, phenomenological continuum, psychopathological continuum.

Basic units of psychopathological analysis (symptom, symptom complex, syndrome)

V. I. Krylov (St. Petersburg)

The basic concepts of general psychopathology — symptom, symptom complex, syndrome are considered in the work. The synergistic and antagonistic relationships of symptoms in the structure of the syndrome are discussed. The necessity of distinguishing the concepts of symptom complex and syndrome is substantiated.

Keywords: symptom, symptom complex, syndrome.

Availability of psychological and psychotherapeutic assistance in the Republic of Belarus: illusions and reality

F. B. Plotkin, T. V. Korotkevich (Minsk, Belarus)

Some circumstances are indicated that cause a violation of personal functioning and interpersonal relations in the Republic of Belarus in recent times. Attention is drawn to the increase in the demand of the population for psychological and psychotherapeutic services. The features of the formation of the staff of the psychotherapeutic service in the Republic of Belarus are considered. The international standards in the training of psychotherapists and the statements of authoritative experts about the current state of affairs in this area in the post-Soviet space are given. The situation with the increase in the number of persons in the country who receive a diploma of a psychologist in a simplified form and provide unli-

censed psychological assistance to the population without any control from the professional community is analyzed. There are cautious doubts about the quality of such assistance. The circumstances of the choice of the medical profession are considered. Some personal characteristics of people who choose medicine as their profession, and especially spheres related to mental health, are characterized. The potential selection of candidates for the acquisition of the medical profession is mentioned.

Keywords: psychotherapy, psychology, choice of profession, vocation, personal characteristics, professional selection.

What is politics and what is politics in psychiatry

Yu. S. Savenko

The necessity is shown 1) of the political aspect of consideration of any problem, including psychopathological, and our own involvement in it in the process of syndromic qualification and decision-making; 2) adequate and accurate use of the categorical apparatus; 3) taking into account a wide range of the concept of the political up to the polar in meaning. Using the example of political economy, it is shown that its success was determined by the transition from the opposition of objective and «subjective» approaches instead of their specific interweaving with the transition to categories expressing the functional dependence of their meaning and constant consideration of the «figure-background» dynamic model. The most significant psychiatric problems in this aspect are formulated at different stages and levels.

Keywords: politics, psychiatry and politics, politicization, nationalization, military and civil regime.

The patient's right to compensation for moral harm in connection with the improper provision of psychiatric care

Yu. N. Argunova

The resolution of the Plenum of the Supreme Court of the Russian Federation dated November 15, 2022 No. 33 «On the practice of application by courts of the norms on compensation for moral harm» is considered in terms of clarifications regarding the rules for applying this type of civil liability in relation to medical organizations. It is indicated that the medical organization has the burden of proving not only the absence of its guilt in causing harm to the plaintiff, but also the legitimacy of the actions (inaction) that caused the occurrence of moral harm.

Keywords: patient's rights; compensation for non-pecuniary damage.

«НЕЗАВИСИМЫЙ ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ»

