

*ISSN 1028-8554*

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

---

**НЕЗАВИСИМЫЙ  
ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ  
ЖУРНАЛ**

**INDEPENDENT  
PSYCHIATRIC  
JOURNAL**

**ВЕСТНИК НПА  
IPA HERALD**

**I**

**2023**

**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: [nparinfo@gmail.com](mailto:nparinfo@gmail.com); [info@npar.ru](mailto:info@npar.ru)

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

## **ВНИМАНИЕ!**

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

**Новый индекс — 83180**

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

**[https://www.pressa-rf.ru/cat/1/edition/t\\_s83180/](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**

**I**

**2023**

**МОСКВА**

**Издание НПА**

**Регистрационный номер журнала 0110764**

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

МЕЖДУНАРОДНЫЙ  
РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ  
ПО ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКОЙ  
ПСИХИАТРИИ

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

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

**Ю. С. Савенко (гл.редактор)**

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

**Л. Н. Виноградова (зам. гл. ред.)**

**Б. А. Воскресенский**

**П. Ю. Завитаев**

**С. А. Игумнов**

**В. Е. Каган**

**В. А. Кажин**

**В. В. Мотов**

**Б. Н. Пивень**

**П. А. Понизовский**

**В. Д. Тополянский**

**А. А. Шмилович**

INTERNATIONAL  
EDITORIAL COUNCIL  
ON PHENOMENOLOGICAL  
PSYCHIATRY

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

EDITORIAL BOARD

**Yuri Savenko (Editor-in-Chief)**

**Yulia Argunova**  
**Isaak Bekker**  
**Mark Burno**

**Liubov Vinogradova**

**Boris Voskresensky**

**Peter Zavitaev**

**Sergey Igumnov**

**Victor Kagan**

**Vitaly Kazin**

**Vladimir Motov**

**Boris Piven**

**Pavel Ponizovsky**

**Victor Topolyansky**

**Andrey Shmilovich**

Сдано в набор 10.03.2023. Подписано в печать 17.03.2023. Формат 60×84 1/8.

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

Заказ № 2023-1-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

## ФИЛОСОФСКИЕ ОСНОВЫ ПСИХИАТРИИ.

К 140-ЛЕТИЮ Н. ГАРТМАНА И 120-ЛЕТИЮ К. ПОППЕРА

Николай Гартман (1882 – 1950) . . . . .	6
---	---

Карл Поппер (1902 – 1994) . . . . .	8
-------------------------------------	---

## ИЗ КЛАССИЧЕСКОГО НАСЛЕДИЯ

Из «Этики» Николая Гартмана. Ценностные фундаменты, присущие субъекту . . . . .	10
---	----

## АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХОТЕРАПИИ

Вольные размышления о психотерапии — В. Е. Каган . . . . .	14
--	----

Личность врача и психотерапия. XXVII Консторумские чтения . . . . .	26
---	----

Доступность психологической и психотерапевтической помощи в Республике Беларусь (часть 2) — Ф. Б. Плоткин, Т. В. Короткевич (Минск, Беларусь) . . . . .	45
--	----

## КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ

Транзиторный шизофреноидный психоз у пациентки с тяжелой анемией и перенесенным ковидом — А. В. Шмилович, Т. С. Иорушкина . . . . .	53
--	----

## ПСИХИАТРИЯ И ПРАВО

Применение судами положений Кодекса административного судопроизводства РФ при рассмотрении дел об оспаривании действий и решений психиатрических учреждений — Ю. Н. Аргунова. . . . .	74
---	----

## ОТКЛИКИ, ДИСКУССИИ, РАЗМЫШЛЕНИЯ

Размышления о суициальном поведении — Е. Б. Любов . . . . .	79
---	----

## ИСТОРИЯ

1948, 1953, 1987/8 — 75, 70 и 35 лет назад. . . . .	88
---	----

М. Я. Гефтер. Endlösung: домашний проект. От расправы с ЕАК — к «Делу врачей» с дополнением Я. Я. Этингера . . . . .	89
---	----

М. Я. Гефтер. Я признаю себя виновным . . . . .	91
---	----

## ХРОНИКА

Калейдоскоп событий . . . . .	93
-------------------------------	----

Грандиозный успех пропаганды . . . . .	94
--	----

Оказывается, даже сейчас еще есть чему изумляться . . . . .	94
---	----

Языческие страхи власти . . . . .	95
-----------------------------------	----

Как психиатры Алтая, Сибири и Приморья воспринимают максиму: «члены ОНК приходят не проверять, а помогать» . . . . .	95
---	----

Конгресс Европейской психиатрической ассоциации . . . . .	95
---	----

## ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ТВОРЧЕСТВО

Александр Рапопорт. Одесские терции. Греческая церковь. Баллада изгнания . . . . .	102
--	-----

Олег Спиридовон. Мои бабушки (несколько отрывков из рассказа с предисловием М. Е. Бурно) . . . . .	104
---	-----

## НЕКРОЛОГ

Владимир Антонович Точилов . . . . .	107
--------------------------------------	-----

РЕКОМЕНДАЦИИ . . . . .	109
------------------------	-----

АННОТАЦИИ . . . . .	110
---------------------	-----

# CONTENTS

## PHILOSOPHICAL FOUNDATIONS OF PSYCHIATRY. TO THE 140th ANNIVERSARY OF N. HARTMANN AND THE 120th ANNIVERSARY OF K. POPPER

Nikolai Hartmann (1882 – 1950) . . . . . 6

Karl Popper (1902 – 1994) . . . . . 8

## FROM THE CLASSIC HERITAGE

From «Ethics» by Nikolai Hartmann. Value foundations inherent in the subject . . . . . 10

## URGENT PROBLEMS OF PSYCHOTHERAPY

Free reflections on psychotherapy — V. E. Kagan . . . . . 14

Psychotherapist personality. XXVII Konstorum Readings . . . . . 26

Availability of psychological and psychotherapeutic assistance in the Republic of Belarus  
(part 2) — F. B. Plotkin, T. V. Korotkevich (Minsk, Belarus) . . . . . 45

## DISCUSSION OF CLINICAL CASE

Transient schizophrenia-like psychosis in a patient with severe anemia  
and previous covid — A. V. Shmilovich, T. S. Iorushkina . . . . . 53

## PSYCHIATRY AND LAW

Application by the courts of the provisions of the Code of Administrative Procedure  
of the Russian Federation when considering cases of challenging actions  
and decisions of psychiatric institutions — Yu. N. Argunova . . . . . 74

## FEEDBACK, DISCUSSION, REFLECTIONS

Reflections on suicidal behavior — E. B. Lyubov . . . . . 79

## HISTORY

1948, 1953, 1987/8 – 75, 70 and 35 years ago . . . . . 88

M. Ya. Gefter. Endlösung: home project. From the massacre of the JAC —  
to the «Doctors' Case» with the addition of Ya. Ya. Etinger . . . . . 89

M. Ya. Gefter. I plead guilty . . . . . 91

## CHRONICLE

Kaleidoscope of events . . . . . 93

Massive propaganda success . . . . . 94

It turns out that even now there is still something to be amazed at . . . . . 94

Pagan fears of power . . . . . 95

How psychiatrists of Altai, Siberia and Primorye perceive the maxim:  
«PMC members come not to check, but to help» . . . . . 95

Congress of the European Psychiatric Association . . . . . 95

## PSYCHOPATHOLOGY AND CREATIVENESS

Alexander Rapoport. Odessa tertsy. Greek church. Ballad of exile . . . . . 102

Oleg Spiridonov. My grandmothers (several excerpts from the story  
with a preface by M. E. Burno) . . . . . 104

## OBITUARY

Vladimir Antonovich Tochilov . . . . . 107

RECOMMENDATIONS . . . . . 109

ABSTRACTS . . . . . 110

# ФИЛОСОФСКИЕ ОСНОВЫ ПСИХИАТРИИ

---

## К 140-летию Николая Гартмана и 120-летию Карла Поппера

«Свобода личности — это свобода сознания»

Николай Гартман

Для психиатрии, как ни одной другой науки, важна и нужна философия. Не догматичное учение, а грамотное философское размышление, конструктивный скепсис, сократовское понимание своего уровня знания и возможностей, своего места среди различных мировоззрений и психиатрии среди других наук. Это фундамент, подоснова нашей профессии, ее науки и практики.

Великие философи, теологи и ученые глубокой древности и последующих эпох достигали несравнимо, даже несоизмеримо более высокого уровня в своих измах за счет всеохватности и честности, чем современный интеллектуальный ширпотреб или единственно верное прогодарственное учение.

Для врача-психиатра необходимо отношение к психиатрии, «как профессии и призванию» в духе двух знаменитых речей Макса Вебера. Это требует сочетания полярных предрасположенностей и навыков — критической рефлексии и эмпатии. А картой и компасом служат история и теория нашего предмета. Классическая немецкая психиатрия опиралась на критицизм и формализм Канта и полярного этому Гёте. В XX веке на эту дилемму наслалось их структурное единство в лице Гуссерля и Бергсона, Ясперса и Николая Гартмана. И, наконец, Карла Раймунда Поппера. Из отечественных философов это, прежде всего, для нас Густав Шпет, но его, добившегося отмены своей высылки на философском пароходе, сокрушительная критика ведущих психиатров рубежа столетий, а увидевшая свет более полувека после запрета писать, а потом расстрела, до сих пор не вошла в оборот отечественной психиатрии [1]. Впрочем, так можно сказать и про всех других, даже Ясперса, если говорить о воплощении, а не простом знании. Тем важнее напомнить об этом в этот юбилей. Конечно, это не 140- и не 120-летие. Эти даты только удачный повод рекомендовать этих двух философов, произведения которых мы считаем наиболее актуальными и плодотворными для развития нашего предмета. Юбилей предпочтительнее отмечать в отношении наиболее значимых публикаций, либо осознания их значимости на примере Грегора Менделя. И тогда это 72-летие и 28-летие их утраты нами, а также — фактически 90-летие одновременного появления в 1934 г. первого тома 4-х томной «Критической онтологии» Николая Гартмана (1934, 1936, 1940, 1943) и «Логики научного исследования» Карла Поппера.

## Николай Гартман (1882 – 1950)



Николай Гартман — последний философ-классик, который внес существенный вклад во все основные разделы философии: начав с гносеологии, этики и аксиологии, в категориальный анализ, логику, натурфилософию, метафизику, социальную философию, эстетику, но, прежде всего, в онтологию. Он основоположник **критической онтологии**, не случайно ставшей философским фундаментом психиатрии. Строгая и ясная, и при этом проблематичная и открытая, она была решительным шагом лидера марбургской школы неокантианства в сторону феноменологии Гуссерля, тогда как Хайдеггер, посвятив свой наиболее известный труд «Бытие и время» (1927). Гуссерлю, как его сотрудник и преемник во Фрайбурге, в нем же совершенно отступил от Гуссерля, заслужив его характеристику: «гениальная ненаучность».

Николай Гартман — остзейский немец, родившийся в Риге, закончивший петербургскую гимназию и университет в 1901 г., где изучал античную филологию, а до этого медицину в Дерпском университете, в 1905 г. уехал в Марбург. В 1907 и 1909 защитил две диссертации и, после участия в Первой мировой войне, в 1920 – 25 гг. стал преемником Пауля Наторпа в Марбурге. В 1925 – 31 гг. он профессор Кельнского университета, где тесно сотрудничал с Максом Шелером. В 1931 – 45 гг. в Берлинском, а в 1945 – 50 гг. в Геттингенском университете [2].

Начав с методологического критицизма неокантианства марбургской школы, он с работы 1921 года «Основные черты метафизики познания», совершает крутой поворот в сторону феноменологии Гуссерля. Метафизика понимается им как учение о непознанных явлениях, а гносеология как зависящая от онтологии. «Великим от-

развлением» стало признание само по себе существующего независимым от всякого познания.

В кёльнский период он критически развил в своей «Этике» (1926) аксиологию М. Шелера, восстанавливая кантовское учение о независимости нравственного закона от действительности, отдавал первенство на поле этики категориям бытия, а не познания, В-себе-бытие ценностей рассматривал как «независимость от целеустремлений субъекта». «Этика» Н. Гартмана по признанию его ученика, основоположника философской герменевтики Гадамера — «наиболее фундаментальная, последовательная и обстоятельная форма феноменологической «этики ценностей».

И все же главным вкладом Николая Гартмана стало возрождение онтологии. Начало онтологии более двух тысячелетий назад положил Парменид (и Аристотель в полемике с Платоном), который называл ее «первой философией». «От старой онтологии на все времена, — писал Гартман, — нас отделяет кантовская перестройка теории познания в его «Критике чистого разума»...» после «почти двухвекового сна, в котором почила онтология», за исключением Христиана Вольфа (1730), т.е. в плenу гносеологической установки, вытеснившей онтологическую установку. Над восстановлением первенства «первой философии» Николай Гартман работал уже 20 лет, как он пишет в 1934 г. в предисловии к первому тому своей «Критической онтологии». И действительно, именно Н. Гартман осуществил онтологический поворот в философии, восстановил онтологию, как первую и фундаментальную часть философии — «учение о сущем, как сущем, о вот-бытии и так-бытии, о данности реального и об идеальном бытии». Но оказался в тени романтически яркого, экспрессивно художественного, а на деле лишенного строгой обоснованности и цельности, но зато названной «фундаментальной» онтологии М. Хайдеггера. На деле она ограничилась у него, — как писал Гартман, — декларациями, а сама онтология так и не воспоследовала,... так как сформулировать ее невозможно с помощью одной только, как у него, деструкции традиционных теорий». Грандиозен этот урок философской моды, компрометирующей свой предмет.

В противоположность Хайдеггеру, для которого «смысл бытия» заключается в человеческом существовании, Н. Гартман показал, что это недопустимое «предрешение», т.к. существующее мыслится лишь таким, каким оно мне является, и как я его понимаю, а это предрешает основной вопрос онтологии, лишает объективный дух его силы и обесценивает все вклады немецкой философии времен расцвета. И, как окончательно выяснилось в 80-е годы, даже гуманности как таковой [7]. «Фундаментальной онтологии» Хайдеггера Н. Гартман противопоставляет свою, тщательно выстроенную в течение 30 лет критическую онтологию с градацией 4 пластов (слоев) бытия: неорганического, органического, душевного и духовного с их собственными категори-

альными закономерностями. По законам силы низшие (не в оценочном смысле) формы бытия сильнее, но по законам свободы высшие обладают внутри своего пласта неограниченными возможностями для деятельности. 16 законов взаимоотношений четырех слоев, как и ступеней внутри каждого из них, непревзойденный по всесторонности и строгости фундамент понимания нами, как психиатрами, собственной профессиональной проблематики. Этот фундамент, помимо серии статей, заложен в его работах «К основоположениям онтологии» (1934), «Возможность и действительность» (1938), «Строение реального мира. Очерк всеобщего учения о категориях» (1940) и «Философия природы. Аbris специального учения о категориях» (1943). Реальным (объективным) по Гартману является все, что существует во времени, включая воображаемое, кроме идеального, т.е. вневременного (математика и чистая логика). Онтология как «первая философия» является фундаментом знания, предваряя любую частную науку [3 – 6].

Артур Хюбшер мастерски передал облик и существо идей философов XX века. Н. Гартман, «маленький, невзрачный человек с тихим сдавленным голосом и сдержанными движениями», приводил свою немногочисленную аудиторию в трепет, его слушали как откровение и впоследствии величали, как за 600 лет до этого Дунса Скотта, *doctor subtilis* — утонченный. Между тем, это был разительный контраст с переполненными залами лекций Хайдеггера, приглашенного в этот университет по инициативе Н. Гартмана. Хотя и Хайдеггер, малоприметный, приземистый, дома в остроконечном колпаке и с мужицкой хитрецой, буквально околовывал, завораживал слушателей и читателей своим особым языком и драматичной образностью. Это было яркое стилевое сходство с обольстительной Коломбиной, которому с самого начала все же поддались не все. Н. Бердяев, С. Л. Франк, круг Рудольфа Карнапа и др. «издевались над бессмысленностью фраз Хайдеггера, Ясперс называл их «философским извращением», Генрих Шольц<sup>1</sup> — «преднамеренной двусмысленностью», а экзистенциалист Петер Вуст даже «беспримерным пусканием пыли в глаза». Однако Хайдеггер стал духовным мессией нашего века». Можно сказать, что это очень точно характеризует этот век с его искушениями тоталитаризма, что было понятно задолго до «Черных тетрадей» Хайдеггера и его романа с национал-социализмом, после личного романа с Ханной Арендт и первонаучальных дружеских отношений с Ясперсом [8]. Самый крупный психиатр, привлеченный Хайдеггером, — Л. Бинсангер — оказался, в отличие от М. Босса, иначе его истолковавшим.

Н. Гартман, «сторонящийся политических и технических новаций своего времени, таких как автомобиль, телефон, пишущая машинка, и национал-социалистического режима в годы его торжества и разгрома на ведущей философской кафедре Берлина, противостоял окружаю-

щей действительности с величием чистого философа. В течение полутора битвы за Берлин, тягот расквартирования войск, голода, отъединения от внешнего мира с 9 марта по 1 сентября 1945 г. он написал свою «Эстетику» [2], вопреки тяжелой травме — утрате единственного экземпляра грандиозной рукописи «Логики», восстановленной потом в значительно меньшем объеме.

Число выдающихся психиатров и психоневрологов, опиравшихся на Н. Гартмана, впечатляет. Это, прежде всего, Курт Шнейдер, Вайтбрехт, Грюнталль, Клаус Конрад, Рихард Юнг, подробно изложивший идеи Н. Гартмана в «Psychiatria der Gegenwart» [9], но это и лидеры многих других наук — Макс Гартман в биологии, Конрад Лоренц в этологии, Роман Ингарден в эстетике...

Наследие Николая Гартмана — пример ясного и точного изложения, всеохватности и критицизма, проблематичности и признания «ценностных иллюзий» и «ценностных фальсификаций». «Критическая онтология» не укладывается в прокрустово ложе триады субъективного и объективного идеализма и материализма. Не является она и нигилизмом, скептицизмом или релятивизмом. В этом залог ее будущего.

А надежным прошлым стали два тома «Логических исследований» Э. Гуссерля в 1900 и 1901 гг. и его же «Идеи I», «Кризис европейского человечества и философия» (1913 – 14) и «Кризис европейских наук и трансцендентальная феноменология» (1935 – 36), где он связал наступление духовного и культурного кризиса с «кажущимся крушением рационализма». Кажущимся потому, что «причина затруднений рациональной культуры заключается... не в сущности самого рационализма, но лишь в его овещении, в его извращении натурализмом и объективизмом». Первая мировая война вызвала враждебное отношение к науке, на которую прежде всецело полагались, но которая в принципе исключала вопросы наиболее животрепещущие для человека, брошенного на произвол судьбы в наше злосчастное время...». Утрата веры в разум вызвала кризис культуры, выход из которого Гуссерль видел в великом повороте к **трансцендентальной субъективности**, т.е. к самоочевидной достоверности, как последней почве для суждения, что означает медитирующую философскую саморефлексию идеальных объектов «чистого Я», очищенного феноменологической редукцией от бытия объективного мира вообще, в котором нет меня самого в качестве человека. Но эту вторую программу Гуссерля, в отличие от грандиозного влияния его «Логических исследований», большинство его последователей не приняло. Хотя эта проблема до сих пор актуальна, она была преодолена критическим рационализмом Карла Поппера, как собственно, и критической онтологией Николая Гартмана другим, более приемлемым для большинства путем.

## ЛИТЕРАТУРА

- 1 Генрих Шольц — математический логик и религиозный философ, продолжатель Рудольфа Отто.