Индекс для подписчиков: 73291

- 1991, I:** Устав НПА — Антипсихиатрия сегодня — Индукция.
- 1992, I-II:** О предмете советской психиатрии — Проблемы бреда — Доклад комиссии WPA о визите в СССР в 1991 г.
- 1992, III-IV:** Дело генерала Петра Григоренко.
- 1993, I-II:** Интрацепция и ипохондрия — Проблема идентификации — Практика и техника психоанализа.
- 1993, III-IV:** Взгляд на amer. психиатрию XX в. — Границы sch.
- 1994, I:** Нелекарственная терапия психозов — Выбор приоритетов — Типология деперсонализации — Франц. законодат-во.
- 1994, II:** О бреде — Феноменология меланхолии.
- 1994, III:** Деят. НПА за 1989–1993 гг. — Ответствен. за незаконное стационирование — Врач. тайна — О школе Столбунова.
- 1994, IV:** Психоанализ в противоречиях — Биографический метод — Терапия смыслотраты.
- 1995, I:** Валотек. sch. — О диагн. — Мит. Антоний о мед. этике.
- 1995, II:** Об институциональной психотерапии — О границах психотерапии — Об этнопсихиатрии — Дело АУМ.
- 1995, III:** DSM-IV — Бенедетти о психотерапии шизофrenии — Психология свидетельских показаний.
- 1995, IV:** Гематол. психоонколог. — Психохирургия — Представительство интересов психич. б-ных — VII съезд НПА и XII съезд РОП.
- 1996, I:** Ясперс о бреде ревности (1) — Психиатрия и права человека — О мышлении по аналогии — Б-нь Гоголя.
- 1996, II:** Ясперс (2) — Психиатрия и гейрофизиология — Психиатрия в III Рейхе/ГДР и СССР/России — Обращение в Думу.
- 1996, III:** Ясперс (3) — Клинический разбор — Образ человека и мозг — Правовые казусы — О психоанализе.
- 1996, IV:** Ясперс (4) — Конгресс в Мадриде — Психиатрия и религия — Памятка для пациентов об их правах.
- 1997, I:** Интуиция в психиатрии — Новая парадигма. I — Спор.
- 1997, II:** Предложения к Закону — Метод идеальных типов — Новая парадигма. II — Психиатрический ГУЛАГ.
- 1997, III:** Сто лет психоанализа — Новая парадигма. III — Психиатрия и религия — Развитие испанск. психиатрии.
- 1997, IV:** Гуссерль и Ясперс — Новая парадигма. IV — Юбилей Бехтерева — Патографии Ленина и Хрущева.
- 1998, I:** Гуссерль и Ясперс — Новая парадигма. V — Законы о наркотиках — Экспертиза Бехтерева по делу Бейлиса.
- 1998, II:** Деят. НПА в 1997 г. — Разв. психиатрич. помощи в России — Этич. стандарты в психиатрии — Детская психиатрия.
- 1998, III:** Структура идентичности и психоз — О предмете социальной психиатрии — “Тирания психиатрии” и “тирания права” — Сорокин об ошибке русской интеллигенции.
- 1998, IV:** Конц. психопатол. диатеза — Полемика о борьбе с наркоманиями — Психиатрия и религия — Курт Гольдштейн.
- 1999, I:** Курт Шнейдер. Религиозная психопатология (1) — Психотерапия — Эксп. “Свид. Иеговы” — Басня о психотр. оружии.
- 1999, II:** Шнейдер (2) — Социальная психиатрия — Психотерапия — Всероссийский семинар к 10-летию НПА.
- 1999, III:** Шнейдер (3) — Тенд. рос. психиатрии — Экспертиза сайентологов — Психотер. sch. — Веро и культура.
- 1999, IV:** Кризис современной психиатрии — ЭЭГ при молитве и голодании — Психиатрия и религия — Дело Платона Обухова — Этика экспертизы — Принуд. леч. огранич. вмениемых.
- 2000, I:** Рилько — Об-ва родств. б-ных — Полемика — Проект Закона.
- 2000, II:** Кассирер: Техника политических мифов — “Открытый диалог” — Экспертиза парасуицида — Корсаковская экспертиза — Дело Шмита (1) — Клинич. психотер. — Религия.
- 2000, III:** Критика МКБ-10 — Психофармакология — Социальная и судебная психиатрия — Дело Шмита (2).
- 2000, IV:** X-ый съезд НПА России: Проблема доверия — Обсессивный синдром — Опасные действия больных — Ганнушкин — Зейгарник — XIII съезд психиатров России.
- 2001, I:** X съезд НПА России — проблема доверия — Дискуссия о судебно-наркологической экспертизе — Парадоксы невменяемости — Концепция “промывания мозгов” — фальшивка ЦРУ — Об экспертизах сайентологов и иеговистов.
- 2001, II:** Экзистенциальный анализ восприятия князя Мышкина — Психопатол. диатез — О психич. здоровье и состяз. эксп. — Экспансия идеологии на психич. здоровье.
- 2001, III:** Крепелин — Нет — метадону — Признаки упадка психиатрии (1) — Эпическая терапия — Дело Столбунова.
- 2001, IV:** Кронфельд — Психология в психиатрии — Признаки упадка отечественной психиатрии (2) — Положение психически больных в регионах России — Психиатрия и религия.
- 2002, I:** Русский Пинель — Саблер — Кронфельд — Врачебная тайна — Письмо из Бутырок — Наркомания и генетика.
- 2002, II:** Балинский — Кронфельд — Регуляция психиатр. помощи — Психиатрия катастроф — Эксп. Буданова — Доклад ВОЗ.
- 2002, III:** Якобий — Кронфельд — Регуляция психиатр. помощи — Наркология — Экспертиза Буданова — XII конгресс WPA.
- 2002, IV:** Роршах — Пленарные лекции конгресса WPA — Судебно-психиатр. экспертиза и новый ГПК — Иск к Библии — О гипнозе — Съезд психотерапевтов.
- 2003, I:** Н. Гартман — Эксп. Буданова 3 — Пресса и психич. здоровье.
- 2003, II:** Рохлин — Фрумкин — О предмете психиатрии — Мониторинг ПБ России 1 — Феноменология депр.
- 2003, III:** Ясперс — Ануфриев — Критика поправок закона — Эксп. Буданова 4 — Аутистич. мышл. — Фуко.
- 2003, IV:** Штернберг — Есенин-Вольпин — Дело Ракевич — Демедицинация — Эксп. оценка психич. ретардации.
- 2004, I:** Снежневский — Псих. инфантилизм — Мониторинг ПБ — СПЭ.
- 2004, II:** 15-летие НПА России — Патогенез энд. депр. — СПЭ — Что такое “контроль сознания”?
- 2004, III:** Розенштейн — Мониторинг ПБ — Отрав. психоакт. в-вами — Кризис психиатрии — Новая редакция закона.
- 2004, IV:** Корсаков — Шизофrenия — О реформе психиатрической помощи — “Обезьянний процесс” — Тюремная медицина.
- 2005, I:** Кандинский — Наркополитика — Множественная личность — Интервью Ясперса — Восп. об акад. Харитоне.
- 2005, II:** Папа Иоанн Павел II — Конфликт интересов — “Обоснование” упразднения негосуд. СПЭ — Устав НПА.
- 2005, III:** II мировая война — Расстройства памяти — О Ясперсе.
- 2005, IV:** 15 лет НПЖ — Диагностич. системы — Лат. формы антипс. — Рекур. sch. — Съезды ВПА и РОП — О Ясперсе.