2. Хюбшер Артур. Мыслители нашего времени. М., 1962, 1994.
3. Гартман Николай. К основоположению онтологии. Предисловие Я. А. Слинина. СПб., 2003.
4. Перов Ю. В., Перов В. Ю. Философия ценностей и ценности этики. // Николай Гартман. Этика. СПб., 2002.
5. Горенштейн Т. Н. Философия Николая Гартмана. Л., 1969.
6. Савенко Ю. С. Введение в психиатрию. Критическая психопатология, М. 2013.
7. Фай Эмманюэль. Хайдеггер, введение нацизма в философию. М., 2021.
8. Арендт — Ясперс. Письма 1926 — 1969. М., 2021.
9. Jung Richard. Nevrophysiologie und Psychiatrie // Psychiatrie der Gegenwart. В. 1/1. Springer Verlag, 1967, 325 — 928.

## Карл Раймунд Поппер (1902 — 1994)



«Мне кажется, что есть только одна вещь, которой мы должны поучиться у русских: они говорят своим людям, что они живут в лучшем обществе в мире» (1986)

Карл Поппер

В отличие от Николая Гартмана, грандиозный вклад Карла Поппера в философию науки и социальную философию не просто широко известен, — более 60 лет он был в центре многочисленных дискуссий с лидерами разных философских школ. Это он «убил логический позитивизм» Венского кружка и монополию индуктивизма, создал альтернативу верификационизма — фальсификационизм: важнее не защищать и подтверждать свои теории, а стараться самим их опровергнуть, что оздоровляет и ускоряет рост научного знания, как перманентной научной революции, в результате выдвижения смелых гипотез и их опровержения. Центральная для него проблема — нахождение критерия демаркации между наукой и псевдонаукой, ненаукой. Научный метод — общий для наук и фило-

софии, естественнонаучного и гуманитарного знания, как и любой рациональной дискуссии, это «ясная четкая формулировка обсуждаемой проблемы и критическое исследование различных ее решений». Поппер — один из создателей дедуктивно-номологической схемы объяснения, сторонник реализма (наше знание это знание о реальности, а не об идеях в сознании, ощущениях и языке), эмерджентной эволюции (т.е. появления принципиально нового в природе и знании), дуализма и интеракционизма телесного и духовного. Он обосновал теорию трех миров — физических, ментальных и идеальных объектов, которые генетически связаны, но автономны и обладают саморазвитием. Здесь Н. Гартман значительно тоньше, говоря о четырех мирах реального бытия, тогда как Поппер не разграничивал неживую и живую природу, физико-химическую и биологическую реальность. Мировую славу принесла Попперу работа 1934 г. «Логика научного исследования (открытия)», изданная в Вене, переведенная на английский и существенно расширенная спустя четверть века, в 1959 г., ставшая классикой, а на русском в 2004 г., спустя 70 лет. В одном из трех добавленных томов постскриптума содержался его вклад в космологию: «Квантовая теория и раскол в физике». Книге предпослано высказывание выдающегося гуманиста лорда Актона (1834 — 1902): «Нет ничего более необходимого для человека науки, чем ее история и логика научного исследования... — способы обнаружения ошибок, использование гипотез и воображения, методы проверки». С тех пор усилиями, прежде всего, Вадима Николаевича Садовского, ездившего к Попперу, переведены, начиная с 1983 г., почти все его основные работы: его вторая логико-методологическая работа «Предположения и опровержения» (1963, русск. пер. 2004), «Объективное знание» (1972), где вводится понятие истины в семантической интерпретации Тарского — Айдукевича, совместная с нобелевским лауреатом по нейро-физиологии Дж. Экклсом «The Self and Its Brain. Argument of Interactionism» (1977), «Мир предрасположностей» (1990) и «Мир Парменида» (1998). Этот фундаментальный труд, изданный посмертно, посвящен наи-

более почитаемому им досократику, отцу онтологии. Поппер развел идеи «открытой Вселенной», «открытого общества», «открытой философии» и «концепцию предрасположенности» (propensities) — «ненаблюдаемых диспозиционных свойств физического мира» типа сил притяжения, сил поля. Реальность — не каузальная машина, а процесс реализации «весомых диспозиций», т.е. предвосхищений, которые влияют на настоящее. Поппер резко выступал против историзма, как профетизма и утопизма Маркса.

За более четверть века работы в Лондонской школе экономики и политических наук Поппер создал школу критического рационализма (отождествляя эти понятия). Его учениками были Имре Лакатос и Томас Кун, Эвандро Агацци и Пол Фейерабенд, Д. Миллер и Дж. Уоткинс, и мн.др., а близкими друзьями выдающиеся экономисты Л.фон Мизес, Фр. фон Хайек, историк искусств Эрнст Гомбрих, идеолог эразмизма лорд Рольф Дарендорф, книги которых мы рекомендовали.

Свою «Интеллектуальную автобиографию» «Неоконченный поиск» (М., 2014) Поппер начинает с того, что «узнал о теории познания больше всего» от своего учителя, венского мастера-краснодеревщика, у которого проработал два года в 20-летнем возрасте (1922 – 24 гг.), а затем «в течение года состоял на социальной службе по очень трудной работе с беспризорными детьми», организованной Альфредом Адлером. Затем, после пяти лет учебы и писательства, женился и счастливо зажил с 1930 г. в должности школьного учителя.

«Я был ребенком с характером пуританина, даже педанта и «рохли», а сострадание стало одним из самых ярких чувств, которые я могу вспомнить... Вид ужасающей нищеты в Вене... никогда не выходил у меня из головы...». Отец, доктор права, адвокат, историк, литератор, переводчик античной поэзии, на протяжении многих лет работал в нескольких комитетах по представлению жилья бездомным, за что удостоился рыцарского ордена Франца Иосифа, хотя был радикальным либералом школы Джона Стюарта Милля и не поддерживал правительство. Был даже автором конфискованной полицией политической сатиры, запрещенной до 1918 г. Огромная библиотека исторических и философских книг и нот в адвокатской конторе отца, где жила семья, располагалась против входа в собор св. Штефана. «Накануне 1914 г. в Европе и царской России торжествовала атмосфера либерализма, уничтоженная, как оказалось, навсегда. В библиотеке отца были и труды Маркса, Энгельса, Каутского, Э. Бернштейна, Кропоткина, Карла и Антона Менгеров и других критиков Маркса. Книги стали частью моей жизни». Первой и на долго регулярно перечитываемой книгой было «Чудесное путешествие Нильса с дикими гусями» Сельмы Лагерлёф и все ее творчество. «Огромное влияние на раннее интеллектуальное развитие оказала дружба на протяжении всей

жизни с Артуром Арндтом, на 20 лет старше, который родился в Москве, учился в Риге, был участником революции 1905 г. как социалист, но непримиримый противник большевизма», с некоторыми лидерами которых лично познакомился после революции. Он называл их «иезуитами от социализма», т.е. теми, кто способен жертвовать жизнями невинных людей, даже разделяющих их убеждения во имя великих целей, оправдывающих любые средства». Артур был увлечен философией науки Э. Маха и В. Ос瓦льда. Попперу было тогда 12 лет. Начавшаяся Мировая война и послевоенные годы «оказались решающими для моего интеллектуального развития. Они сделали меня критичным по отношению к общепринятым мнениям, в особенности к политическим мнениям... По всей стране гремел тогда оглушительный гром патриотизма...» Пацифизм и интернационализм французских и немецких социалистов тотчас улетучился. Начался распад империи...» Так начинается захватывающая история интеллектуального становления великого реформатора науки, которую важно прочесть буквально каждому, — Карл Поппер «Неоконченный поиск. Интеллектуальная автобиография» (1974, 1986, 1992, русск.пер. 2014 г.) (216 с.).

В 1918 – 24 гг. Поппер изучал в Венском университете математику. В 1937 г., в связи с нарастающей опасностью, он выбрал из двух предложений на работу Новую Зеландию, уступив Кембридж своему другу по Венскому кружку Фридриху Вайсману. В годы войны он написал свою классическую двухтомную монографию по социальной философии — «Открытое общество и его враги», опубликованную в 1945 г., а в России в 1992, на средства фонда Сороса — ученика Поппера. Первый том открывало «Письмо моим русским читателям», где Поппер писал, что «этота работа была направлена против нацизма и коммунизма, против Гитлера и Сталина, которых Пакт 1939 г. делал на время союзниками... Критикуя марксизм, я до некоторой степени критиковал и самого себя, поскольку я в ранней молодости был марксистом и даже коммунистом. Мне не было и 17 лет, когда я отверг это учение». Его навсегда отвратил от коммунизма расстрел демонстрации, подстрекаемой коммунистами, но по их же теории.

В последнем послесловии своей «Интеллектуальной биографии», в 1992г., К. Поппер писал: «Советский Союз исчез, а вместе с ним и величайшая ядерная угроза человечеству. Так давайте радоваться. И давайте надеяться, что угроза не вернется в каком-нибудь новом обличии: возможностей для этого много. И давайте разоружаться, давайте перестанем делиться на Левых и Правых — ведь это часть наследия марксизма, ставшая следствием ядерной угрозы. Давайте теперь попытаемся жить в мире и наслаждаться нашими обязанностями».

**Ю. С. Савенко**

# ИЗ КЛАССИЧЕСКОГО НАСЛЕДИЯ

---

## Из «Этики» Николая Гартмана (1926)<sup>1</sup>

Часть вторая. Царство этических ценностей  
(аксиология нравов).

Раздел III: содержательно обуславливающие  
основные ценности

### Глава 36. Ценостные фундаменты, присущие субъекту

*Из 8 пунктов этой главы мы приводим три средних. Другие — это: а) ценность жизни; б) ценность сознания; с) ценность деятельности; а также г) ценность предвидения; и h) ценность целенаправленной деятельности.*

#### *d) Ценность страдания*

Кроме инертности..., активности противостоит еще и другая противоположность — страдание.

Страдание имеет свою собственную ценность. Она была чужда античности и осталась таковой для всей позднейшей рационалистической эвдемонистической этики. Ибо эвдемонологически страдание принадлежит к неудовольствию и есть зло. Иначе обстоит дело в христианстве, даже если это и не относится прямо к этике. Здесь морально возвышающее и искупающее начало в страдании признано недвусмысленно: страдание расценивается не как слабость, но скорее, наоборот, как освобождение более глубокой, тайной силы.

При этом не следует сразу думать об очевидной силе очищения и преображения. Это — уже морально дифференцированные феномены, которые связаны не с одним только страданием, но получают от него лишь толчок. Ценность же самого страдания более элементарна. Представление о ценности страдания может дать соответствующая неценность. Это неспособность к страданию, невозможность переносить страдания и невзгоды, разрушение под их тяжестью, внутренняя податливость, падение, унижение человеческого существа, его ломкость и негибкость. Если тому, кто не умеет терпеть, выпадут тяжкие невзгоды, они оставят его разбитым, морально сломленным, изуродованным, ослабленным; он не сможет подняться, его личность будет уничтожена.

Для него страдание действительно — не-ценность. Способный же к страданию усиливается в страдании, при этом растут его выносливость, человечность, его нравственное бытие. Его страдание ценно, ибо противопоставлено поведению нестойкого и отчаявшегося. Страдание — позитивная, жизнеутверждающая реакция человека при таких обстоятельствах, когда бессильна его активность.

Ибо там, где активность несостоятельна и парализована, где, как кажется, осталось лишь пассивно терпеливо сносить невзгоды, там может проявиться более глубокая сила нравственного существа, которая обычно дремлет, но, становясь свободной, заменяет активность в борьбе за моральное существование. Страдание — это проба сил нравственного существа, испытание его гибкости. Оно не только не является подчинением, но и не сводится также исключительно к противостоянию, настойчивости и моральному самоутверждению. Это, скорее, фактически становление свободы и пробуждение нравственной потенции — более высокого порядка, нежели та, что имеется в активности. Ибо там, где расстраивается всякая деятельность, включается сила страдания, позитивная возможность перетерпеть.

В действительности, конечно, дело обстоит так, что каждому человеку свойствен свой собственный, индивидуальный «порог страдания». Для каждого существует предел страданий, превышающий его выносливость и ломающий его. Поэтому для каждого существует и граница ценности страдания; за ней страдание становится не-ценностью. В том и сложность ценности страдания, что существует и не-ценность страдания, а разграничение между ценностью и неценностью обусловлено не объективно величиной того, что должно перенести, но субъективно выносливостью человека. Но внутри этой границы, причем чем ближе к ней, тем больше, страдание пробуждает в человеке саму его моральную сущность, его сокровенное начало, освобождает его самые благородные силы. Тот, кто перенес страдания — стоек и закален, ему все по плечу; в человеке как бы накапливается нравственная способность страдать; он подобен, эластичной пружине, которая в свое время выдает обратно аккумулированную силу — или, по Ницше, натянутому луку. Такой человек на самом деле нравственно потенцирован, ценностью возвышен.

Но это потенцирование не сводится к одному лишь динамическому аспекту. Оно означает так-

<sup>1</sup> Николай Гартман. Этика. — СПб., 2002 (708 с.), 349 — 355.

же спокойную интериоризацию этического чувства и понимания. Сильная боль — это и погружение, она открывает глубину, какой нельзя ожидать от беспечного и неподготовленного. И глубину не только собственного, сердца, но и чужого, глубину жизни вообще её неисчерпаемое ситуативное изобилие. Изменяется вся жизненная установка. Ценностное видение беспечного человека поверхности; закаленному в страдании та же самая ситуация, конфликт, то же самое человеческое стремление и борьба открываются в большей глубине; он причастен этому в ином смысле, его ценностный взгляд расширен, обострен. Страдание дало ему орган для восприятия ценностей, которых прежде он не замечал. Пожалуй, не будет преувеличением сказать, что страдание есть подлинный наставник ценностного сознания. Если верно, что в ситуации, в данном и пережитом конфликте ценностное видение обогащается, то это должно подтверждаться в самой широкой степени. Ибо и живая ситуация выдает свое ценностное содержание оказавшемуся в ней человеку только в том случае, если он всматривается в нее зрелым взглядом.

Но если своим страданием человек покупает нечто в высшем смысле ценное, то и в стремлении к страданию нет ничего абсурдного. Такое стремление существует. Тот, кто берет на себя нечто значительное, должен необходимо обладать таковым. Что страдания хотят ради высокой цели, ради идеи, ради общества, — не редкость. Глубже заходит желание страдать ради любви, или точнее ради любимого человека. Это не обязательно вынужденное страдание, когда нельзя избежать невзгод. Загадочная и все же несомненная глубина скрыта в страдании ради личности, ради общности с ней, по интимности с ним несравненно ничто. Мать любит своего ребенка из-за страданий, которые он ей приносит, не меньше, но, пожалуй, тем больше; и ничто в мире не могло бы лишить ее этого терпения. В страдании проявляется ее любовь к ребенку независимо от всякой взаимности, всякой благодарности или неблагодарности. Именно так первым христианам представлялось, что высшая причастность личности Иисуса «страданием во имя Еgo».

Потенцированию, возвышению и облагораживанию личности в страдании соответствует, — чего можно было бы ожидать меньше всего, — повышение способности к счастью. Ибо со страданием растет степень заслуженного счастья. Нравственно закаленный человек не побежит трусливо от страданий и бедствий, он далек от мелких страхов и забот. Спокойный, укрепленный в страдании не выискивает удовольствия и блаженства. Он «не озабочен» этим. И именно поэтому ему выпадает — по закону эвдемонии — и радость и блаженство.

#### е) Ценность силы

Этическая сила не совпадает с активностью, и пассивность может быть сильной, как в неизменности и консерватизме, так и в страдании. Сила есть то, что стоит за деятельностью и страданием, то, из чего они произрастают. И активное существо может быть слабым, может отклоняться или заблуждаться — точно также, как пассивное может быть сильным, непреклонным.

Ощущимее всего, конечно, самоценность силы проявляется в воле, в решении, в намерении; ибо тогда она ясно обнаруживается в осуществлении. Слабая воля, в том числе и там, где она в тенденции является творческой, остается все же нравственно менее ценной, даже достойной пренебрежения, причем, независимо от ценности и неценности цели. Одна активность не сделает того, к чему предназначена воля; лишь настойчивость в достижении цели, преодоление сопротивления, совершенствование в этом преодолении делают волю именно как волю (без учета цели) ценной. То же самое относится и ко всякой внутренней, внешне не проявляющейся интенции. Существует в том же самом смысле и сила убеждений, сила любви и ненависти, сила способности убеждать; равно как и сила веры, независимо от того, что есть предмет веры. Выражение «двигать горы», может быть, и метафора, но это — метафора, точно соответствующая истине. И не только для одной веры.

Сила воли представляет собой что-то иное, нежели свобода воли. Сильная воля может быть несвободной, совершенно гетерономно определенной. Свободная же воля может быть точно также и слабой. Это отличие обеих ценностей (свободы и силы) исчезает в этике Фиххе; обе ценности сливаются в третью, ценность активности. В этом отношении надо зафиксировать: свобода касается побудительной причины происхождения, активность — тенденции как, таковой, сила же — динамики осуществления. Ценность силы, с одной стороны, кроется во властиности самого определения, например, в важности решения как такового, в этом отношении она есть господствующая сила. Но сила может иметь самоценность, и будучи служебной, подчиненной. Нравственная ценность поступка в целом не растет с высотой ценности того, что полагается целью (как не поднимается и по мере успешности результата), но, пожалуй, увеличивается по мере задействованности в том же самом, достигая неоспоримой высоты там, где вся личность без остатка задействована для реализации стремления.

Своего апогея эта ценность силы достигает в жертве. Самоценность жертвы очевидно усиливается в том, что жертва не становится морально меньше из-за меньшей ценности того, ради чего она была принесена. Того, кто активно борется за обладание неценной вещью, жертвуя своими силами, можно спросить, зачем он вообще это делает; но его жертвенность остается той же самой жертвенностью, как она есть сама по себе, и которая и на службе хорошему делу не была бы иной. И если говорят, например, что она «была бы дос-

тойна лучшего применения», то тем самым только подтверждают самоценность жертвы.

В этом ценностном направлении располагаются ценности нравственной последовательности, верности, энергичности, да уже и ценности труда, влияния, всякого рода достижений.

#### f) Ценность свободы воли

Личностное существо радикально отличается от всех остальных существ тем, что оно вовсе не обязательно должно исполнять определение, принятое им со стороны действующих для него принципов (ценностей), но сохраняет в отношении них силу выступить за них или против них. Это единственное в своем роде достоинство с давних пор обозначается как свобода воли. Она не совпадает со свободой, которую оставляет личностному существу существование бытия ценностей; такая свобода есть самоценность для личностного субъекта, а не самоценность, которая в нем (как носителе) существовала бы. Негативной свободе, данной человеку ценностями, соответствует позитивная свобода, присущая ему изначально; без нее ценности остались бы нереализованными, и не было бы вообще никакого определения воли.

Воля, которая еще не определена в отношении принципа, должна, тем не менее, иметь возможность определения. Если она этой возможности не имеет, то между ценностным царством и действительностью вообще отсутствует какая бы то ни было связь, и ценности бессильны как-либо повлиять на жизнь. Как раз базовая сущность личностного субъекта состоит в том, что он прорывает эту потусторонность ценностей, чувствуя, подхватывает эти ценности, приступает к их реализации, воплощает их в реальности. Это составляет в нем особую потенцию позитивного выбора. И свобода в таком позитивном смысле инстанции выбора есть противоположность той чисто негативной свободе, которую предоставляют человеку ценности. Следовательно, ценность свободы воли человека иная, присущая именно личностному субъекту, как бы он ни был метафизически обусловлен пространством, оставленным ему ценностями (ср. гл. 32 а).

Таким образом, наряду с ценностями ценностного сознания, активности и силы выступает новая ценность свободы воли как ценность самоопределения личности в целенаправленности своих этически интенциональных актов. От пресловутой «проблемы свободы воли» эта ценность абсолютно независима; в той проблеме дело идет о том, существует ли свобода воли или нет, здесь же дело заключается только в ее ценности. Ценность свободы воли — идеальное образование, как и все ценности, то есть существует, даже если нет ни одного ее реального ценностного носителя, следовательно, и в том случае, если фактически нет никакой реальной воли, которая являлась бы свободной. Ценность будет в этом случае лишь нереализованной, но оттого не станет «менее ценной». Тогда в строгом смысле не было бы никакого нравственного существа.