- 2006, I:** Крамер, Снесарев — Феноменологич. подход — Главн. пробл. психопатологии — Вклад феноменол. — Заместит. тер. — Литвак.
- 2006, II:** Крепелин, Фрейд — Факты и ценности в псих. д-зее — Европейский план действий по охране психического здоровья.
- 2006, III:** Уничт. пс. больных — Бассин — Фуко — Суд. пс. — О Ясперсе.
- 2006, IV:** Розанов — Лопес Ибор — Р-во критики — 38 ст. — Права б-х по жилищ. зак-ву — Реформы — Группы поддержки.
- 2007, I:** Кронфельд — Р-во критики — Периодич. болезнь — Установление инвалидности — Розанов 2 — Якобий.
- 2007, II:** XII съезд НПА — Концепция бреда — Аутоперсонамнезия — Политизация экспл. — Р-во критики 2 — Кронфельд.
- 2007, III:** Шпет — 15 лет Закону — Мезич — Реформа пс. службы — Дело Арап и Поповой — Практика Верховного Суда.
- 2007, IV:** 150-летия Бехтерева, Баженова, Яковенко — Соц. опасность — Место культуры в суд. психиатрии — Алекситимия — Кризисы развития — Суициды в армии — Дело Новикова.
- 2008, I:** Реформа пс. помощи — Общ. опасность — Законопроект НПА — Политика в пс.
- 2008, II:** 200 лет ПБ № 3 — Ревизия пс. категорий — Реформа — Леч. наркоманов — Опека недееспособных.
- 2008, III:** Навстречу МКБ-11 — Бред и мономания — Опека недееспособных 2 — 2 обезъянний процесс.
- 2008, IV:** Экспл. Сербского по делу Бейлиса — Феноменол. описание — Бред и сверцен.идеи — Нац.руководство — Аутоперсонамнезия.
- 2009, I:** 20 лет НПА — О состязательной экспертизе — Шизотипическое р-во и алк. — Игромания.
- 2009, II:** Письмо Президенту — Брентано — Штумпф — Гуссерль — Майер-Гросс — Переживание счастья — Симптомы, феномены, синдромы — Воспоминания Фейгенберга.
- 2009, III:** Аставацатуров — Гуревич — Гольдштейн — С экстаза — Груле 1 — О депр. — Горбаневская — Гоголь — О независ. экспл.
- 2009, IV:** Гете — Жислин — Детенгоф — Кризис психиатрии — Наукометрия — Акинезия — Груле 2.
- 2010, I:** Освенцим — Угроза психиатрии? — Груле 3 — Дух, душа, тело — В. Анфимов — Б. М. Сегал.
- 2010, II:** Балинский — Мережеевский — МКБ-11 — Алкогольная ситуация в России — Груле 4.
- 2010, III:** Чехов — Право и этика в рос. психиатрии за 20 лет — Параметричность — Обсессивный синдром — Берце: психология шизофрении 1.
- 2010, IV:** Пирогов — XIII съезд НПА — Антипсихиатрия — О добросовестности иссл. — Берце 2.
- 2011, I:** Мандельштам и ГНЦ им. Сербского — Ануфриев — Кризис науч. рациональности — Берце 3.
- 2011, II:** Дело Бейлиса — Антипсихиатрия — Против унит. концепции депрессии — Берце 4 — Реформа ин-та недееспособности.
- 2011, III:** Павловская сессия — Ипохондрич. р-ва — Алк. галлюцины — Игромания — Берце 5 — Я. Анфимов — Об Иосифе Бродском — Содействие полиции врачам-психиатрам.
- 2011, IV:** 20 лет НПЖ — Шизофазия — Якоб Клези 1 — Зиновьев — Ф. Случевский — В. Хлебников.
- 2012, I:** Дело врачей — Резидуальная sch — Купирование алк. абстиненций — Игромания — Клези 2 — Душевнобольной в церкви и обществе — Права недееспособного пациента.
- 2012, II:** IX том Бумке — Шизофrenия — Майер-Гросс — Резидуальная sch — Зоотерапия — Независимость эксперта.