Нравственное же существо — реальное или ирреальное — ценно. Стало быть, ценна и свобода.

Свобода — это преобладание инициативы над слепым развертыванием событий. Это преобладание как таковое является ценным, оно возвышает человека над природой, частью которой он является, позволяет ему, не отрываясь от реальности, войти во «второе царство». Несвобода — это тотальная детерминированность извне, рабство человека перед всеобщим ходом событий. Уже в попытке человека доказать наличие свободы воли, в борьбе, в отстаивании этого доказательства, проявляется ее ценность. Какие бы сомнения ни вызывала эта проблемная ситуация, как бы убедительно ни свидетельствовало против свободы психологическое усмотрение, человек способен к ней и не может за нее не бороться. Он борется всеми средствами, чтобы отстоять веру в нее. Он глубоко осознает эту ценность: он хочет быть свободным. Он чувствует, что даже если он не свободен, то он все же «должен» быть свободным. Ибо он должен быть нравственным существом, личностью. Стремление к несвободе, или даже пассивный отказ от сознания свободы, есть отречение человека от самого себя.

Но существует это самое желание свободы еще и во множестве более конкретных форм, имеющихся среди изобилия этической жизни. Сильнее всего оно проявляется там, где его нужно было бы ожидать меньше всего, там, где свободному выпадает ответственность и вина, не-свободный же невинен и беззаботен. Существует желание ответственности, желание быть виноватым за свой поступок, и существует встречное желание, направленное против претензий на извинение как на непризнание вины. Не то, чтобы хотели вины как таковой, — никого она не обрадует. Но если однажды взвалить ее на себя, то не избавишься от нее, не отрекшись от себя самого. Виновный имеет право на несение своей вины. Он не должен принимать снятие вины извне. Сохранение вины является для него ценным, неизврашая на ее гнетущее бремя; она означает для него сохранение его личности, сохранение и признание его свободы. Отрицая свою вину, человек отрекся бы от великого нравственного блага, своей человечности. В признании собственных действий и вины, в утверждении ответственности, в стремлении к ним находит свое выражение нравственность человека, поступающего действительно свободно, человека, который обретает право называться человеком. Отречение от вины есть моральная низость, действительная неспособность к свободному бытию. Тот, кто снимает вину с виновного, в глубине души повинен в ней. Он отказывает виновному в способности к вменению. Стремление избежать вины, выискивание «смягчающих обстоятельств», в сущности, — утрата человеком самостоятельности и нравственного достоинства. То, что такое стремление избежать ответственности может быть еще большим наказанием, ничего не меняет: это именно слабость человека, его моральное унижение, его недостаток нравственной гордости, свободы, способности к ответственности и принижение его человечности. Для такого человека неспособ-

ность к признанию вины, к ответственности и лишение достоинства приятнее, чем последствия свободы, реализованное наказание. Но как бы ни было это по-человечески понятно, это никого нравственно оправдать не может.

Невозможно не понять, что здесь в самом понятии вины налицо ценностный конфликт. Вина была и остается для человека не-ценностью; никто не может ее желать — коль скоро является невинным. Но поразительно: если человек однажды взял ее на себя и несет, то она приобретает ценностный характер, противоречащий ценности невинности. Сама вина (как нечто неценное), конечно, не исчезает; она остается существовать, несмотря на свою ценность. Здесь в одном и том же нравственном ощущении имеют место отрицание и подтверждение вины, желание освободиться от нее и нести ее, волю к ответственности и жажду спасения от нее. И то и другое глубоко оправдано.

За этим стоит отрицание и подтверждение свободы. Насколько они уживаются друг с другом, насколько они друг друга исключают, это другой вопрос. Случается, и так, что человек не в силах перенести бремя свободы, которая ему выпадает; она ведь взваливает на него ответственность. А, быть может, его судьба состоит в том, чтобы в конце концов вновь отрицать свою свободу, — а вместе с ней и свою нравственную человечность, — так как он не дорос до такого дара. Как из-за слабости характера богатство и власть могут стать проклятием, так и самое большое из его внутренних благ, свобода, может стать проклятием для морально ничтожного и слабого человека. После этого может показаться, что и в ценности свободы есть противоположный элемент, что и свобода является ценностью для человека только до определенных границ, сверх же того становится неценностью. Для свободы, как и для страдания, требуется выносливость, а поскольку выносливость ограничена, мера свободы, которая по силамциальному человеку, должна быть ограничена. Сказанное не дает причин оспаривать то, что эта мера может расти вместе с нравственным ростом личности. Но граница выносливости, за которой свобода морально раздавила бы человека, пожалуй, остается существовать всегда.

Жажда спасения есть признак внутреннего банкротства. Религия выстраивает ценность спасения именно на этом банкротстве, на моральной сломленности. Спасение фактически лишает человека самостоятельности, требует от него отречения от свободы. Следствие этого — непримиримая антиномия между этикой и религией, то есть между свободой и спасением. Антиномия эта гораздо более принципиальна и недоступна никакому решению, нежели антиномия вины и невинности. Ибо за ценностью вины скрыта ценность свободы, а свобода сама по себе не является противоположностью невинности. Свобода и спасение никогда не совпадают, по крайней мере, не как ценности; ибо спасение — это отвержение свободы. Но эту антиномию должна решать уже не этика, а религиозная философия — а способна ли она на это, — это вопрос

её возможностей. Этика не знает спасения. Только религия говорит о нем. И ей одной выпадает метафизическая ответственность за последствия этих речей...

**37-ая глава — «Ценности благ»** — содержит 7 пунктов, в частности — ценности бытия, ситуации, власти, счастья и множество более частных. Мы приведем только одну.

...Ситуация имеет день и час рождения, развитие, высоту, спад и финал. Все глубокие человеческие отношения обнаруживают нечто от такого способа бытия. Ибо все ситуации обнаруживают один и тот же, правда, бесконечно варьирующийся, ценностный тип. Каждая человеческая ситуация — часть этического бытия. Вся совокупность ситуаций в этом смысле образует содержание этической действительности.

#### d) Ценность власти

В многообразии этих ситуаций особую важность сразу приобретает власть, способность направлять и определять эту ситуацию по своему усмотрению. Не об определяющих ценностях в этом «усмотрении» идет речь, но о — внешнем или внутреннем — принуждении. Власть в смысле возможности и господства является абсолютной самоценностью; к ней стремятся ради нее самой, а отнюдь не только как к средству, с помощью которого можно было бы реализовать другие ценности. Воля к власти — которую Ницше по праву поставил над волей к жизни — есть движущая сила *sui generis* в человеческой жизни, хотя и не единственная, как того хотел Ницше.

И интересно, что в ценности власти, типичной ценности благ, содержится та же сложность, что и в ценностях свободы, предвидения и предопределения. Ведь и они суть аспекты власти, хотя и внутренней, личностной власти над актами. Банальной житейской мудростью является утверждение, что большая власть портит человека, искажает его ценностное суждение. Власть обманывает человека, увлекает его, обнаруживает тенденцию морально его уничтожить; к этой внутренней опасности власти, которая заключена уже в способности предопределять ход событий (гл. 36 h), здесь еще присоединяется внешняя опасность, таящаяся в присутствии противоборства. Человек может и внешней властью обладать только в определенной мере; сверх того она превращается в неценность, рок. От легко возбудимой физической агрессивности до безумия цезарей сопровождает этот пограничный аксиологический феномен все степени и виды расцвета власти. Безвластие, конечно, остается неценностью; но ценность блага власти человека над другими все же ограничена так же, как ценность внутренней власти над своими действиями (свобода и целевая деятельность), что является доказательством в пользу родства ценностей благ с ценностями действий.

# АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХОТЕРАПИИ

---

**От редактора.** Предлагая этот, обогащающий нас творческими подходами текст, следует понимать его метафоричность и метатеоретичность, он — по ту сторону разграничений психотерапии и психокоррекции, т.е. работы с психотическими, постпсихотическими, пограничными психическими расстройствами и транзиторными, кризисными, ситуационными реакциями психически здоровых людей, по ту сторону работы психиатра, клинического психолога, семейного, детского, школьного, спортивного, военного психологов, по ту сторону индивидуальных и групповых специалистов, каких-либо специальных методов и различных теоретических школ. В фокусе автора то общее, что составляет само существование осуществляемого ПРОЦЕССА воздействия врача, психолога, политтехнолога, рекламщика. Это пролегомены в основы профессии Мастера «трансдисциплинарной персонологической герменевтики», который подытоживает свой многодесятилетний опыт. Нельзя обойти молчанием, что автор, Виктор Ефимович Каган, известен не только работами по аутизму, половому воспитанию, религиозным деноминациям и др., но и как неоднократно премированный поэт.

## Вольные размышления о психотерапии

Виктор Каган

В статье рассматривается профессиональное первоначение психотерапии, психотерапия как трансдисциплинарная практика, опирающаяся на авторский подход персонологической герменевтики. Персона понимается через категорию экзистенции. Предлагается трансдисциплинарная модель человека и психотерапии, включающая естественнонаучный, социокультурный, психологический и метафизический дискурсы. Обсуждаются исходящие из предлагаемой модели возможности построения терапевтического диалога.

**Ключевые слова:** психотерапия, трансдисциплинарная практика, процесс психотерапии, психологическая герменевтика

*Мы говорим с тобой на разных языках, как всегда, — отозвался Воланд, — но вещи, о которых мы говорим, от этого не меняются.*

М. Булгаков

*Истина настолько проста, что за нее даже обидно.*

В. Пелевин

*Нет ничего сложнее простоты.*

О. Хаксли

*В действительности всё не так, как на самом деле.*

Ст. Ежи Лец

Вольное размышление предполагает свободу в многомерном, противоречивом и часто конфликтном пространстве разнообразных мнений и взглядов. Обращение к нему едва ли достаточно, но определённо необходимо. Оно позволяет оставаться вне раздела рынка психологических

услуг, вне круга психотерапевтических игр в би-сер, вне зоны противоборства психологических категорий, где на каждую цитату есть своя контрцитата, а списки якобы использованной литературы едва ли не больше текстов. Не сайентификация профессии, не информирование или убеждение-переубеждение читателя, а обращение к своему опыту, попытка исследования через выговаривание и проговаривание, через деятельность *переживания*<sup>1</sup> предмета разговора в своих отношениях с ним. Поставленная в конце разговора в этом жанре точка на глазах превращается в предполагающую новое размышление запятую, и предлагаемые заметки — продолжение предыдущих размышлений<sup>2</sup>.

У психотерапии множество определений, но ни одно из них невозможно называть полным и достаточным. Подлежащее определению **что** различается в разных психотерапиях, как бы мы их ни подразделяли, в какие бы классификаци-

онные решётки ни заковывали. Что же у нас за невразумительная профессия, грустно пощуптил Дж. Бюдженталь, если мы даже не можем дать ей единого определения? В каждой шутке есть доля правды, но, может быть, наши ожидания к определениям и надежды на то, что они обеспечивают понимание слишком завышены? В конце концов определения меняются не только в *humanities*, но и в *sciences*. Так, килограмм недавно получил новое, более точное и, вероятно, не последнее математическое определение<sup>3</sup>. Тогда так ли удивительна пестрота определений психотерапии — она и «Комплексное лечебное воздействие с помощью психических средств на психику больного, а через неё на весь организм с целью устранения болезненных симптомов и изменения отношения к себе, своему состоянию и окружающей среде»<sup>4</sup>, и «Процесс борьбы двух людей с проблемой бытия в этом мире и в это время» (Дж. Бюдженталь) и «Профессиональная поддержка и помощь пациенту в его усилиях быть самим собой» (К. Витакер)<sup>5</sup>, и ... Научные, медицинские определения — результат анализа, логики, тогда как психологические, гуманитарные описывают насущные, значимые стороны практики/опыта. Создателей определений можно бы сравнить с ощупывающими слона слепцами, но их столь разные определения так или иначе описывают всё-таки психотерапию — то, что направлено на «а) устранение симптомов, б) изменения во внутренней психической структуре, в) обращение к непринимаемому или не-приемлемому аспекту жизни и его реинтеграция»<sup>6</sup>. Моё определение психотерапии: светская профессия, использующая в рамках терапевтических отношений психологические средства для помощи человеку в совладании с беспокоящими его душевными и телесными проблемами.

Задача определений — установление границ между психотерапией, с одной стороны, и не-психотерапией, традиционными, альтернативными, религиозными и прочими практиками, с другой. В этом смысле понятие психотерапии справедливо отнести к понятиям рамочным (*frame concepts*)<sup>7</sup> — скорее очерчивающим пространство существования явления, чем определяющим само явление. При этом чересчур жёсткие, ригидные определения создают риски так или иначе ограничивать, становиться пределом для развития — см., например, статью Г. Айзенк<sup>8</sup>, продолжающую его работы 1950 – 1980-ых г.г.

Определения не могут полностью вместить в себя определяемое, не могут объяснить ни много- и разнообразие психотерапий, ни то, как по-разному работают психотерапевты даже одного направления, одной школы. Гораздо большей разрешающей способностью обладают понятия. Михаил Эпштейн пишет о первопонятиях: «Эти предельно ёмкие по смыслу и предельно сжатые по выражению единицы мышления обладают властью над общественным сознанием и формируют знаковый код, определяют бытие человека в культуре. <...> ... первопонятия антиномичны, сочетаются в себе противоположные черты, такие как аксиоматичность и дискуссионность, постоянство и потенциальность. Они воспринимаются как интуитивно ясные, самочевидные, но за их присвоение, «аппроприацию» ведется борьба, их истолкование вызывает»<sup>9</sup>. Они, говорит М. Эпштейн, фундаментальные строительные блоки мышления, имеющие решающее значение для когнитивных и психологических процессов — того, с чем психотерапия непосредственно имеет дело. В числе обсуждаемых М. Эпштейном первопонятий (он считает, что их всего 120 – 150) *жизнь* и связанные с ней

<sup>1</sup> Василюк Ф. Е. Психология переживания, М.: МГУ, 1984. — 200 с.

<sup>2</sup> Каган В. Смыслы психотерапии. М.: Смысл, 2018. — 482 с.; Персонологическая герменевтика в психотерапии // Познание и переживание. 2022, т.3, в.1, с.128 – 152; Трансдисциплинарная психотерапия //EXISTENTIA: психология и психотерапия, 2022, № 15, с. 149 – 169; О трансдисциплинарной идентичности психотерапии //Психологическая газета <https://psy.su/feed/10114/>; Психотерапия: границы, вызовы, векторы //Психологическая газета <https://psy.su/feed/8320/>; Доклады и лекции на конференциях Восточно-Европейской Ассоциации Экзистенциальной психотерапии, Саммитах психологов (Санкт-Петербург), Московском Институте Психоанализа, VII конференции Ассоциации понимающей психотерапии и др.

<sup>3</sup> Krämer K. King of kilograms is no more as metric system gets a makeover. // <https://www.chemistryworld.com/news/king-of-kilograms-is-no-more-as-metric-system-gets-a-makeover/3009759.article>.

<sup>4</sup> Рожнов В. Е.(Ред.) Руководство по психотерапии. Ташкент: Медицина, 1985. — 720 с.

<sup>5</sup> Зейг Дж. К., Мьюнион В. М. (Ред.) Психотерапия — что это? М.: Класс, 2000. 432 с.

<sup>6</sup> Кон Х. Экзистенциальная мысль и терапевтическая практика. Введение в экзистенциальную психотерапию. СПб.: Институт психотерапии и консультирования ГАРМОНИЯ, 2021, с. 144.

<sup>7</sup> Щедровицкий П. Педагогика свободы. //Кентавр, 1993, № 1, с. 18.

<sup>8</sup> Айзенк Г. Дж. Сорок лет спустя: новый взгляд на проблемы эффективности в психотерапии // Психологический журнал. 1994, т. 14, № 4. с. 3 – 19.

<sup>9</sup> Эпштейн М. Ibid.

судьба, событие, новое, будущее, возраст, смерть, бессмертие; человек и душа, совесть, вина; чувство и любовь, желание, настроение, грусть, тоска, обида; ум и безумие, сознание, мышление ... — базовые и размытые понятия, с которыми мы имеем дело в психотерапии, что позволяет иначе взглянуть на размытость самого понятия психотерапии и придаёт дополнительный смысл утверждению о том, что психотерапия происходит в неопределенности, от способности терапевта быть и действовать в которой во многом зависит терапия. Эти первопонятия не только входят в понятийный аппарат психотерапии, но и во многом определяют направления и возможности её развития. Так, растворённые в жизни психотехнологии не кристаллизовались в психиатрию и психотерапию до тех пор, пока в Европе XVII века не возникло понятие личности и не изменилось первопонятие человек. То, как сквозь идеологические и физиологические очки читались первопонятия в СССР, на несколько десятилетий остановило развитие отечественной психотерапии, сведя её к гипнозу, внушению и т. наз. рациональной терапии.

М. Эпштейн цитирует Поля Валери: «...**первостепенные понятия** (выделено мной — В. К.), абстрактные и вместе с тем жизненно важные, которые так настойчиво и прочно завладевают нами <...> если хорошенко вдуматься, всего-навсего расплывчатые и недостойные нашего ума символы... Но тем не менее, когда в разговорах люди оперируют такими **размытыми категориями** (выделено мной — В. К.), они прекрасно понимают друг друга. Значит, в целом эти понятия ясны и достаточны для общения, ноциальному сознанию кажутся туманными и противоречивыми». Т.е. первостепенные понятия — понятия размытые (fuzzy concepts). Такие понятия существуют и используются во всех областях знания, включая математику и физику: «Содержание и границы размытого понятия могут уточняться в ходе рассуждений, они могут быть для разных людей и в разное время несколько различными... Подобная вариабельность не противоречит существованию объективной основы такого понятия и связана с нецелесообразностью или даже с невозможностью полных уточнений на данном уровне знаний»<sup>10</sup>. Их смысл понятен каждому отдельно, но договориться о нём всем вместе трудно. Таким размытым понятием является и психотерапия. «Мы не твёрдо знаем, что представляет собою единица, но ловко управляемся со счётом. Таков путь всякого познания, упаковывая непонимание в **первичные понятия** (выделено мной — В. К.)», мы бодро движемся дальше, скользя по фундаментальным проблемам и оправдывая поверхностность несомненным успехом. Потом глубинное непонимание даст о себе знать, но это же — потом»<sup>11</sup>. Мы, мягко говоря, не твёрдо знаем, что представляет собой сидящий перед нами человек как единичное уникальное бытие, но бодро судим о Человеке, человечестве и т.д. и потом переносим это на отдельного человека, испытывая удовлетворение от того, как мы его, якобы, прекрасно поняли; мы не очень твёрдо знаем, что представляют собой наши теории, но пытаемся строить на их основе понимание практики.

М. Эпштейн анализирует первопонятия как культурные коды. Одна из важных посылок его книги — переход от приводящей к определению понятия описательно-аналитической *концептологии* к предлагаемой им *концептивистике*, рассматривающей «понятия как зачинательные единицы мышления, как своего рода семена <...>. Они рассматриваются не как итог, а как предпосылка процесса мышления <...> это не точка прибытия, а точка отправления, завязка интеллектуального сюжета, который развертывается из первопонятия как перводвигателя мышления»<sup>12</sup>.

Я не вижу причин, по которым мы не могли бы говорить об определениях и первопонятиях следующих уровней — профессиональных, индивидуальных. Мой старший друг доктор И. С. Покотинский в 1939-ом году, тогда студент, на занятии по психиатрии обратил внимание на читающего книгу и время от времени мелким почерком пишущего что-то на полях пациента — книга оказалась недавно вышедшим «Кратким курсом ВКП(б)», а пациент на вопрос, что он делает, ответил: «Из книги для всех книгу для себя». Так и психотерапевт из определения психотерапии для всех делает определение для себя. То, с чем имеет дело психотерапия, связано с первопонятиями, но ими не исчерпывается — они работают так и постольку, как и поскольку восприняты — «Человек живёт не тем, что съедает, а тем, что переваривает. Это однаково справедливо как для ума, так и для тела» (Б. Франкли). На переваривание определений и первопонятий в немалой мере влияют и зависящие от них, но не полностью ими обусловливаемые, первопонятия более низких порядков — базовый концепты психотерапии как ключи к профессиональным кодам.