- 2012, III:** А. Н. Бернштейн — Введение в общую психопатологию — Пространство и время — Клэзи — Ответ Петру Морозову.
- 2012, IV:** 20 лет закону о псих.помощи — Депрессии — Субъективно-избыточные эмоц.реакции — Дело с Болотной площади — Опыт псих. помощи в соматич. б-це — Представитель пац-та.
- 2013, I:** Ясперс: Вопрос виновности. — Критика стандартов и экспансии индукт. подхода. — Ценностная система пс. б-ных. — В ПНИ.
- 2013, II:** Бухановский. — Понимание доказательной медицины. — Рюмке о психотерапии. — “Контроль сознания”. — Ануфриев. — В коридорах власты. — Трагедия в Раменском.
- 2013, III:** Голодомор. — Дело Брэйвика и “русский Брейвик”. — Кронфельд. — Давыдовский. — Спортивная психиатрия. — История отеч. психиатрии. — В интернатах.
- 2013, IV:** 25 лет НПА. — Доказат. медицина в психиатрии. — Межполушарная асимметрия. — Аутизм. — Магаданский процесс. — Баженов: Русская революция. — Дело М. Косенко.
- 2014, I:** 25 лет НПА. Резолюция XIV съезда. — Аутизм. — Стигма. — Политика психич. здоровья. — Амб.тер.творч.самовыражения. — Европ. суд об условиях содержания больных. — Дело М. Косенко. — Выходящие общ. контроля.
- 2014, II:** I и II мировая война. — Исходы sch. — Эпидемиология и пс. помощь в Германии. — XIX Консторумские чтения. О свободе воли. — Диссиденты 1911 г. — Клерамбо. — Слияние институтов.
- 2014, III:** Профил. направл. в отеч. пс. О доказат. медицине. Свобода воли в пс. Преодоление sch. шизофrenии. Врачебная Конституция. Врачебная тайна. Антипсихиатрия. Наукометрия. Диссиденство. Правовые семинары НПА.
- 2014, IV:** 25 лет членства НПА в WPA. 25 лет борьбы за независ. суд- пс. эксл. Психическое-соматическое. Границы прав прокурора на мед.тайну. Новое в реализации дееспособности. О конформизме. Отн.к ЭСТ. Детский аутизм (обзор). Очернение Сербского. Рос.-Укр. связи. XVI съезд WPA.
- 2015, I:** Война или здоровье? Отч. пс. в эпоху упадка. Кречмер: проблема обязат. учебн.анализа. XX Консторумск. чтения. Скорая пс.помощь. О конформном поведении.
- 2015, II:** “Критика психосоматики” Вайтбрехта. Написание ист.-б-ни. Методоновые программы — позиция России. “Норма” в психиатрии. Цинизм экспертов. Против реформы Кассо. Ошибка Википедии. Европ.конгресс пс. Добросовестн. в науке. Съезд Нац.мед. патал. Условия успешн.реформы здр. Всерос. конф.
- 2015, III:** Конрад. Франкл. Психич.здоровье. Куда движется пс.? Профилактику и реабилит. в наркологии возглавит полиц. ведомство. Новое в недобров. госпитализаци. Соц.психиатрия. Лев Тарасевич.
- 2015, IV:** Шарко. Эй. Новый метод иссл.смешанных сост. Новые тенд.в наркологии. Реформа изнутри. Бесполезное иссл. Революция 1905 г. XVI съезд пс. России.
- 2016, I:** Чадаев — Цолликовские семинары. — Выготский. — Педофилия. — Дело Олеси Садовской. — Феномен воплощенного присутствия. — Границы психотерапии I. — Яковенко и революция.
- 2016, II:** Монография Шумского. — Анализ ошибок. — Бонхеффер. — Шаблон вместо индивидуализации и в СПЭ. — Границы психотерапии II. — Феномен страдания. — Филологич. аналогии. — Европ. Конгресс. — Внуков. — Полиграф.
- 2016, III:** Геноцид армян. — Крепелин о регистрах. — Диск. заметки о совр. психиатрии. — Можно ли исчерпать психопатологию? — Хронибология депрессий на Севере. — Психиатр в субарктич. усл. — психиатрия в политич. целях. — На поводу следователя. — Этика права и права человека. — Откр. письма. — Конф. памяти Бухановского.
- 2016, IV:** 25 лет НПДЖ — XV съезд НПА: Деят. в 2014 — 16 гг. — Теоретич. и филос. основы психиатрии. — Опыт изуч. Ясперса. — Кронфельд. — Уменьш. вменяемость в Беларусь. — ПТСР как опроверж. “ложного диагноза”. — Незаконный перевод в ПНИ. — Психотерапия. — Письмо Баженова.
- 2017, I:** Реформа психиатрии. — Резолюция XV съезда НПА. — Рюмке. — Конгресс ЕАП. — Коморбидность. — Консторумские чтения.
- 2017, II:** 1937. — Клерикализ. наркологии. — СПб и Моск. школы. — Персонализиров. медицина. — Бредовой нарратив.
- 2017, III:** 25 лет Закону о псих.помощи. — Уник. дневник I. — Общ. опасность по-советски. — Каган о психотер. — Психотер. при авторитарном управлении.