Психотерапия как профессиональное первопонятие, базовый концепт это «единица мен-

<sup>10</sup> Блехман И. И., Мышикис А. Д., Пановко Я. Г. Механика и прикладная математика. Логика и особенности приложений математики. М.: Наука, 1982. с. 59.

<sup>11</sup> Бормашенко Э. У единицы. Семь искусств, 2016, в. 9 // <http://7iskusstv.com/2016/Nomer9/Bormashenko1.php>.

<sup>12</sup> Эпштейн М. Ibid. с. 8 – 9.

тальных или психических ресурсов сознания и той информационной структуры, которая отражает знание и опыт человека (*мы скажем — психотерапевта [B. K.]*; оперативная держательная единица памяти, ментального лексикона, концептуальной системы и языка мозга... всей картины мира, отражённой в человеческой психике (*мы скажем — психотерапевта [B. K.]*)»<sup>13</sup>. Профессиональные первопонятия варьируют от культуры к культуре, от школы к школе, от психотерапевта к психотерапевту. Они не только производное первопонятий и культурного кода, но и связаны с ними реципрокно, что можно видеть на идущей психологизации культуры: психологические, психотерапевтические понятия всё больше проникают в язык повседневного общения и формируют новые культурные стереотипы и нормы, в том числе критерии психологического благополучия—неблагополучия, ожидания к психотерапии, оценки её эффективности и т.д. — недаром сегодняшние общества называют психологическими. Профессиональные первопонятия интегральны, вписаны в профессиональные коды, аксиоматичны и служат точками отсчёта и способами определения других понятий. Они открыты, допускают разные интерпретации и, оставаясь постоянными, расширяют и изменяют смыслы, способствуя развитию и смене профессиональных парадигм, становятся предметом споров и дискуссий психотерапевтических методологий и идеологий. Ю. С. Степанов замечает: «Концепт — это как бы сгусток культуры в сознании человека; то, в виде чего культура входит в ментальный мир человека. <...> Концепты не только мыслятся, они переживаются. Они — предмет эмоций, симпатий и антипатий, а иногда и столкновений»<sup>14</sup>. Подчеркну, они «не только мыслятся, они переживаются» и поэтому, как и сама психотерапия, не могут быть до конца верbalизованы. По-разному, но, по существу, об одном и том же говорят Фёдор Василюк и Александр Бадхен на примере описания сессий:

«Весь психотерапевтический диалог в рамках одной консультации и тем более долгий терапевтический процесс, состоящий из многих сессий, может быть полноценно описан только с помощью художественных методов, ибо включает в себя сложнейшую, до конца не рационализируемую динамику чувств, мыслей и отношений,

содержит сложный внутренний сюжет и не поддающиеся научному учёту процессы, выходящие за пределы владения психологией и психотерапией. Попытка же научно подойти к изучению процесса психотерапии и чисто научными средствами внести интеллектуальную лепту в развитие психотерапевтических знаний и совершенствование психотерапевтической техники неизбежно требует сознательного упрощения всех этих сложных процессов до той степени, с которой может совладать научное понятийное мышление»<sup>15</sup>.

«...позволю себе сравнить высказанное и высказываемое ...с понятиями *иконографии* и *иконологии*. Иконография предполагает исследование того, что непосредственно изображено, а иконология напоминает, что при иконографическом анализе нельзя не учитывать более широкий контекст, в том числе стиль и намерения автора (включая те, которые не обязательно должны им самим полностью осознаваться). Иконологический анализ порой показывает, что глубинный смысл произведения отличается от того, каким он предстаёт на первый взгляд, и только иконографическим исследованием ограничиваться нельзя. Чтобы действительно соприкоснуться с сессией, нужно высказанное, то, что было произнесено (и перенесено в текст сессий), дополнить высказываемым. Но как это сделать? Возможно ли это сделать?»<sup>16</sup>.

Для терапевта, у которого в основе первопонятия психотерапии лежит научно обоснованное воздействие на пациента, такая позиция едва ли приемлема, но если концепт основан на терапии как взаимодействии — диалоге, отношениях, то концепты психотерапии у пациента не менее важны и психотерапевтический диалог вышивается по канве диалога концептов, что создаёт немало заслуживающих внимания интересных терапевтических сюжетов и углов зрения. Тогда понятно и приемлемо замечание Э. Спинелли о том, что психотерапевт далеко не всегда знает, что именно из сделанного им терапевтически сработало<sup>17</sup>. Индивидуальные концепты психотерапии, это определение-психотерапии-для-себя определяет деятельность психотерапевта больше самых изощрённых и обширных определений-для-всех.

Обращение к профессиональному первопонятию психотерапии помогает перейти к тому, что

<sup>13</sup> Кубрякова Е. С. с соавт. Цит. по: Эпштейн М. Ibid., с. 6.

<sup>14</sup> Степанов Ю. С. Цит. по: Эпштейн М. Ibid., с. 5.

<sup>15</sup> Василюк Ф. Е. Семиотика психотерапевтической ситуации и психотехника понимания // Консультативная психология и психотерапия. 1996. Том 4. № 4, с. 48 – 68.

<sup>16</sup> Бадхен А. Лирическая философия психотерапии. М.: Когито-Центр, 2014, с. 265 – 266.

<sup>17</sup> Спинелли Э. Экзистенциальная терапия. Создание мира отношений. Бирштонас: Институт гуманистической и экзистенциальной психотерапии, 2022. — 364 с.

<sup>18</sup> Бюдженталь Дж. Искусство психотерапевта. СПб.: Питер, 2001. — 304 с.

Михаил Эпштейн называет смысловой автобиографией или автонооографией (не *био*, а *ноо* от *нус* — разум), автобиографией некоторых идей, как они складывались в личном опыте.

Дверь в специальность мне открыл мой Учитель профессор С. С. Мнухин в сентябре 1965 года на первой лекции по психиатрии: «Задача медицины — бороться за жизнь. Задача психиатрии — бороться за человека». Первые факультеты психологии в Московском и Ленинградском университетах открылись только в 1966 году (до этого психологи были прописаны на кафедрах философии), слово *психотерапия* не звучало ни в одном курсе, ни о какой медицинской психологии ещё не было и речи, дозволенной цензурой литературы по психотерапии было кот наплакал и нередко она в силу своей идеологизации и изоляции от мировой профессиональной жизни не столько ориентировала, сколько дезориентировала. Были отдельные штучные врачи-психотерапевты, но психотерапевтические школы и традиции были разгромлены в ходе социалистических чисток науки. Моё поколение знакомились с психотерапией, как дети с миром — узнавая, что обозначают слова, и подбирая слова к тому, что уже знаем; мы создавали понятие психотерапии, как, по словам Петра Вайля, А. Блок создавал образ Прекрасной Дамы, а молодые люди — прекрасных дам для себя: из доступного подручного материала. С миру по нитке — голому рубаха; это была вынужденно дурная эклектика, различия внутри которой тогда едва ли улавливались и открывались последующему опыту, впрочем, не лишаясь тайны, объять которую мы не в состоянии, но отрицание которой делает работу психотерапевта потенциально разрушительной<sup>18</sup>. Артикулировавшееся позже моё первопонятие психотерапии изменялось, но не заменялось чем-то другим. У меня есть два странным образом не конкурирующие образы-метафоры психотерапии. Одна — Байкал зимой: пройдя сколько-то по мутному льду, вдруг застываешь с перехваченным дыханием перед, кажется, открытой водой, над которой уже и ногу занёс, а на самом деле перед чающей и пугающей кристальной прозрачностью льда в несколько метров толщиной — стоишь и летишь, глубина не поглощает и не выталкивает, а удерживает на ладони. Другой образ — существующий отдельно от своих свойств, одновременно живой и неживой квантовый Чеширский Кот Шрёдингера. Непостижимая сложность, не укладывающаяся в простоту. Можно ли

прийти к не скрывающей сложность простоте и не хоронящей под собой простоту сложности?

Последние 30 лет, когда психология становится частью осваиваемой с детства культуры, когда в психотерапию пришли психологи и когда подготовка психотерапевтов коренным образом изменилась, первопонятие психотерапии складывается другими путями. Мы в своё время пытались синтезировать концепт психотерапии, как алхимики — философский камень, теперь образование/подготовка дают теории и технологии, готовые элементы, из которых, как в LEGO можно складывать самые разные терапии. В их знании я даже не мечтаю догнать поколение профессиональных детей и внуков. Но тайна, о которой говорил Дж. Бюдженталь, не исчезает и становится тем больше, чем мы узнаём.

По непредвзятом и строгом размышлении трудно не согласиться с великим скептиком Т. Сасом: «Подобно понятию *душевная болезнь*, психотерапия — это метафора, и, будучи расширенной метафорой, она представляет собой миф. <...> Термин *психотерапия* может использоваться как феноменологическая метафора. <...> Коротко говоря, термин *психотерапия* обозначает различные принципы (секулярной, то есть светской) этики и их применение на практике. Таким образом, каждый метод и каждая школа психотерапии представляет собой систему прикладной этики, выраженную в идиоме лечения. Каждый из этих методов и каждая из школ несёт на себе отпечаток особенностей личностей их основателей и приверженцев, их устремлений и ценностей»<sup>19</sup>. Психотерапия едва ли не столько, сколько психотерапевтов: одна и та же теория разными психотерапевтами воспринимается и реализуется по-разному.

Важно не то, через двери какой теории терапевт входит в пространство терапии, а то, что и как он в нём делает. Делать же, как заметил один знаменитый психотерапевт, можно всё, что хочешь, если знаешь и понимаешь, что и для чего делаешь — без этого и самым тщательным образом исполняемый протокол терапии чаще всего не работает. Психотерапевт не тот, кто знает, что творится в душе у пациента и как этим управлять, а тот, кто пользуется своим незнанием для того, чтобы душа могла сама управляться с собой.

Опыт оказывается важнее теории. Да и сами теории психотерапии — не столько собственно теории, которые обладают предсказательной силой и на основе которых строится практика, сколько производные практик («Сначала я нахо-

<sup>19</sup> Szasz Th. The myth of psychotherapy. Syracuse Univ. Pr., 1978 и Заз Т. В кн.: *Психотерапия — что это?* М.: Класс, 2000, с.178 – 179.

жу, потом ищу» — П. Пикассо), попытки их скорее объяснения, чем понимания<sup>20</sup>, с созданием более или менее целостных нарративов. Внутри таких теорий (которые, по существу, лишь гипотезы) и в диалогах между ними возникают новые и новые школы, направления и секты, так что сегодня психотерапия насчитывает больше пяти сот, если не больше тысячи, видов со своими представлениями о человеке и своими тезаурусами. А. Бадхен замечает: «Роберто Ассаджиоли когда-то перефразировал Лейбница, сказав, что каждая психотерапевтическая школа права в том, что она утверждает, и ошибается в том, что она отрицает. Каждая школа психотерапии в чём-то справедлива и в чём-то ограничена <...> Схемы и алгоритмы в известной степени могут быть полезны в осмыслиении и структурировании происходящего. Но они также уплощают и упрощают реальность ...»<sup>21</sup>.

Предлагая в начале 1990-ых г.г. концепцию трансметод(олог)ической психотерапии<sup>22</sup>, я имел в виду наряду с утверждением особых состояний сознания как необходимого её элемента *полиметодичность* как свободу обращаться к здесь-и-сейчас требуемым теориям/методам/техникам — не укладывая пациента на их прокрустово ложе, а подбирая их к состоянию пациента в этот момент. Акценты в рассмотрении терапевтического диалога в ней смешены от теорий и технологий к уровням взаимодействия (рис. 1):

**Уровень Оно** — обыденное состояние сознания, фокус на «объективном», рациональном, рассудке; **момент диалога** — изменённое состояние сознания, терапевтический транс, фокус на «субъективном», эмоциональном, переживаниях; в динамике со(отношений) здесь-и-сейчас — терапевт и пациент как акторы процесса, в модельных случаях действующие в рамках медицинской или психологической парадигм.

Эти парадигмы не альтернативны, и абсолютизация их различий работает против психотерапии. Мы различаем, например, невротические и шизофренические обсессии не потому, что проявили в сущность и природу шизофрении, невроза или обсессий, а по тому, как они представлены в опыте (в этом смысле интересно понятие о потолке нормальности). Психотерапия при них обращается к различающимся онтологиям бытия. Онтологичность психологической парадиг-

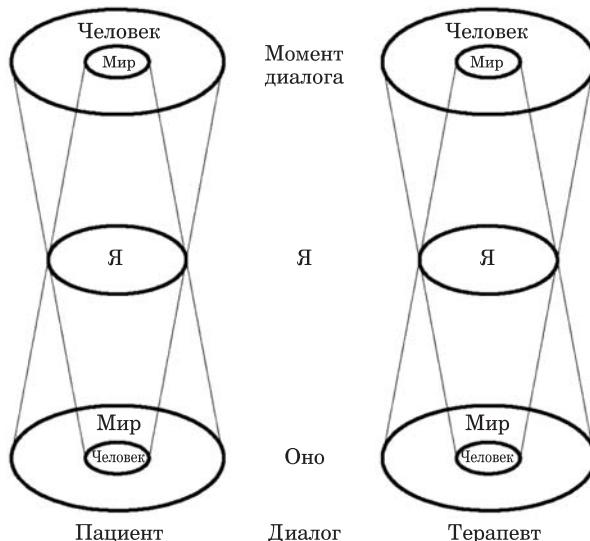


Рис. 1. Терапевтический диалог (Каган В. Е., 2016)

мы не синоним антигносеологии, а осознание и принятие того, что психика неизмеримо сложнее, чем кажется обыденному и сциентистскому мышлению.

Вероятно, это отражение и продолжение того, как складывались мои концепты психотерапии, но мне всегда казалась возможной некая метапарадигмальная модель, фокусирующаяся не на теориях человека и психотерапии, а на видении человека и процесса (см. рис. 2).

Umwelt (*мир вокруг*) — мир объектов, где выброшенный в мир человек один из объектов, элемент мира; Mitwelt (*с миром*) — мир представителей моего вида — людей и отношений с людьми; Eigenwelt (*свой мир*) — сугубо человеческий, субъективный мир, мир переживаний, самоосознавания, самоотношения, сквозь линзы которых мы воспринимаем себя и мир<sup>23</sup>.

В научном дискурсе человек — часть так наз. объективного мира, экземпляр Mankind, особь, двуногое прямоходящее млекопитающее с его анатомией, физиологией, составом крови, механизмами мышления, памяти и т.д. и т.п. Ещё особь, а не особа. В поле этого дискурса жизнь — способ существования белковых тел, а о душе можно, как думал один из отцов психологии У. Джеймс (1842 – 1910), не следует говорить пока неясно прагматическое значение этого тер-

<sup>20</sup> Это точно схвачено в диалоге:

— Послушай, я не понимаю ...  
— Тебе объяснить?  
— Объяснить я сам могу — я понять хочу.  
и в словах: «Пока объяснял, сам понял». — В. К.

<sup>21</sup> Бадхен А. Лирическая философия психотерапии. М.: Когито-Центр, 2014. с.67.

<sup>22</sup> Каган В. Е. Смыслы психотерапии. М.: Смысл, 2018. — 482 с.

<sup>23</sup> Мэй Р. Открытие Бытия. М.: Институт Общегуманитарных Исследований, 2004. с. 145 – 148.

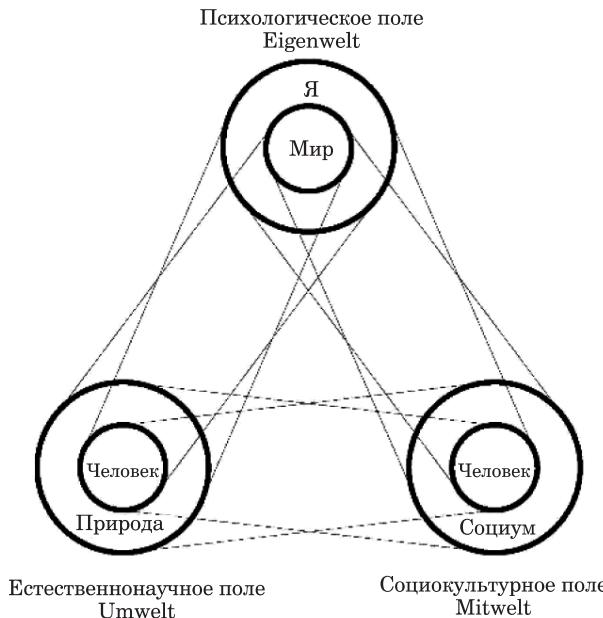


Рис. 2. Дискурсивные поля психотерапии

мина. В нём человек — носитель мозга, *характера, симптома, болезни, заменимый винтик*, а не уникальное экзистирующее бытие. Это поле Science, здесь говорят о *научной, доказательной* психотерапии и т.д. В этом поле происходит то, что называют негативной диагностикой — первым и необходимым этапом диагностики: исключение заболеваний и состояний, требующих прежде всего медицинской, а не психологической помощи. Но сводить понимание к только научному и выводить из него психотерапию — примерно то же, что искать в учебнике химии секрет изготовления бабушкиного пирога.

В *социокультурном дискурсе* человек — часть социокультурной общности, к которой он принадлежит, в которой развивается и живёт, с которой находится в отношениях и взаимодействии. В этом поле Science уступает место Humanities: истории, антропологии, культурологии, этнологии, лингвистике, социологии и т.д. Человек в этом дискурсе тоже часть целого, но следующая (или не следующая) уже не законам природы или науки, а создаваемым самими людьми нормам, договорённостям, обычаям, традициям, канонам, ритуалам и т.д. Они могут помогать адаптации и затруднять её, могут травмировать или быть целебными, обслуживаются органические потребности человека создают

движущие жизнь сказки<sup>24</sup>, направлены на компромисс между популяцией и индивидом. Социокультурный дискурс сходен с научным, включая его в снятом виде, и отличен от него тем, что не только следует (или не следует) правилам мира, но и творит их. Так, изучавшиеся Джоном Кэлхуном на крысах эффекты перенаселения очень сходны с тем, что наблюдается в человеческой жизни, но в научном дискурсе мы обратимся к этологии, а в социокультурном — к социальной психологии или этнологии. В психотерапии социокультурный дискурс трудно недооценить — он отражается во многих содержаниях Я и Сверх-Я, не может не оказываться на установлении и поддержании терапевтических отношений, на эффективности психотерапии.

В этом дискурсе приходится отличать психотехнологии социокультурной регуляции от психотерапии, где существует психотерапевтическое превращение этического<sup>25</sup>, при котором добро пациента для психотерапевта важнее добра с точки зрения морали и нравственности, мира, страны, семьи. При редукции человека к социокультурному дискурсу я рисую действовать не как психотерапевт — не в интересах пациента, а в интересах социокультурных — морали, традиционных или каких-то ещё внешних по отношению к человеку ценностей, как об этом говорит академик РАО, вице-президент РПО, доктор психологических наук С. Л. Кандыбович: «В закон необходимо внести пункт о том, что в своей деятельности психологи действуют не только в интересах клиента, но и в интересах национальной безопасности Российской Федерации. И что деятельность психолога не должна быть нацелена на формирование или поощрение протестных настроений граждан, направленных против действующей власти, президента и правительства РФ. Наоборот, в своей деятельности психолог должен стремиться к минимизации, купированию любых протестных настроений в обществе и у его отдельных членов ради обеспечения стабильного развития РФ. Следовательно, и сами психологи, замеченные в антироссийских, антиправительственных действиях или высказываниях, должны быть лишены права заниматься профессиональной психологической деятельностью. Это должно быть одним из критериев аттестации»<sup>26</sup>, не оставляя в психотерапии места для конституирующих её конфиденциальности, безусловного принятия пациента, недопустимости двойных отношений и конфликтов интересов и т.д. В поле этого дискурса осмыс-

<sup>24</sup> Каган В. Homo Fabulus // Заметки по еврейской истории, 2009, № 117 URL: <https://berkovich-zametki.com/2009/Zametki/Nomer14/Kagan1.php>.

<sup>25</sup> Бадхен А. Лирическая философия психотерапии. М., 2014. — 270 с.

<sup>26</sup> 4 октября законопроект о психологической помощи обсудили в Общественной палате. Психологическая газета, 5 октября 2022 // <https://psy.su/feed/10349/>.

ляются, например, различия религии и психотерапии, так что пасторское психологическое консультирование требует специальной подготовки и не смешивается с собственно работой священника.

Третий дискурс — *психологический*. В нём ключевое слово, золотой ключик — *переживание*. Человек живёт во внешнем мире и несёт мир в себе, ориентируясь и действуя по картам не только и не столько знания, сколько понимания и переживания. В рамках этого дискурса работающие в научном поле законы не работают: душа не живёт по законам логики и хронологии — здесь господствуют синхронность и аналогия<sup>27</sup>. «Прошу, не опрокидывайте шарик. Да разве можно опрокинуть шарик? Где верх у шарика и где, скажите, низ?» (Николай Панченко). Но мы в стремлении объять необъятное ухитряемся опрокидывать шарик, разрывая неразрывное и редуцируя целостность человека и психотерапии к одной из сторон. В учебнике, в обсуждении на них можно взглянуть по отдельности, но в жизни и психотерапии они по отдельности не существуют. В поле научного *ad absurdum* дискурса терапевт рисуется как исследователь и манипулятор: «... мы все исследовали образцы поваренной соли или препарировали лягушку. Таким образом, мы изучали их свойства в целом. Конкретно та самая соль или та лягушка нас не интересовали <...> Каждый из нас несомненно является личностью <...> ровно настолько, насколько мы позволяем воспринимать нас как определённый тип, как пример чего-то, часть чего-то, такого-то класса *Homo Sapiens*, пусть даже самого творческого *Homo Sapiens*, именно настолько мы перестаём быть самими собой»<sup>28</sup>. Т.е., коммуникация *терапевт — пациент* не только перестанет быть коммуникацией Я — Ты по М. Буберу, что и так уже случается у патерлистски настроенного научного психотерапевта с коммуникацией Я — Оно, но и может выродиться в коммуникацию Оно — Оно, где место терапевта займёт и уже начинает занимать искусственный интеллект — недалеко время, когда надев специальные очки, можно будет сконструировать себе по своему вкусу 5G психотерапевта, у которого однако не будет сопереживания и сопереживающего понимания<sup>29</sup>, как у фаллои-

митатора, надувной подруги или цифрового секса — романтики и нежности.

Наконец, дискурс *метафизический*. «Человеческая жизнь — это *тайна* внутри безграничной *тайны*»<sup>30</sup>. Человек знает о себе намного больше, чем о своём знании о себе. «Человек больше себя самого (трансперсонален), потому что он меньше себя самого (субперсонален)»<sup>31</sup>. Метафизика — то, что после физики — сверхопытное, не открывающееся обыденному взгляду на вещи и связанному с ним опыту. Она существует в каждом из дискурсивных полей и вместе с тем образует среду их целостности. «Метафизическое мышление как мышление в предельных понятиях, охватывающих целое и захватывающих экзистенцию»<sup>32</sup> говоримо, но не сказуемо — мы не можем выразить его содержание, как выражаем так наз. объективное знание. Это несказуемое и неизобразимое дискурсивное поле, в котором плавают и которым пропитаны остальные три показанные на схеме поля.

Академик Герш Будкер — ядерный физик, его в ненаучности не заподозришь — сказал: «Когда мы объясним всё, останется некий метафизический остаток, который на самом деле всё и объясняет». У этого метафизического остатка есть свойство увеличиваться по мере раскрытия его тайн — чем больше узнаём, тем он больше, чем больше ответов, тем больше вопросов. Будем мы понимать под метафизикой то, что ещё неизвестно науке, или нечто мистическое, религиозное, холистическое, не так важно, как важно то, что *оно* есть, хотя что такое это *оно* мы не знаем. Это вне логики «что доказано, то и есть», да и далеко не всё, что есть, доказано. Многое в понимании человека и психотерапии зависит от того, принимаем ли мы существование метафизики и её участие в том, что делаем. С ней можно, конечно, не считаться, но за это приходится дорого платить. «Метафизическое познание — не просто процесс обретения нового знания для построения субъективной модели уже существующего мира, это обретение новой жизни, нового мира, это постоянная готовность проявления нового отношения ко всему. <...> Наука, в силу рационалистической однозначности формы, не способна выразить суть такого знания. <...>

<sup>27</sup> Дальке Р., Детлефсент Т. Болезнь как путь. СПб, 2005. — 320 с.

<sup>28</sup> Перси У. Роман как средство диагноза. // Иностр. лит., 1988, 2, с. 224.

<sup>29</sup> Василюк Ф. Е. Сопереживание как центральная категория понимающей психотерапии // Консультативная психология и психотерапия. 2016. Т. 24. № 5. С. 205 – 227.

<sup>30</sup> Бюдэксенталь Дж. Предательство человечности: миссия психотерапии по восстановлению нашей утраченной идентичности. том 3. // В кн.: Эволюция психотерапии: В 3-х т. М.: «Класс», 1998, с. 207.

<sup>31</sup> Генисаретский О. И. Психопрактика культуры. В: Психология и новые идеалы научности (материалы «круглого стола»). // Журнал «Вопросы философии», 1993, № 5. <https://gtmarket.ru/library/articles/5772>.

<sup>32</sup> Хайдеггер М. Основные понятия метафизики. Мир – Конечность – Одиночество. СПб.: Владимир Даль, 2013, с. 31.

нужны совокупные силы ума, души и тела, требующие особенных средств выражения. <...> В этом процессе должны ... быть задействованы не только логика и чувства, а **весь человек с его индивидуально-телесной определённостью** (выделено мной — В. К.)...»<sup>33</sup>. Сказанное в культурологическом контексте эти слова можно применить к психотерапии, особенно, если вспомнить, что по происхождению и бытovanию она явление прежде всего культурное. Этот дискурс перекликается с четвёртой, по А. Маслоу, силой — трансперсональной психологией и головокружительно развивающимися данными нейронаук и когнитивистики.

Лобовые атаки профессионалов на метафизическое как антинаучное, мракобесное, шарлатанское и проч. обращены к *человеку-каким-он-по-их-мнению-должен-быть*, а не к *человеку-какой-он-есть* со всем разнообразием картин мира и уникальностью экзистенциальных коллизий. Подавляющее большинство людей, в том числе и учёные, обладая хорошо усвоенной галилеевско-ньютоновской картиной мира, в жизни действуют так, будто находятся в античном живом и откликающемся на человеческие действия Космосе<sup>34</sup>. Не считаться с этим невозможно — моё общение с пациентом существенным, хотя не всегда для всех явным образом зависит от того, принимаю я его взгляд на мир или отвергаю как суеверие, глупость и т.д.

Научный, социокультурный, психологический и метафизический дискурсы создают дескриптивное пространство, в котором я как практик могу чувствовать себя достаточно свободно по сравнению с восприятием человека сквозь призму какой-то одной, пусть и самой замечательной теории. Работает психотерапевт собой или техникой? Это не обязательно противоположности: и работая техникой, он работает собой, так что одна и та же техника в исполнении разных психотерапевтов или даже одного и того же в разное время и с разными пациентами оказывается не совсем одной и той же. Но в любом случае он ёщё и фасилитатор — человек, по определению С. Братченко, максимально вовлечённый в ситуацию и одновременно максимально отстранённый от неё<sup>35</sup>. Его задача — контроль и организация коммуникации, в том числе оперативная уровнявая/дискурсивная подстройка к пациенту.

Если оба участника в дискурсе *Umwelt*, их диалог будет, в терминологии М. Бубера, диало-

гом Оно — Оно. Пациент тогда в прямом смысле носитель — приносит свои симптомы, что довольно типично для теряющей человека высокотехнологичной и узкоспециализированной медицины. В психотерапии так бывает, когда психотерапевту адресуются ожидания как делающему чудеса волшебнику, а для него психотерапия — техническое мастерство. При супervизии случается наблюдать, как сводящий психотерапию к технологии терапевт ищет симптом-мишень или проблему-мишень («Психолог в болезни ищет и видит проблему, психиатр в проблеме ищет и видит болезнь», как заметил Б. Г. Херсонский), затем использует пусты даже блестящие и абсолютно уместно технику, а затем повисает неловкая пауза — не осознанный акт, не *активное неделание*, о котором говорит Р. Кочюнас, а растерянность, когда терапевт ищет новую мишень для использования техник. *Понять* восходит к древнерусскому *яти* — иметь, братъ, овладевать; даже сквозь *объять* (*обнять*), *приязнь* просвечивает *нечто* предметное — не кто, а что, и *завершённость* действия («Дело было за мной. И мгновенно покончил я с делом, и оделся и вышел... Волна возбужденья прошла. День был бел, как пробел на листе сверхъестественно белом. Наступила пора за другие приняться дела!» Леонид Мартынов). И дай бог вовремя спохватиться, перейти от воздействия к взаимодействию, от манипуляций к диалогу, чтобы, когда пациент уйдёт, ты так и не мог сказать, что понял его: тайна пришла — тайна ушла, ты просто помог ей оставаться живой, разгадывающей себя и меняться. Но встреча Оно — Оно может быть и вариантом продуктивной психологической дистанции. Дело не в том, что варианты плохи или хороши, а в том, достаточно ли гибок терапевт в диалоге с пациентом.

Диалог Я — Ты разворачивается на уровне двух *Eigenwelt* и является условием, по Тамар Крон, момента диалога. «Можем ли мы обучить себя диалогу, чтобы каждый раз уметь добиваться его установления? Можем ли мы осуществлять контроль над диалогом? Ответ на это — нет. Мы не можем выучиться диалогу или натренироваться в нём подобно тому, как мы учимся техническим приёмам или методам или тренируемся в их применении... Момент диалога наступает непроизвольно, внезапно, неожиданно, его невозможно поддерживать насилино. Но мы можем однако подготовить себя к наступлению этого момента, подготовиться для того, чтобы не пре-

<sup>33</sup> Савельева М. Основание единства метафизики и литературы в культуре Серебряного века. // В кн.: Metafizika a literatura w kulturze rosyjskiej. Метафизика и литература в русской культуре. Kraków, 2012, с. 11 – 12.

<sup>34</sup> Мак-Клоски М. Интуитивная физика. // В мире науки, 1983, № 6, с. 90 – 91.

<sup>35</sup> Братченко С. Экзистенциальная психология глубинного общения. Уроки Джеймса Бюджентала. М.: Смысл, 2001. — 197 с.

пятствовать ему, не остановить или не упустить такой момент, когда он придёт»<sup>36</sup>. Невозможно рассказать, как действуешь в этот момент: «Я совершенно не в состоянии описать, как это делается. Но ведь и ты не сможешь мне объяснить, каким образом слышишь. Поскольку я тоже слышу, мы можем говорить о том, что слышим, но не *как* слышим»<sup>37</sup>. Терапевт этим моментом не управляет, здесь всё происходит само, здесь царит та удивительная ясность, прозрачность, о которой в иных связях и контексте говорит Алла Демидова: «Мне кажется, люди вообще прозрачные... Причём они проявляются в мелких-мелких реакциях... неожиданных, о которых они даже не подозревают. Именно так, там они проявляются... не в словах, не в поступках, не в привязанностях — ни в чём и меньше всего в словах»<sup>38</sup> — раньше, чем успеваешь осознать и назвать, улавливаешь изменившийся блеск глаз или первые лучи лёгкого румянца или чуть более смелый выдох... Момент диалога возникает не в обыденном, а в изменённом по трансовому типу состоянии, когда всё *происходит само*, возможны инсайты, Янусово мышление<sup>39</sup>, сходятся не сходящиеся в обычном мышлении противоположности. Именно поэтому поведенческая имитация психотерапии (сесть так-то, сказать то-то...) без выхода в такое состояние, как правило, не работает (иногда пациент входит в него независимо от умысла терапевта и осознаваемых терапевтом действий, но это уже другая тема). Осознавание динамики своих и пациента дискурсивных полей взаимодействия, гибкая подстройка к ним на разных языках (слов, образов, чувств, мимики и пантомимики, дыхания, ритмики и фонематической музыки речи, пауз и т.д. и т.п.) составляют важную часть работы психотерапевта, состоящей в продвижении к моменту диалога, который, по существу, есть момент резонанса, когда диалоги на разных языках сходятся в точке сборки единого смысла, который может быть открыт, но не может быть запланирован и сотворён. Этот долгий миг инсайта открыт переживанию, но не управлению внутри него, и принципиально несказуем.

Дисгармония дискурсов встречи чревата неудачами, отдельный анализ каждой из которых долог, может уводить в дебри частностей и сам по себе не решает проблему. Часто, например, обсуждается западание терапевта в роль спасателя. Можно прекрасно знать все проявления такого

западания и заучить наизусть триста полезных советов по его избеганию, при этом не распознавая в себе спасателя. Но если я вижу, какие дискурсивные поля у меня и пациента заняты сейчас в диалоге, подстройка более адресна и даётся легче.

Подчеркну — дискурсы, а не элементы. Это подчёркивается тем, как понимал Umwelt Якоб фон Икскюль<sup>40</sup>, пытавшийся ввести в теоретическую биологию проблему смысла в живой природе. Umwelt — это значимый для живого организма срез мира, в котором и с которым организм может действовать и взаимодействовать. Князева цитирует одну из работ Икскюля: «Umwelt нельзя свести ни к организации субъекта действия, ни к организации окружающей среды. Umwelt — это продукт взаимодействия между тем и другим. **Субъект и объект, когнитивный агент и среда его активности составляют единство и взаимно определяют друг друга** (выделено мной — В. К.)... Umwelt — это мир смыслов. В понятии Umwelt подчёркивается субъективность и смысловая определённость мира живого существа <...> Всё, что субъект (живое существо, не только человек — В. К.) воспринимает, становится его миром восприятия (Merkwelt), а всё, что он делает, становится его миром действия (Wirkwelt). Мир восприятия и мир действия составляют вместе единое целое... Umwelten... столь же многообразны, как и сами животные». У Я. Икскюля (м.б., потому что в его системе не присутствуют Mitwelt и Eigenwelt) более определённо, чем у Р. Мэя, звучит понимание Umwelt как, скажем, *субъект-объекта* — единства не только в динамическом, но и в качественном содержании, и не просто единства, а слияности — это не Я в Mire или Mire в Я, а Я-Mire. Психологу, особенно экзистенциальному, может быть трудно принять не только введение понятия смысла в биологию применительно к «братьям нашим меньшим», но и то, что — цитирует Е. Н. Князева Я. Икскюля — «Смысли выделяет не только живое существо, но и сама действительность открывается как смысловая живому существу. <...> Umwelt — это то, что значимо и несёт смысл для живого организма в отличие от окружающей среды (environment); для всего живого действительность открывается как смысловая; <...> Живое существо втягивает мир в себя, превращает

<sup>36</sup> Крон Т. Исцеление через общение // Вестник РАТЭПП, 1992, №2, с. 29.

<sup>37</sup> Кастанеда К. Учение дона Хуана. Особая реальность. СПб: Артис, 1992. — 382 с.

<sup>38</sup> Демидова А. Мне кажется, что люди все прозрачны. ЖЗЛ с Дмитрием Быковым // URL: <https://www.youtube.com/watch?v=1ilKfyqTFQ0>.

<sup>39</sup> Rothenberg A. The emerging goddes: the creative process in art, science, and other fields. Chicago/London: The Univ. of Chicago Press, 1979. — 440 p.

<sup>40</sup> Князева Е. Н. Понятие Umwelt Якоба фон Икскюля и его значимость для современной эпистемологии // Вопросы философии, 2015, № 5, с. 30 – 43.

внешнее во внутреннее, а себя распределяет, *распыляет* в окружении. <...> объективный внешний мир и субъективный внутренний мир находятся в отношении взаимной детерминации». По отношению к жизни и миру человека Umwelt это не объективная среда, а мир, создаваемый человеком и создающий его: среда двух соседей по коммунальной квартире одна, но Umwelten — миры, круги, частью которых они являются, — разные и часто непроницаемые. Umwelt не статичен, он развивается, расширяется от детства ко взрослости, доходит до пика в зрелости и постепенно сужается к старости. Если в животном мире Umwelt — закрытая, замкнутая в себе целостность, то Umwelt человека свойственна открытость. «Мы строимся от окружающего мира, который непрерывно строится и достраивается нами... это созданный нами окружающий мир, обратно влияющий на нас самих. Umwelt — это и наш микросоциум, мир наших непосредственных природных и социальных связей и отношений. Живой организм и окружающая среда совместно и взаимно конституируют друг друга... Миры живых существ в живой природе — это их экологические ниши, в человеческом мире — ниши когнитивные, культурные, социальные и т.п. Umwelt Икскюля включает в себя миры объектов (Umwelt), отношений (Mitwelt) и переживаний (Eigenwelt) Р. Мэя и существует в неразрывном единстве с мирами восприятия (Merkwelt) и действия (Wirkwelt).

В предлагаемой модели трансметодичность как мультиметод(олог)ичность продолжается в трансдисциплинарность, которая в отличие от мульти- и междисциплинарности: 1) признаёт существование разных уровней реальности, каждый из которых изучается отдельными дисциплинами как фрагмент реальности; она стремится создать холистическое, целостное видение процесса на нескольких уровнях одновременно; она не антагонист междисциплинарности, а её дополнение; 2) в отличие от логики исключённого третьего (*tertium non datur*) она действует по логике включённого третьего — соединяет, объединяет противоположности по принципу дополнительности; 3) стремится постигать реальность синергетически — в её сложности<sup>41</sup>. Психотерапия — трансдисциплинарная область, в ней сходятся и объединяются самые разные дисциплины и методологии<sup>42</sup>.

Всё это разворачивается в космосе метафизики, которая может быть настроена не только на

глобальные и макроуровневые вещи — бытие, дух, здоровье и т.д., но и на «...предельно малые, логически узкие, конкретные понятия и внепонятийные единичности, элементарные мыслимости» — квантовая метафизика, микрометафизика<sup>43</sup>. Основы её были впервые выражены блаженным Дунсом Скоттом (XIII – XIV вв.), учившим, что в отличие от универсалий индивиды — единствено реальные существования. Главный предмет квантовой метафизики — «Этость (thisness, haecceitas) можно определить как чистый субстрат единичности, из которой вычленены все общие свойства и предикаты, которые она делит с другими единичностями, — свойство быть собой и ничем другим»<sup>16</sup>.

В психологии и психотерапии понятию Этости отзыается Самость. Вокруг неё, как и вокруг всех метафизических — напомню, несказуемых — понятий много споров, но надеюсь, что у нас не будет серьёзных разногласий по поводу того, что с ней мы в ходе психотерапии прежде всего и имеем дело. Этость я читаю как персона. Персона — не в смысле духовности, маски, личины, социальной роли, публичного лица, не в смысле личности и её неповторимости как явлений и теоретических конструктов, не в смысле детали чего-то общего, а в смысле живой целостной этости, самостности отдельного человека — «Не сравнивай: живущий несравним» (О. Мандельштам). Персонология метафизична, утверждает Г. Тульчинский, ссылаясь на М. Бахтина: «Мир познаётся, осмысляется и символизируется человеком через персонализацию <...> Все попытки изнутри теоретического мира прорваться в действительное бытие-событие безнадёжны; нельзя разомкнуть теоретически познанный мир изнутри самого познания до действительно единственного мира... Единственную единственность нельзя помыслить, но лишь участно пережить»<sup>44</sup>. О сопереживающем понимании позже говорил Ф. Е. Василюк (см. выше). Персона как самостность, этость невозможна вне диалога, вернее — полилога) человека с собой (учитывая то, что А. Асмолов называет *многойностью*) и жизнью. Такое понимание, безусловно, связано с тем, о чём говорили М. Бубер, М. Бахтин и др., но не дублирует их. Я долго не мог найти имени для него и бесконечно признаителен Александру Асмолову, на Первых Щегловских чтениях в 2021 г. назвавшему мой подход *персонологической герменевтикой*. Персона — человек, переживающий себя и мир в своих отношениях с собой и миром. Отсюда прямая нить

<sup>41</sup> Князева Е. Н. Трансдисциплинарные стратегии исследований. // Вестник ТГПУ (TSPU Bulletin). 2011. № 10, с. 193 – 201.