- 2017, IV:** Психиатрия за 100 лет. — Уник.дневник II. — Шнейдер. — Роль священника и пс/тер. — Каган о пс/тер. II. — Конгресс ВПА.
- 2018, I:** Предмет суд.псих. — Три лица псих. — Курт Шнейдер. — Конгресс WPA. — Тонконогий. — Гурович.
- 2018, II:** К. Левин. — Математика. — 3 лица псих. — Эротомания. — Рюмке — ст. 435 УПК РФ. — Конгр. ВПА (обзор). — Этич.ком. РОП. — Г. Серебрякова. — Коморбидн. — Бялик. — Франко.
- 2018, III:** Адлер. — Биопсихосоц. модель. — Теория слов. — Отн. к старости. — Рюмке. — Недобров.госпит. по иску прокурора. — Психол. помощь б-ным с религ.пережив.
- 2018, IV:** Воробьев. — Маслоу. — Профилактич.псих. — Психич.здравье. — Тр-фоб.р-ва. — Рюмке. — Фальсификация в Омске. — Соц.психопатология. — Ист.отеч.психогигиены. — Семашко. — Л. М. Алексеева.
- 2019, I:** 30 лет НПА России. — Психиатрич.образование. — Психич.здравье. — Интернаты и суицид. — Рюмке. — Обжалов.физич.стечнения. — Право быть инаким. — Констор.чтения. — Оптимизация. — Котиков.
- 2019, II:** 100 лет экзистенциализма. — “Психология мировоззрений” Ясперса. — 15 лет оптимизации. — Конвейерный перевод в ПНИ. — “Молодой хроник”. — СПЭ “умствен. отсталости”. — Психиатрич.подгот. в ЕС (обзор). — Констор.чт. — Тиганов. — Евтушенко.
- 2019, III:** Эфроимсон. — К теории психиатрии. 1- Интердисциплинар. — Патоинез аф.опиоманов. — Федермессер о ПНИ. — Кризис пс. — Ист.пс. — Солдафонский стиль. — Пс/тер. Пьесы. — Либерман.
- 2019, IV:** Сеченов. — Шпет. — Педология. — С. Л. Рубинштейн. — К теории пс. 2. — Первичн.мед.пом. и пс. — Суицидология. — Оспаривание пс.д-за. — Европ.комитет против пыток. 1. — Обращ.к презид.о реформе ПНИ. — Рибо. — Бергсон. — Жанз. — Права не-деспос. — Якутский шаман. — Пс. в лит-ре. — Буковский.
- 2020, I:** Гештальт-школа. — К теории пс. 3. — Чел.достоинство. — Бупропион (обзор). — Обжалование дисп.набл. — Констор.чт. — Европ.ком.против пыток. 2. — Устинов. — Витковский.
- 2020, II:** Рыбаков — 100 лет Моск. НИИП — Неомрачаемость — К теории пс. 4 — Леч.деменции — Гендерная дисфория — Шаман — Гений места — Чрезвычайница — Переименов.sch — Воробьев — Мохнаткин
- 2020, III:** Конц. Крепелина и Кронфельда — К теории пс. 5 — Синдром двойников — Шаман — Лингв. эксп. Дело Дмитриева — Неомрачаемости при маниак. — Гений места 2 — Ист.отеч.псих. — Переименования в пс. — Интервью Воробьева — Восп. Пивеня — Ко-ронавирус в США
- 2020, IV:** Джагаров — 100 лет Центру Сербского — Р-во Я при sch — К теории пс. 6 — Пс. и искусство — Деньги и власть в пси.-культуре — О неомрачаемости — 15 лет упразднения негосуд. СПЭ — 2 волна исп.пс.? — Эпидемия ПТСР в Беларусь — Блейлер — Восп. Пивеня 2 — WPA — 100 лет Моск. НИИП — Семинары НПА — Стихи Кестнера — Ю. Орлов — В. Шкловский
- 2021, I:** В. Б. Ковалев и борьба за Устав РОП — 30 лет НПЖ — Изнанка совр. псих. — К теории пс. 7 — COVID-19 и пс. — Деньги и власть — 2 — 1-ая совм. СПЭ — Шаман — Гений места — 3 — Термин sch — Блейлер — 2 — Безопасность или права чел. — Гумилев — Дудко — Мазина — А. Л. Шмилович
- 2021, II:** Андрей Сахаров — 1-ое частное пс. учр. — XVII съезд пс. России и игнорирование НПА — Конгр. WPA в СПб. — Краснов о МКБ-11 — Констор. чтения «Мифология болезни» — Термин «коморбидность» — Обуч. членов ОНК
- 2021, III:** Шмарьян — Татаренко — Семиотика пс. — Райх о сов. пс. — Феноменол. подход Бланкенбурга — О недобров. госпитализ. — Дело шамана — Констор. чт. — 2 — О лейкотомии — Дезинформация П. Морозова — О фантомных нозологиях — О патопсихол. иссл. — Пс. служба Приморья — Восп. ЮС-1 — Н. А. Корнетов — С. А. Ковалев
- 2021, IV:** Достоевский — Вильям Штерн — Сухарева — Разрушительность МКБ-11 — Лексикон пс. — К теории пс. 8 — Вред ТВ — Об эвтаназии — О деле «Пермского стрелка» — Л. Терновский — Восп. о Вартаняне — Рис. П. Белова — Стихи Коржавина — Букреева — Козырев

Материалы для публикации присыпать по адресу:

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

Статьи следует сопровождать резюме для перевода на английский язык

Телефон редакции (495) 625-0620

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

Российский исследовательский центр по правам человека. НПА России