<sup>42</sup> Примером того, как к этому можно подходить, является семинар Иосифа Зислина «Языки психиатрии» // URL: <https://www.youtube.com/channel/UC6numUqNJP1EM0H9-yL2KLA>.

<sup>43</sup> Эпштейн М. Проективный философский словарь. // Филос. науки, 2009, № 10, с. 108 – 109.

к переходу от множества академических определений экзистенции к: экзистенция — это переживание себя и мира в своих отношениях с собой и миром<sup>44</sup>. Она — путь в терапию и путь в терапии, персонологизация/экзистенциализация которой — основная сила интеграции. Как не без иронии заметил Кирк Шнайдер на VII конференции Восточно-Европейской ассоциации экзистенциальной терапии в 2012 г., «даже американские (прагматически ориентированные — В. К.) психологи начинают понимать важность экзистенциального подхода». Что бы ни предъявлялось как проблема, уже за самим обращением, за решением искать помощи стоит экзистенциальное переживание ограничения свободы, одиночества перед лицом этого ограничения и необходимости переосмысливания своего бытия. Любая психотерапия экзистенциальна: что не экзистенциально, то не психотерапия, но проявляется/выражается это в требующих прочтения нарративах.

Инструмент персонологической герменевтики — прежде всего слушание, необходимые условия которого: безусловное принятие пациента и терапевтическая метаморфоза этического — «Нравственный закон, могущий при иных обстоятельствах вызвать этическую оценку, в терапевтических отношениях становится эмпатическим откликом, этическое правило заменяется состраданием»<sup>45</sup>. Говорят, способность слушать это хорошее воспитание, а способность слышать — талант; слышать не слова, а то, что за словами, что захватывает человека, а выразить это он почему-то не может. Подобно терапевтической эмпатии терапевтические слушание и слышание тренируемы. Моя метафора психотерапии — трубач в углу. Когда ещё не было нынешней звукотехники, трубачи репетировали в углу — угол резонировал, и можно было слышать свою игру. Психотерапевт, если его восприятие не зашорено теориями, такой угол — он отражает, подстраиваясь к пациенту, слушает и смотрит, наблюдает, идя вместе с пациентом, а не навязывая свой путь, видит те *мелкие-мелкие* вещи, о которых говорит А. Демидова (см.

выше). Причём наблюдает человека, наблюдающего себя и находящегося в диалоге с собой — в процессе его аутотерапии, что позволяет работать не вместо пациента, а вместе с ним. К тому же скорость речи, как минимум, на порядок меньше скорости мысли, и человек слышит самого себя, благодаря чему имеет возможность встретиться с тем, что остаётся скрытым в жизни на бегу. Можно обратиться и к образу из притчи. Фермер потерял в сарае с сеном свои часы и ни он сам, ни нанятые им мальчишки не могли их найти. Когда он уже совсем отчаялся, вызвался попробовать ещё один мальчик, который, пробыв сколько-то времени в сарае, вышел с часами, а на удивлённый вопрос фермера, как он это сделал, сказал, что он ничего не делал — просто слушал, пока не рассыпал тиканье. В тишине терапевтического слушания и пациент, и терапевт получают возможность *услышать тиканье*. Психотерапия не просто практическое приложение герменевтики как философского метода, она в известном смысле (по аналогии с *практическая психология и психологическая практика*) герменевтическая практика — прочтение реальной индивидуальности личности и её жизни в контексте помогающих отношений.

В блестящей по своему весёлому критицизму книге<sup>46</sup> А. Сосланда иронически замечает, что, пока количество психотерапий не обгонит количества психотерапевтов, будут предлагаться новые теории, методы и т.д., создание которых обслуживает больше интересы авторов, чем интересы науки и психотерапии, что, впрочем, не помешало ему наполнить свою книгу множеством новых предложений. Предлагаемые модель и подходы не претендуют на возведение в степень теории или методов, но касаются самого процесса психотерапии как деятельностного диалога вне зависимости от школ и направлений. Они опробованы на моих мастерских психотерапии в 2008 – 2022 годах, и я не видел причин отказаться от возможности поделиться ими в надежде, что они могут помочь читателю ставить свои вопросы и искать свои ответы на них.

<sup>44</sup> Тульчинский Г. Л. Персонологический поворот. // URL: <http://philosophy.niv.ru/doc/dictionary/projective/articles/73/personologicheskij-povorot.htm>.

<sup>45</sup> Бадхен А. Лирическая философия психотерапии. М.: Когито-Центр, 2014, с. 144.

<sup>46</sup> Сосланд А. Фундаментальная структура психотерапевтического метода или как создать свою школу психотерапии. М.: Логос, 1999. — 368 с.

**ЛИЧНОСТЬ ПСИХОТЕРАПЕВТА**  
**Двадцать седьмая научно-практическая конференция**  
**«Консторумские чтения»**

**16 – 17 декабря 2022 года**

Конференция проходила в онлайн-формате на платформе Zoom.

**Председатель:** Борис Аркадьевич Воскресенский, психиатр, психотерапевт, доцент кафедры психиатрии и медицинской психологии факультета лечебного дела Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н. И. Пирогова, заместитель председателя Общества клинических психотерапевтов Независимой психиатрической ассоциации России.

1. Ю. С. Савенко, психиатр, президент Независимой психиатрической ассоциации России. Вступительное слово. 20 мин.

2. А. А. Шмилович, психиатр, психотерапевт. «Выбор партнёрства или патернализма в психотерапии пограничных состояний». 15 мин.

3. Н. Л. Зуйкова, психиатр, психотерапевт. «Профессиональная этика психотерапевта в современных условиях и вызовах». 15 мин. (тезисы не представлены)

4. Т. В. Агибалова, психиатр, психотерапевт. «Значение поддерживающей супервизии в профилактике синдрома эмоционального выгорания психотерапевта». 15 мин.

5. С. Д. Левина, психиатр, психотерапевт. «Воспитание психотерапевтического мышления у начинающих психиатров». 15 мин. (тезисы не представлены)

6. И. Н. Иванова, психотерапевт, дерматовенеролог, Г. Н. Иванова, психотерапевт. «Психодерматозы. Авторская методика терапии дерматозного бреда у больных хроническими дерматозами». 15 мин.

7. Г. Н. Иванова, психотерапевт, И. Н. Иванова, психотерапевт, дерматовенеролог. «Краткосрочная психотерапия в центре реабилитации в формате ОМС». 15 мин.

8. Т. В. Спирин, специалист по социальной работе ПНД №21, аспирант кафедры философии ВолГУ. «Религиозное сознание психотерапевта: идеологический аспект личности». 15 мин. (тезисы не представлены)

9. Е. В. Власова, ординатор 2-го года обучения (по специальности Психотерапия): «Роль личной психотерапии в становлении профессиональной идентичности психотерапевта». 15 мин.

**Председатель II отделения:** Людмила Васильевна Махновская, психиатр, психотерапевт, доцент кафедры психотерапии и сексологии ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» МЗ РФ.

1. М. Е. Бурно, психиатр, психотерапевт. Зачное сообщение. «О художественных психотерапевтических рассказах клинициста». 15 мин.

2. Т. Е. Гоголевич, психиатр, психотерапевт. «Влияние личности психотерапевта и выбранного метода на эффективность психотерапии. Пример помощи методом Терапии творческим самовыражением М. Е. Бурно в случае с самоповреждениями у пациентки аутистического склада». 15 мин.

3. А. А. Филозоп, клинический психолог, психотерапевт. «Гуманитарно-культурологическая ТТС Е. А. Поклитара». 15 мин.

4. И. П. Маркова, психиатр, психотерапевт, психолог. «Психотерапевт и формирование воли к жизни». 15 мин.

5. К. Е. Горелов, психиатр, психотерапевт. «Психотерапевтический метод Терапии творческим самовыражением М. Е. Бурно (ТТСБ). О некоторых личностных свойствах психотерапевта, помогающих работе». 15 мин.

6. К. М. Миженрова, психиатр, психотерапевт. «Опыт врачебного постижения ТТСБ в группах творческого самовыражения за много лет». 15 мин.

7. Ю. В. Позднякова, педагог-психотерапевт. «“Батюшка Покров” (занятие с тревожно-депрессивными пациентами по психотерапевтической повести М. Е. Бурно)».

8. Т. А. Гоголева, клинический психолог, психотерапевт. «Материалист или идеалист. К вопросу выбора подходящего психотерапевта». 15 мин.

9. Л. В. Махновская, психиатр, психотерапевт. «Личность, как творческий рабочий инструмент психотерапевта». 15 мин.

10. Г. С. Локута, ординатор 1-го года обучения (по специальности Психотерапия): «Личность психотерапевта в педагогической работе со старшеклассниками и студентами ВУЗов» (тезисы не представлены)

**Вступительное слово Ю. С. Савенко**

Вопреки всем бурям и длящимся трагическим событиям мы доплыли до 27-летия Консторумских чтений, когда наша профессия стала намного востребованней и труднее даже для нас самих.

Как всегда удачно выбрана тема для обсуждения – личность психотерапевта. Сколько бы давней и неоднократно обсуждаемой она не была, она никогда не устареет, так как повторений не бывает, бывает только сходство. Каждый раз мы оказываемся во многих отношениях в новых неповторимых условиях. Сейчас ежедневно гибнут люди, и ответственность за это неизбежно ложится и на нас.

Есть принципиальное различие между индивидуальной, групповой и массовой психотерапией. Последняя – это не психотерапия, а манипуляторное воздействие, как гипноз Кашпировского — пропаганда.

Принципиально различна психотерапия транзиторных ситуационных состояний, пограничных и психотических больных.

Тезис о фундаментальной роли в процессе психотерапии личности психотерапевта, необходимости конгруэнтности его личности с личностью пациента, о том, что мы лечим собой, собственной личностью, является, пожалуй, самым древним. Высказанный выдающимися профессионалами он до сих пор понимается по-разному и далеко не всегда правильно, в меру собственно опыта и уровня. Но это слишком общая формулировка.

Что понимается под личностью? Под конгруэнтностью? И даже под успешностью психотерапии? В конкретном реальном исполнении это сложнейшая задача. Прежде всего, это наша конгруэнтность не просто с конкретным пациентом, а с его конкретным страданием, конкретной историей жизни, конкретной ситуацией, в которой он оказался, и часто жесткими перспективами его жизни, с конкретными сугубо индивидуальными комплексами, гиперэстезиями и особенностями, которые подчас игнорируют, тогда как это может быть путем воздействия и управления. Поэтому необходимо знание, пускай поначалу недифференцированное, как квалифицировать его личность и его страдание.

«Личность», так же как «понимание» это отнюдь не психологические категории. Уже с этого шага начинаются — скажем мягко — недоразумения с восприятием психиатрами нашего профессионального фундамента — общей психопатологии Ясперса. Личность — это антропологическая категория, т.е. всеохватная в отношении всех слоев и уровней её существа и, прежде всего, человеческая, т.е. духовная, но коренящаяся и неотрывная от человека как живого и духовного создания, — гуманность, человечность — это, прежде всего, этическая категория. Для нас, как пси-

хотерапевтов, важно знать уровень и характер духовности пациента в самом общем виде, к какой культуре, конфессии, социальному слою, семейному положению он принадлежит.

Наконец, какой клинический диагноз и состояние на данный момент — непсихотический или психотический, с каким синдромом мы имеем дело в биографическом срезе. Каков патохарактерологический фон, каковы реальные жизненные риски.

Нередко игнорируют такие особенности как преобладание определенной сенсорной модальности пациента — зрительной, слуховой, тактильной или обонятельной; сердечной, дыхательной, брюшной или какой другой соматической недостаточности и, конечно, порядок приоритетности: сексуальной и половой жизни, косметических проблем, экономического положения, социальной успешности, а также характера способностей, умений и интересов. Знание и умение схватить эти конкретные особенности служат индивидуализации, которая — основа нашей профессии.

Человек — духовное, социальное, политическое животное, и любое социальное действие — это действие с оглядкой на окружающих в микро- и макро-социальной среде, прежде всего, на свою референтную группу, которая диктует определенные социальные роли и соответствующие типы поведения. Внутренние и внешние конфликты разной глубины и разрешимости создают напряжение, значимое для здоровых и тем более больных людей. Многовековой опыт показал, как значима атмосфера окружающего дружелюбия, но прежде всего, определенного конкретного лица. Как помогает его простое участие, даже молчаливое присутствие, в силу особой чуткости к стилю поведения окружающих, к интонации их голосов, к переживанию брошенности, неопределенности, мрачной перспективы. 40 лет консультируя реанимационные отделения, я не переставал поражаться, как, казалось бы, даже очень тяжелые, терминальные больные, с помраченным сознанием, неожиданно обнаруживали на неторопливо терпеливое участие совершенно адекватную реакцию ориентации среди, казалось бы, полной дезориентации в окружающем. «Профессор, — спрашивали они, — где я? Что со мной?». Действовал контраст вынужденного поведения перегруженных врачей-реаниматологов и персонала. Я был востребован очевидным для всех образом даже одним этим.

Реалистично ли говорить в наших современных условиях о профориентации психотерапевтов по их способности к сопереживанию, вчувствованию, эмпатии? Хотя уже более полувека существуют руководства по определению этой способности и тренажу в ней. Острота этой проблемы в значительной мере смягчается наличием востребованности диаметрально противоположного

стиля психотерапии. — Фигурально говоря, «не по, а против шерсти», психотерапии, требующей директивного, манипулятивного, «хирургического» стиля такого умения и такого рода методов, либо подбора конгруентных себе пациентов. Советское прошлое и грандиозные успехи современной пропаганды демонстрируют успешность этих методов на достопамятном примере советского метода обезболивания родов, более дешевого, чем, скажем, закись озота. Наш «Независимый психиатрический журнал» опубликовал в 1999 г. (НПЖ, 1999, 1, 26 – 33) метод талантливого литовского психотерапевта Александра Алексейчика. Мы знаем лечебное действие диаметрально противоположных приемов и вне психотерапии. Так успешно применяется терапия сном и депривацией, лишением сна, голодом и перееданием, оранжерейными условиями и, наоборот, жесткими нагрузками, десенсибилизацией и стрессовыми методами, психологическим шоком. До сих пор бытует совершенно непрофессиональное отношение к «школе психиков», как чуть ли не извергам, лечившим пытками разного рода, тогда как еще Карл Бонгёффер объяснил это отчаянными попытками вырвать из психоза на реальном эмпирическом опыте успешности этой практики. Болевой шок, психический шок, всевозможные виды самого принципа шоковой терапии вплоть до ЭСТ, проникшие даже в психофармакотерапию в форме метода обрыва, зигзага, оказались высоко действенными при адекватном применении в новых модификациях.

В конце концов, нельзя забывать, что индоктринация в новую веру тоже происходит в результате потрясения от низвержения своих святынь, а в гениальном изображении Джорджа Оруэлла — в результате индивидуально подобранной пытки. Я говорю об этом сегодня здесь по, казалось бы, противоположной теме не случайно — следует нам самим встряхиваться, тем более в условиях трагически складывающейся действительности, сознавая, что буквально все, что кажется нейтральным, невинным, любой предмет, любое неосторожное слово могут оказаться оружием, которое может обратиться в противоположную желаемой сторону, что в любого человека и каждого из нас заложена полярность чувств и всевозможные искушения и самообманы. Выразителен пример двух выдающихся актеров и — при этом циников-аморалистов — Никиты Михалкова и Жерара Депардье. Одних их роли углубляют, других релятивизируют, разворачивают. Но особенно разворачивает власть.

В познавательной, эмоциональной и коммуникативной способности любого человека выделяют преобладающий тип прирожденного баланса интровертивной и проективной установки, в зависимости от конкретного предмета осуществляющей деятельности и в контексте конкретной ситуации. В психодинамической литературе го-

ворят, соответственно этому, об интровертивной эмпатии, т.е. самозабвенном вчувствовании в пациента, и проективной эмпатии, т.е. проекции на пациента своих собственных затаенных и подсознательных содержаний. Таким образом осуществляется взаимная психотерапия пациента и врача. Т.е., в конечном счете, каждый находит адекватное себе место приложения своих усилий, что не снимает проблемы адекватного подбора, где приоритетом является спонтанный тропизм пациента. Когда мы говорим о роли личности психотерапевта, о том, что успех психотерапии связан не столько с психотерапевтическим методом, сколько с личностью психотерапевта, мы опираемся на то, что адекватная оценка вклада психотерапевта должна осуществляться не формально, по конечному результату, а по тому облегчению, которое он приносит в процессе облегчения страдания. Я вспоминаю, как меня упросили в Онкоцентре вырвать из чувства обречённости больную с — как мне сказали — неподтверждённым онкозаболеванием, и как были довольны ее муж и сын, что обманули меня. Между тем, для многих нужна противоположная тактика, в духе торжественного обязующего и в то же время наиболее освобождающего от всего профанного, *memento mori*.

Эмпатия — не умственный, когнитивный, и не только эмоциональный, а целостный, личностный процесс идентификации определенного уровня и полноты по отношению к конкретной личности в ее конкретной ситуации, что является более объемлющим, чем обычное понимание. Эмпатическое понимание — это «безусловное принятие» внутреннего мира пациента, которому следует придать конструктивную направленность. Это противоположно научной установке и принципиальному различию естественной, требующей только любви, и научной клинической психотерапевтической эмпатии, при которой должно сохраняться трезвое здравое объективное представление о положении дел.

Таким образом, необходимо ясное, простое и конгруэнтное личности пациента в его конкретной ситуации решение и формирование соответствующей общей установки, плана действий и его осуществление, что не означает единственности каких-либо решений, не ограничивает свободы выбора. Вчувствование может быть в разной мере качественно и количественно артикулированным, что зависит не только от наших природных и профессиональных приобретенных способностей, но и верно выбранной целевой установки, учитывающей наличие и характер встречного вчувствования, умения его вызывать, усилить и повести в адекватном направлении, поделившись травматическим опытом и конкретными примерами его преодоления, даже очищения и просветления через страдание.

## ВЫБОР ПАРТНЕРСТВА ИЛИ ПАТЕРНАЛИЗМА В ПСИХОТЕРАПИИ ПОГРАНИЧНЫХ СОСТОЯНИЙ

А. А. Шмилович<sup>1</sup>

Пограничные психические расстройства в подавляющем большинстве случаев оказываются теми состояниями, обнаружение которых делает пациента безнадежным скитальцем по медицинским кабинетам терапевтов, неврологов и психиатров. Врачи сомато-неврологических специальностей, называя происходящее с пациентом «функциональным», продолжают интерпретировать его расстройства как органические, но только протекающие на ином «тонком» «микро»-уровне патогенеза. Врачи психиатры, не увидев ничего клинически, поведенчески и социально значимого, сообщают таким больным, что с «этим неврозом можно справиться самостоятельно» или что «ваши расстройства не тяжелы и лечения не требуют». Единственное место, где могут найти себе прибежище эти «медицинские сироты» — психотерапия.

Врачи психотерапевты, к сожалению, на сегодняшний день остаются «штучным товаром» в системе государственного здравоохранения. Кадровый дефицит этих специалистов и не достаточная в них заинтересованность некоторых узко мыслящих организаторов здравоохранения приводят к существенному снижению качества оказания медицинской помощи, снижают репутацию многих врачей, порождают массу конфликтов и создают условия для расцвета парамедицинских «специалистов», а порой и мошенников, паразитирующих на антимедицинских настроениях пограничных пациентов. Здесь необходимо отметить, что удельный вес больных с пограничной психопатологией (преимущественно психосоматической) очень высок, сопоставим по распространенности с популяцией соматических больных и по разным данным существенно превышает долю больных с тяжелой психопатологией.

Квалификация врача психотерапевта определяется не только широтой его знаний, практических навыков и медицинского опыта. Врач психотерапевт высокого уровня — это еще и «магистр коммуникации». Именно это качество позволяет ему справиться с той патологией, с которой не справляются другие. Опытный психотерапевт не следует в своей работе стандартам и шаблонам, он всегда персонифицирован в сво-

ем подходе. Путеводной звездой для него является личность больного, тщательному изучению которой посвящается значительная часть терапевтических сессий. Именно на этой основе в конечном итоге формируется наиболее оптимальный для пациента и врача тип отношений. Безусловно этот выбор не может не зависеть и от личности самого психотерапевта. Ведь в персонифицированном подходе необходимо созвучие. И в этом созвучии очень важно быть честным и искренним, то есть не играть, а быть собой.

В клинической психотерапии, мы преимущественно говорим о двух видах взаимодействия врач-пациент — патернализм и партнерство.

Патерналистский тип создает условия для эффективной терапии навязчивостей, астении, ипохондрических нарушений и части тревожных и истерических расстройств. Директивный подход, определяющий патерналистское взаимодействие, позволяет добиться очень хороших результатов, снимая тревожность астенических и психастенических личностей и создавая опору для сенситивных шизоидов и ананкастов.

Партнерский тип, предполагающий совместную работу над болезненным состоянием, наиболее эффективен в терапии соматоформных, конверсионных, диссоциативных и дистимических нарушений. Партнерские отношения врача и пациента основываются на положении о равновеликом разделении ответственности за результат терапии, полном осознании рисков нонкompайнса и строгом невмешательстве врача в принятии пациентом принципиальных решений. Врач лишь рисует больному медицинское видение прогнозов различных сценариев жизненных событий, оставляя выбор за пациентом. Такой подход оптимален в работе с пациентами, отличающимися паранойяльными, истерическими, эмоционально-неустойчивыми и экспансивно-шизоидными чертами.

Возможность выбора и применения того или иного типа психотерапевтического альянса ограничена пределами, границами и пластичностью в широком смысле слова личностной композиции психотерапевта. Чем ближе его психическая индивидуальность к эпицентру личностной палитры, именуемому «гармонией», тем более эффективным в конечном итоге окажется его лечение. Это обстоятельство лишний раз подчеркивает высокую значимость психотерапевтической супервизии, необходимой не только для предупреждения эмоционального выгорания, но и для повышения профессиональных компетенций.

<sup>1</sup> Зав. кафедрой психиатрии и медицинской психологии РНИМУ им. Н. И. Пирогова.

**ЗНАЧЕНИЕ ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ СУПЕРВИЗИИ  
В ПРОФИЛАКТИКЕ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО  
ВЫГОРАНИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТА**

**Т. В. Агибалова<sup>2</sup>, О. Ж. Бузик<sup>3</sup>**

Значимость супервизии врачей психотерапевтов для профилактики синдрома эмоционального выгорания (СЭВ) не вызывает сомнений в мировом врачебном сообществе. Опираясь на известные исследования можно констатировать, что основные запросы психотерапевтов на супервизии соотносятся с симптомами СЭВ: чувство беспомощности, раздражение, тревога, трудности в принятии пациента, чувство вины, неуверенность в себе, что диктует анализ контратрансфера на супервизии [2, 3]. Именно анализируя контратрансфер в супервизионном процессе, преодолеваются психологические трудности специалиста в работе с клиентами. При этом следует отметить, что врачи психотерапевты в России редко пользуются возможностью супервизии для решения вопросов своего СЭВ [1]. В настоящее время в клинических рекомендациях по наркологии указано, что необходимо специалистам получать не только клинические разборы, но и супервизии, в то же время регламент профессиональной подготовки психотерапевтов в Германии рекомендует супервизировать каждую четвертую сессию (как групповую так и индивидуальную работу) [4]. Известно, что супервизия, в отличие от других мероприятий, дает наиболее специфическую возможность эмоционального отреагирования и анализа собственных ошибок. В процессе супервизии представляется возможность получения поддержки от более опытного специалиста, формирование собственного терапевтического ЭГО, анализа прошлого травматического опыта специалиста, который может актуализироваться в процессе терапии пациента и мешать объективной оценке его статуса либо нарушать процесс терапии, замедляя и извращая его. Подобные явления могут приводить к врачебной ошибке и ухудшать самочувствие пациента, приводя к регрессии и/или усугублению симптоматики, что может повлечь за собой негативные последствия, включая врачебную ошибку. Именно в процессе супервизии пред-

ставляется возможность понять и предотвратить бессознательные личностные проблемы и травмы психотерапевта. Как справедливо отметил один практикующий психоаналитик: «Когда знаешь, что у тебя есть супервизия и супервизор, уходит безнадежность и появляется уверенность».

**Литература**

1. Козин В. А., Агибалова Т. В. Синдром «эмоционального выгорания»: происхождение, теории, профилактика, перспективы изучения // Неврологический вестник им. В. М. Бехтерева. — 2013. — Т. XLV. — Вып. 2. — С. 44 – 52.
2. Шустов Д. И. Анализ супервизионных наркологических случаев // Вопросы наркологии. 2014. № 3. С. 89 – 96.
3. Ховкинс П., Шохет Р. Супервизия. Индивидуальный, групповой и организационный подходы / пер. с англ. — СПб: Речь, 2002. — 352 с.
4. Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Westfalen-Lippe vom 21. September 2019 in Kraft getreten am 1. Juli 2020.

**ПСИХОДЕРМАТОЗЫ. АВТОРСКАЯ МЕТОДИКА  
ЛЕЧЕНИЯ ДЕРМАТОЗОЙНОГО БРЕДА  
У ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ**

**И. Н. Иванова<sup>4</sup>, Г. Н. Иванова**

Психодерматозы — это коморбидные кожным заболеваниям расстройства, при которых наиболее часто наблюдаются самоповреждения.

К психической патологии, реализующейся в соматической сфере, относят: 1) псевдосоматические расстройства — невротические экскориации, трихотилломанию/онихотилломанию, психогенный зуд; 2) психические расстройства, сопряженные с телесно ориентированным агрессивным поведением — ограниченную (*circumscripta*) ипохондрию, коэнестезиопатическую паранойю (дерматозойный/зоопатический) бред, дисморфизм (диморфофобию/дисморфомунию); 3) артифициальные («поддельные» — *factitious disorders*) — синдром Мюнхгаузена, мазохистическое расстройство личности.

Мы имеем опыт лечения больных с дерматозным бредом на фоне зудящих дерматозов (атопический дерматит, почесуха, истинная экзема, красный плоский лишай). Зуд возникает в результате нейрогенной (психогенной) и соматогенной гистаминолиберализации. Пациент пытается найти причину явления кожного зуда, и объяснить свое субъективное ощущение всеми возможными способами.

В лечении таких пациентов используются психотерапия и иглорефлексотерапия. Психоте-

<sup>2</sup> Д.м.н., главный научный сотрудник, Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения Москвы, Российский университет дружбы народов, Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России.

<sup>3</sup> Д.м.н., главный научный сотрудник, Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения Москвы, Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России.

<sup>4</sup> К.м.н., доцент кафедры дерматовенерологии Волгоградского государственного медицинского университета.

рапия проводится в форме разъяснительной или рациональной терапии и «сократического диалога». В простой и понятной форме пациенту объясняется природа заболевания кожи. Как только все вопросы этиологии и патогенеза рассмотрены, включается «сократический диалог». В строгой форме императивно разбиваются все заблуждения больных в связи с бредовыми идеями паразитарного заболевания. Идет схватка с пациентом, и очень важно победить в этом соревновании, завоевать непререкаемый авторитет с его стороны. Для этого дерматовенеролог должен тщательно изучить литературу по паразитологии и быстро парировать каждый довод пациента. В завершение больному предлагается курс иглорефлексотерапии.

Иглорефлексотерапия проводится мануально без перчаток. Рефлексотерапевт пальпирует биологически активные точки кончиками пальцев, постоянно прикасается к коже пациента, это успокаивает больного, и его твердая уверенность в кожных паразитах начинает колебаться. В процессе акупунктуры субъективные ощущения уменьшаются и, в конце концов, исчезают вместе с уверенностью существования паразитарного процесса.

Разработанный на кафедре дерматовенерологии оригинальный метод лечения дерматозойного бреда с помощью иглорефлексотерапии и психотерапии на фоне хронических зудящих дерматозов позволяет достичь клинического выздоровления у дерматологических пациентов. Наш метод лечения не включает медикаментозную терапию психотических расстройств, что устраняет побочный эффект от лекарственных препаратов, улучшает качество жизни пациентов и освобождает врачей психиатров (психотерапевтов) от необходимости лечения данной категории дерматологических больных.

#### Литература

1. Иванова И. Н., Сердюкова Е. А., Родин А. Ю. Психодерматозы в практике врача-дерматовенеролога //Актуальные вопросы клинической психологии в регионе. Волгоград, 2020, 89 – 92.
2. Клинова Н. Г., Иванова И. Н., Попов В. В., Русинов В. И. Акупунктура в лечении больных хроническими дерматозами // Вестник ВолгГМУ, 2020, №2 (74), 127 – 129.

#### СВЕРХКРАТКОСРОЧНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ В ФОРМАТЕ ОМС

Г. Н. Иванова<sup>5</sup>, И. Н. Иванова

Предложенная тема о личности психотерапевта удивила. Думаю, в процессе терапии врач меньше всего думает, какой он имеет характер, и как это влияет на пациента, на достигнутый результат. Полагаю, что при исследовании харак-

терологии всех известных психотерапевтов обнаружится большое разнообразие и реалистов, и аутистов. Личностные особенности обязательно отражаются на проводимой ими психотерапии, ее смысле, выборе методов и техник. Подобное стремится к подобному, потому выбор чаще в пользу близкого,озвучного, того, во что веришь сам, важна искренность,убежденность врача для успеха терапии. С октября 2021 г. в нашем ЦР начала работать программа реабилитации в формате ОМС, и жизнь многократно усложнилась. Я принимала абсолютно всех «омсэсников», пациентов после инфарктов, операций на сердце, постинсультных больных, после эндо-протезирования суставов, различных травм, проводила трудоемкое тестирование на предмет тревоги, депрессии, дефектов интеллекта. Со временем привыкла, научилась работать быстро. Моя основная задача — помочь федеральным пациентам с профпатологией осталась сама собой. Продолжительность курса реабилитации по ОМС в среднем 16 дней, редко больше. Минус выходные, остается не более 2 недель. Психотерапия получается какой-то стихийной, дикой, ненаучной. Приходится выделять основное, главное. Все начинается с индивидуального приема, знакомства с пациентом. Встречаю всегда строго, бесстрастно, вношу в журнал все данные, переходя к жалобам, становлюсь помягче, проявляю интерес к тому, как заболел, травмировался, как лечился, выражая сочувствие в эмпатической манере, расспрашиваю о семье, проблемах жителейских, если они серьезные, использую приемы экзистенциальной психотерапии, выясняю, что хорошо, что радует, даю советы. У всех пациентов спрашиваю об увлечениях, хобби, неосуществленных мечтах. В этот момент я воодушевляюсь, эмоционально включаюсь, индуцирую пациента тем, как это целебно, важно. Если имеются ограничения физические, надо доставить себе интеллектуальные радости, на которые раньше не было времени: почитать книги, разобрать старые фотографии, оформить фотоальбомы, изучить свою родословную и многое другое в духе активирования по Консторому. Коротко объясняю, какое имеется расстройство и где, у кого следует в дальнейшем наблюдаться и лечиться. Первичный прием у нас длится 30 минут.

Нуждающихся приглашаю в группы смешанного состава, вместе с пациентами с последствиями производственных травм, с профзаболеваниями, группы всегда открытого типа. В группе обычно от 3 до 10 участников, возраст ближе к пенсионному, редко бывают молодые люди. Начало занятия — разогрев, позитив, юмор, общий настрой. Затем следует демонстрация фрагмента психотерапевтического фильма о природе с классической или медитативной музыкой: фильмы В. Изразцова, Сентиментальная кол-

<sup>5</sup> Врач-психотерапевт ЦР «Волгоград».

лекция, рапсодии океана, пустыни, дикой природы, «Гармония двух стихий», «Симфония жизни», «Поэзия природы». Каждый раз провожу аутотренинг в авторском варианте «Звериная тропа к здоровью». В оставшиеся 30 минут проходим различные темы, например: Психотерапия, особенности, варианты, модные направления, неврозы, характеры людей. Синтонный характер. Слайды портретов Тропинина, Ренуара. Тревожные люди. Творчество Клода Моне. Авторитарный радикал. Картины Суркова, Гольбейна младшего. Реалистическая пейзажная живопись. Левитан, Поленов, Шишкин. Нереалистическая живопись: Дали, Пикассо, Сезанн, Несторов, Перихи. Трансактный анализ. Субличности, структурирование времени, игры. Поиск одухотворенности в повседневном. Хокку Басе, авторская песня. Музыкотерапия. Образное воображение, эмоциональное восприятие. Арттерапия. У-син, двор детства, позади осень, сейчас зима, впереди весна.

Индивидуальная психотерапия выглядит, как посещение в палатах маломобильных пациентов, обсуждение с ними их актуальных переживаний. Иногда предлагаю свою книгу «Разные квадраты», или альбомы с репродукциями знаменитых художников. В случае наличия семейных проблем, получается не одна, а 2 – 3 встречи с подробным анализом возможных изменений. Дружеская, теплая атмосфера в группе многих согревает душевно, дает то, чего в жизни нет, а всякие обсуждаемые темы раскрывают новые горизонты.

#### Литература

1. Бурно М. Е. «Терапия творческим самовыражением». — М. «Акад.проект», 2000.
2. Бурно М. Е. «Клиническая психотерапия» — М. «Академический проект», 2000
3. Бурно М. Е. «О характерах людей» — М. «Академический проект», 2013.
4. Консторум С. И. «Опыт практической психотерапии» — М. Ин-т психиатрии МЗРСФСР 1962.
5. Эрик Берн. «Групповое лечение» — Екатеринбург, 2003.

### **ВЛИЯНИЕ ЛИЧНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ НА РАЗВИТИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ ПСИХОТЕРАПЕВТА**

**Е. В. Власова<sup>6</sup>**

В начале профессионального пути специалист сталкивается с множеством трудностей, и мне кажется важным поделиться своими размышлениями и опытом, что помогает мне про-

<sup>6</sup> Ординатор 2 года кафедры психотерапии и сексологии Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования МЗ РФ.

живать этап формирования устойчивой профессиональной части. Надеюсь, это станет поддержкой для молодых коллег.

По мнению Шнейдер Л. Б. профессиональная идентичность определяется как психологическая категория, которая относится к осознанию своей принадлежности к определённой профессии, определённому профессиональному сообществу (Шнейдер Л. Б. Профессиональная идентичность, 2005, 113).

Важность изучения становления профессиональной идентичности объясняется несколькими моментами: 1) профессиональная идентичность выступает регулятором, который выполняет преобразующую и стабилизирующую функции (Ермолаева Е. П. Профессиональная идентичность и маргинализм: концепция и реальность (статья 1) / Ермолаева Е. П. // Психологический журнал. Ред. Брушлинский А. В., Александров И. О., Чеснокова И. И. 2001. Том 22 № 4, 2001, 51 – 60); 2) сформированная профессиональная идентичность реализует потребность в самовыражении (Шнейдер Л. Б. Профессиональная идентичность, 2005). Следовательно, сформированная профессиональная идентичность обеспечивает еще большее развитие профессионала, его эффективность и способствует реализации потребности в творчестве, выражении собственного «Я». Все это является условием формирования успешности специалиста и сообщества в целом.

Точкой отсчета профессионального пути является соответствие неким стандартам профессионального сообщества и встраивание специалиста в эту систему (признание коллег, внутреннее устойчивое самовосприятие самого себя, как профессионала). Обучение, получение дипломов, взаимодействие с коллегами, чьи способы устойчивого существования в профессиональном сообществе хотелось бы перенять, — все то, на что опирается молодой специалист. После получения необходимого минимума знаний, умений, происходит переход на следующий уровень профессионального развития, который предполагает выход в практику.

И. А. Погодин пишет, что «<...> профессиональная идентичность психотерапевта формируется по ходу ассилияции им опыта и впечатлений от процесса собственной терапевтической работы. Большое значение в этом процессе имеет возможность человека ассилировать факты профессионального признания со стороны сообщества профессионалов <...>» (Погодин И. А. Вестник практической психологии образования, 2011, том 8, № 3, 52 – 56). В дальнейшем становление профессиональной идентичности, а, следовательно, успешность/безуспешность специалиста, профессиональное развитие зависит от возможности использовать знания на практике, предъявлять себя среди коллег, получать обрат-

ную связь, подкрепляющую собственный профессионализм. Насколько быстро, качественно, в комфортном или дискомфортном состоянии произойдет формирование профессиональной идентичности, во многом зависит и от личностных характеристик, возможностей, особенностей специалиста.

В теории психосоциального развития личности Эрик Эриксон рассказывает, что при прохождении негативного пути стадий развития часто формируются деструктивные паттерны поведения, которые могут являться препятствием к адекватному взаимодействию с другими, с самим собой. Специалисту трудно социализироваться в профессиональном пространстве, заявлять о себе, выходить в практику. В результате часто появляются тяжелые переживания: стыд за отнесение себя к профессиональному сообществу, чувство недостаточности собственных возможностей, непонимание или невозможность легализовано опираться на сильные стороны собственной личности в профессиональном развитии и др.

В личной психотерапии молодому специалисту открывается возможность прожить главные этапы психотерапевтического процесса: опыт формирования первичного контакта, способы и границы взаимодействия в психотерапевтических отношениях. Удается изучить собственную личность, обнаружить свои интеллектуальные и психологические особенности, творческие возможности, научиться взаимодействовать со своей уникальностью, а также осознать и преобразовать препятствующие паттерны поведения. Благодаря этому появляются крепкие опоры, с которыми намного безопаснее входить в новую профессиональную жизнь, развиваться и формировать устойчивую профессиональную идентичность.

#### **Б. А. Воскресенский — Заключение 1 отделения**

Настоящая конференция была XXVII-ая по счету. Указанное число констатирует не только и не столько статистический-хронологический факт. Важно подчеркнуть внутреннюю — содержательную преемственность этих научных собраний. В данном случае мы имеем в виду то обстоятельство, что тема нынешних Чтений «Личность психотерапевта» кристаллизовалась в ходе предыдущих, посвященных «смыслу болезни». И, конечно же, это неслучайно. Смысл порождается (наверное, точнее будет сказать — открывается) личностью, точнее говоря — личностями — пациента (и именно он всегда стоит в центре психотерапевтического процесса) и куратора-врача.

Самоочевидно, что без конгруэнтности этих смыслов — изначальной или специально сформированной — ни о каком эффекте терапии речи быть не может.

Как и прошлом году конференция проходила в онлайн-формате, хочется надеяться, что эта технология традицией не станет.

После анонсирования тема вызвала у специалистов живейший интерес, заявок на выступление поступило много, конференция проходила в течение 2-х дней, каждое из заседаний продолжалось около 5 часов.

Конференция открылась вступительным словом президента НПА России (и эта «увертура» — также неизменная традиция) Ю. С. Савенко. Важнейшим условием эффективности лечения Юрий Сергеевич назвал выявление взаимосвязи, взаимозависимости, взаимодетерминированности жизненного пути и страданий пациента. Над выявлением и оздоравливающим осмыслилением этих слагаемых работают оба участника психотерапевтического процесса.

Далее прозвучали семь выступлений, сопровождавшихся презентациями, клиническими иллюстрациями и завершившихся ответами на вопросы и обменом мнениями. Докладчики много говорили и о себе, о профессиональных сторонах своего жизненного пути (напомним — ведь общая тема как раз «Личность психотерапевта»).

Н. Л. Зуйкова говорила о профессиональной этике психотерапевта, в которой соединяются трансисторические нормы человеческих взаимоотношений и особенности актуальных личных и общественных ситуаций, включая достижения медицины, юридические нормы, антропологические теории.

Т. В. Агибалова представила поддерживающую супервизию как инструмент профилактики профессионального выгорания, приобретающий особое значение с учетом того обстоятельства, что лечение (в любой области клинической медицины) не всегда оказывается эффективным.<sup>7</sup>

С. Д. Левина размышляла о других аспектах профессионального становления психотерапевта — о воспитании психотерапевтического мышления, о необходимости разграничивать психотерапию и психообразование.

И. Н. и Г. Н. Ивановы выступили в соавторстве с двумя разными докладами. Первый был посвящен терапии дерматозного бреда, второй — некоторым особым (в организационном отношении) формам психотерапии. Оба сообщения содержали очень ценные практические рекомендации.

Т. В. Спирин (специалист по социальной работе, аспирант кафедры философии одного из университетов) размышлял о религиозном сознании психотерапевта, что в условиях современной духовной жизни весьма значимо практические

<sup>7</sup> Много лет назад автор настоящего отчета выступил на Чтениях с докладом «Врач как раненый Эскулап».

ски даже в тех случаях, когда самим врачом эта проблема не рефлексируется.

Е. Власова подчеркнула роль личной психотерапии в становлении профессиональной идентичности психотерапевта, его самовыражения, его успешности.

Подводя итог первому заседанию, можно отметить, что представленное в выступлениях многообразие аспектов проблемы «Личность психотерапевта» свидетельствует о том, что человеческая личность (будь то врач, пациент, «человек вообще») неисчерпаема и именно эта ее особенность есть залог исцеления, восхождения, бесконечности.

## II отделение

### **О ХУДОЖЕСТВЕННЫХ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ РАССКАЗАХ КЛИНИЦИСТА**

**М. Е. Бурно<sup>8</sup>**

На «Консторумских чтениях» в 2020 г. психиатр-психотерапевт Ксения Марковна Миженова сделала содержательный доклад о существе *психотерапевтических рассказов клиницистов* в нашем методе (ТТСБ) (Независ. психиатр. журн., 2021, 3, 70 – 72). Сегодня хочу лишь что-то добавить и уточнить, поскольку время идёт.

Почему эти проникнутые клиницизмом (исходящие из клиники, характеров) психотерапевтические рассказы для тревожно-депрессивных пациентов, даже самые неумелые, не есть западная «терапия, построенная на метафорах» (Психотерапевтическая энциклопедия (2006), сс. 813 – 816). Потому что для отечественного клиницизма, так же как для великой русской психологической прозы, особенно характерно, *естественно* растворение *реалистической* художественности в практическом, земном сочувствии к страдающему человеку.

В символах, сновидностях психоаналитических, экзистенциальных психотерапевтов по-своему прекрасно сквозит психологическая, западная, изначальность духа. По-своему тонко, глубинно, но не по-российски. Одухотворённый, человечно-земной реализм Чехова — в сравнении с тёплым, но небесным символизмом Метерлинка. Энергично-душевенный, земной, остроумный, преданный больным, сомневающейся Консторум и по-своему мудрый, «вселенский» Франкл, для которого Смысл — «не осознанный в нас Бог». Бог вседесущий — независимо от природного склада, происхождения верующего и неверующего, от их родины.

<sup>8</sup> Д.м.н., профессор, психиатр-психотерапевт, председатель Общества клинических психотерапевтов НПА России.

В XX веке некоторые писатели своим творчеством делались (и на Западе) для иных читателей одновременно своеобразными глубокими психотерапевтами. Например, Сартр («экзистенциальный психоанализ Сартра»), Камю, Борхес. В России, после Чехова, — Андрей Платонов, Валентин Распутин. Психотерапевтически проживаем их рассказы в группах творческого самовыражения.

В чём состоит *особенная ценность* рассказа клинициста в ТТСБ? В том, что этот рассказ особым образом целительно волнует пациента своей клинически-художественной искренностью. Личность, духовность психотерапевта особенно полно выступает именно в его *художественном* рассказе. В этой волшебной личностной неповторимости его бесценность. Один считает, чувствует это неповторимое воздействие Божественным, другие — неповторимостью в Природе, излучающей духовность. Переживание встречи с духовной, художественной неповторимостью психотерапевта открывает, особенно у дефензивных, пациентов, серьёзный лечебный сдвиг. Одна духовность-неповторимость оживляет другую.

Рассказы клинициста наполнены, проникнуты не столько переживаниями душевно здоровых людей, сколько переживаниями тех пациентов, которым мы помогаем. Отличие этих психотерапевтических рассказов от рассказов писателей состоит и в некоторых клинически уточняющих повторах, размыщлениях внутри художественных образов. И ещё, может быть, — в художественной скромности-обыкновенности, дабы не огорчать пациента: «я так не смогу написать». В отличие от научной прозы рассказ клинициста не углубляется в тонкую дифференциальную диагностику, побуждая пациента к самостоятельному поиску. Не даёт прямых советов, их надо додумывать, дочувствовать.

Темы рассказов. Главное — рассказывать происходящее в нелёгкой жизни тревожно-депрессивных (в широком понимании) пациентов, рассказывать об их переживаниях, общении друг с другом, с близкими. Пусть рассказ не просто отвлекает, а неназойливо подсказывает, как возможно жить в своих расстройствах, трудностях с «солнышком» в душе. На что опираться. Душевые расстройства в возможных подробностях в рассказе. Характеры. Как светлеет на душе, когда помогаешь товарищу. «Во имя чего живу».

Радость при рассматривании красоты крошечного цветка в Природе. О любимых домашних животных. Чудесное воспоминание из детства. Как дорого быть вместе, в гостях друг у друга, отмечая с чтением стихов дни рождения дорогих душе писателей, святые праздники. Особая сложная тема — переживания дефензивного человека, малоспособного (при всём его стремлении) проникнуться какой-то религиозной верой.

Рассказы об ушедших, заботившихся о тебе родных. Тут важно быть осторожным, чтобы не огорчить иных пациентов с тяжёлым, безрадостным детством. Тоже особая тема — религиозные психотерапевтические рассказы. Сегодняшняя тема погружения в историческое прошлое своего народа, народного характера с преобладанием дефензивности, в прошлое нашей национальной духовной тревожно-размышляющей культуры.

Рассказы клиницистов, вместе с рассказами пациентов, с давних пор печатались во многих наших сборниках (Изд-во Российского общества медиков-литераторов; за счёт авторов). Первые два сборника вышли в 1993 г. («Болящий дух врачуяет песнопенье...»; «Но я живу, и на земли моё кому-нибудь любезно бытие...»). Во втором из них (Сост. Елена Александровна Добролюбова) опубликована первая психотерапевтическая пьеса в нашем духе (автор — Евгения Снежник). Последний сборник вышел в 2014 г. («Слайды памяти»). С нашими бумажными сборниками было душевно уютнее, нежели с «электронным ресурсом».

Из неупомянутых К. М. Миженевой в её работе психотерапевтов, печатавших свои рассказы, отмечу К. М. Миженеву, Елену Александровну Добролюбову, Риму Гавриловну Кошарову, Александра Борисовича Павловского, Людмилу Дмитриевну Протасову, Ксению Юрьевну Сосновскую, Евгению Снежник, Юлию Сретенскую, Евгения Цветова, Ирину Маркову. Это тоже всё разные города России.

В 2022 г. вышла на английском языке работа Кирилла Евгеньевича Горелова «О работе с «психотерапевтическими рассказами» — в психотерапевтическом методе ТТСБ» (Anthology of Russian Psychotherapy and Psychology, iss. 10, pp. 39 – 47). Работа включает в себя рассказы автора.

Недавно вышел из печати грустный рассказ-быль К. М. Миженевой «Коротко о моей последней встрече с Сергеем Втюриным (4 октября, вечером, 2019 года. 5 октября в десять часов утра его уже не было)» // Независ. психиатр. журн., 2022, в. III, с. 90 – 91.

Вот некоторые, неупомянутые в работе К. М. Миженевой, книги и брошюры художественно-психотерапевтических рассказов клиницистов.

1. Ирина Nikolaevna Иванова (психотерапевт, дерматовенеролог, Волгоград). Путешествие в прошлое (1998). 21 с.

2. Александра Владимировна Савельева (курортный психотерапевт, с. Ундоры Ульяновской обл.) Ундоротерапия (2006). 440 с.: ил.

3. А. В. Савельева. Об Ундорах с любовью (2014). 448 с.: ил.

4. А. В. Савельева. Бессоновская старина (2016). 480 с.: ил.

5. Татьяна Евгеньевна Гоголевич (психотерапевт, г. Тольятти). Средняя Азия: путевые заметки (2007). 232 с.

6. Татьяна Смирнова (Т. Е. Гоголевич). Мой остров (повести и рассказы) (2009). 192 с.

7. Галина Николаевна Иванова (психотерапевт, Волгоград). Разные квадраты: психотерапевтическая проза (2021). 136 с.

Опубликованные художественные рассказы клиницистов могут по-своему помогать и незнакомым нам пациентам — с дефензивными, тревожно-депрессивными расстройствами. Особенно в наше время часто дорогой неспешной психотерапии.

#### ВЛИЯНИЕ ЛИЧНОСТИ ПСИХОТЕРАПЕВТА И ВЫБРАННОГО МЕТОДА НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПСИХОТЕРАПИИ. ПРИМЕР ПОМОЩИ МЕТОДОМ ТЕРАПИИ ТВОРЧЕСКИМ САМОВЫРАЖЕНИЕМ М. Е. БУРНО В СЛУЧАЕ С САМОПОВРЕЖДЕНИЯМИ У ПАЦИЕНТКИ АУТИСТИЧЕСКОГО СКЛАДА.

Т. Е. Гоголевич<sup>9</sup>

Еще в «Сочинениях» Гиппократа видим пристальное внимание к личности врача, индивидуальности конкретного больного (пер. с греч. В. И. Руднева, 1936). «Высочайшей степени личной вовлеченности в процесс лечения» требует от психотерапевта Карл Ясперс (1913). Важность осознавания психотерапевтом своих характерологических особенностей и их влияния на процесс психотерапии отмечает С. И. Консторум (1959). «Каждый из нас ограничен своею личностью (характером), но и силён этим» (М. Е. Бурно, «О характерах психотерапевтов, которые занимаются терапией творческим самовыражением», 2021).

О необходимости говорить с человеком на «языке» его характера находим у П. В. Волкова (2013), закономерности «лечусь-леча» у К. М. Миженевой (2020).

Психотерапевт замкнуто-углубленного типа сообразно собственному характеру вносит в клиническую психотерапию элемент эзистенциальной терапии, выражющийся в интуитивном понимании духовной гармонии, изначального духовного. Нечто аутистического пациента; будучи клиницистом, он не уходит от естественно-научных построений, опирается на диагноз, «заземляется» этим в той или иной степени.

В примере ниже — встреча психотерапевта и пациентки А., 19 л. с разной степенью выраженной замкнуто-углубленного характерологического радикала. Причина обращения — несуицидальное повреждающее поведение (НСП)

---

<sup>9</sup> К.м.н., психотерапевт-реабилитолог, Тольяттинский ПНД, Самарская обл.



**Илл. 1 – 3.** «Созвучное в природе (мое духовное отражение сегодня)» Фото А. (2-й мес. занятий).



**Илл. 4 – 8.** Серия рисунков замены самоповреждения, сделанных в разные дни через 3 мес. занятий. К этому времени наблюдаем начало формирования зависимости от рисования (перенос самопореза на картину).



**Илл. 9 – 12.** Фото А. через 3 мес. 1 нед. – 4 мес. после начала занятий ТТСБ (вскоре после выхода из селфхарм): «Высота», «Путь», «Душа», «Умиротворение».

в течение двух лет. Находим опыт ТТСБ при НСП у О. Б. Левковской, Ю. С. Шевченко (2017); в нашем случае терапии акцент сделан не на симптом, а на ядро личности. До ТТСБ пациентка имела опыт гештальт-терапии, которая помогла несущественно.

Применялась краткосрочная авторская индивидуальная и групповая ТТСБ (Т. Е. Гоголевич, «Психотерапевтическая помощь людям сложного характера», 2015) с беседами о характерах, самопознании сильных и слабых сторон собственного характера через творчество. Проводились беседы с элементами ТТСБ с окружением пациентки.

Кроме того, мы искали способы замены привычного переноса душевного дискомфорта в боль физическую. Были предложены зарисовки состояния красками или карандашом с последующим анализом в духе ТТСБ.

А. отметила: последующее рассматривание рисунков совместно с психотерапевтом помогло ей лучше понять себя и осознать причины, удерживающие ее в селфхарм. Последнее самоповреждение нанесла себе в конце 3-го месяца занятий ТТСБ. Затем «будто-то что-то щелкнуло и переключилось в голове». С этого времени стала отходить от рисунков к фотографии.

Продолжительность краткосрочного курса ТТСБ в данном случае — 4,5 мес., в последую-

щие 2 мес. индивидуальные консультации и домашняя переписка с врачом в течение года.

В примере А. видим творческий поиск светлого смысла жизни, постепенный отход от НСП с переключением на создание творческих произведений (живопись, фотография), ведение дневника, общение с духовно близкими людьми, поиск себя в учебе и науке. Со слов А., ТТСБ помогла реализовать изначальную потребность в «разгадке» своего предназначения, обратиться к «прекрасной упорядоченности природы», принять себя как часть божьего замысла; дала импульс к уверенности в себе и самозащите посредством опоры на эстетические ценности сообразно характеру.

#### **ГУМАНИТАРНО-КУЛЬТУРОЛОГИЧЕСКАЯ ТТС ЕВГЕНИЯ АНТОНОВИЧА ПОКЛИТАРА**

**А. А. Филозоп<sup>10</sup>**

Евгений Антонович Поклитар (1924 – 2009) — врач, основатель и руководитель Одесского центра Терапии творческим самовыражением, автор многих статей по истории медицины, психогигиене, психотерапии, философии. Вклад Евгения Антоновича в развитие внелечебного применения метода Терапии творческим самовыражением (ТТС) М. Е. Бурно в педагогике, психологии, социальной работе, философии невозможно отделить от его личности. Мария Ивановна Стерненко, кор. газеты «Вечерняя Одесса» в статье «Памяти учителя и друга» (28.07.2009 г.) пишет о Е. А. Поклитаре следующее: «Это был настоящий интеллигент, интеллектуал, хорошо знающий литературу, музыку, живопись, владеющий не только органичными для него русским, украинским, молдавским, но и румынским, итальянским, французским языками, писал стихи».

Непоколебимая приверженность Евгения Антоновича к естественно-научной ТТС М. Е. Бурно органично сочеталась в его личности с глубокой религиозностью. По мнению, Е. А. Поклитара, психотерапевт должен быть человеком, наделенным христианскими добродетелями, и прежде всего такой, как Любовь к ближним.

Метод ТТС, разработанный М. Е. Бурно, начал применяться в Одессе с 1982 г. Краткосрочная модификация ТТС М. Е. Бурно, изначально была определена, как психогигиенический вариант ТТС, который стал использоваться одесским

ми специалистами для решения широкого круга гуманитарно-культурологических задач. С 2007 года, когда вышел в свет первый выпуск Избранных трудов Одесской школы ТТС и до последних дней своей жизни, Евгений Антонович активно разрабатывал новый комплексный психолого-педагого-философский метод в системе гуманитарных наук, обозначая его, как «Характерологическая терапия творческим самоутверждением» (ХТТС). Философскую основу ХТТС составила концепция российско-израильского психофизиолога профессора **Иосифа Моисеевича Фейгенберга** о Человеке Разумнейшем Достроенном, который утверждал, что проблемы этики требуют неотложного разрешения в современном мире.

По мнению Е. А. Поклитара, одной из приоритетных целей Гуманитарно-культурологической ТТС (ХТТС) является обращение сознания человека к внутреннему своему бытию, порождение у него мировоззренческих раздумий о незыблемости и приоритетном значении законов природы, смысле-цели-значении жизни человека на земле, т.е. способствование формированию Человека Разумнейшего Достроенного.

Евгений Антонович высоко ценил людей долгая, почитал и своих учителей, и выдающихся врачей прошлого, и врачей, которые до конца оставались верны клятве Гиппократа, чья жизнь и труд были связаны с его родным городом Одессой. Евгений Антонович пытался во что бы то ни стало сохранить память о них для современников и потомков — писал статьи, участвовал в создании музеев, добивался установления мемориальных досок.

«Трудно поверить, что мечта И. М. Фейгенберга об идеальном человеке — Человеке Разумнейшем Достроенном... сбудется в обозримом будущем. Но нельзя не требовать от каждого человека того, чтобы он вносил в свою жизнь, сколько он может, Красоты и Добра». (Е. А. Поклитар «Человек достроенный и Терапия творческим самовыражением»).

В 2007 году Евгений Антонович, в беседе с кор. газеты «Вечерняя Одесса» М. И. Стерненко, осмысливая пройденный жизненный путь, подытожил его следующими словами: «Как православный врач, часто задаю себе вопрос: выполнил ли я миссию человека на земле? И, вспоминая свой жизненный путь, то, что всегда стремился делать доброе, любить близких своих, отвечаю: «Не ведомо мне это. Судить Богу и людям».

<sup>10</sup>. К.психол.н., доцент, клинический психолог, Воронежский государственный медицинский университет им. Н. Н. Бурденко Минздрава России.

## ЛИЧНОСТЬ КАК ТВОРЧЕСКИЙ РАБОЧИЙ ИНСТРУМЕНТ ПСИХОТЕРАПЕВТА

Л. В. Махновская<sup>11</sup>

В докладе проводится анализ происходящего в душе («творческой лаборатории») психотерапевта в лечебно-диагностическом процессе. Потребность в этом возникла у автора по мере накопления практического врачебного опыта и передачи его в процессе преподавания клиническим ординаторам нашей кафедры. Всякий раз при обсуждении клинического впечатления во время консультации пациента, к участникам занятия была обращена просьба поделиться своим клинико-диагностическим-личностно-человеческим откликом на процесс диагностики и психотерапии. Учились находить диагностические и психотерапевтические «подсказки», опираясь на это сложное профессионально-личностное чувство и одновременно *развивать* его. Занятия проводились в поле клинической классической психотерапии (ККП), в котором психотерапевту необходимо уметь замечать в деталях, тонко чувствовать естественно-научные закономерности в клинической картине болезни, чтобы выстраивать тактику лечения. Принцип ККП: «именно клиника должна руководить психотерапевтом, объясняя, где и что можно и следует делать» (С. И. Консторум, 2010). Закономерно сочетающиеся симптомы-синдромы-нозология-личностная почва, составляющие клиническую картину болезни, преломляются в *природной* личностной уникальности конкретного пациента, от чего каждый клинический случай становится неповторимо уникальным, а клиническая картина — «до конца не познаваемой» (Бурно М. Е. Краткая история клинической классической психотерапии (ККП) / ППГ, 2022 г., выпуск 9. [Электронный ресурс]. — URL: <https://oppl.ru/up/files/ppg/2022/ppg2022-09.pdf> (дата обращения: 26.02.2023).

Для помощи пациенту с каким-либо сложным душевным расстройством необходимо включение в работу всего личностно-врачебного «инструментария» психотерапевта (с позиции ККП), а для этого необходимо «осознание <...> своих особенностей, уменье объективно оценить то психологическое взаимодействие, которое имеет место между врачом и больным» (С. И. Консторум, 2010). Здесь хочется выделить особую (помимо непрерывного обучения психиатрии, психотерапии, чтения по специальности, личной те-

рапии) автодидактическую дорогу (от греч. *autos* сам и *didaktikos* поучительный) к профессиональноличностному самопознанию-самосовершенствованию внутри психотерапевтического процесса. Уже в первом знакомстве с пациентом в консультативно-диагностической беседе улавливаешь и анализируешь свои душевые движения, эмоциональные оттенки, в которых кроется диагностическая подсказка — направление диагностического поиска — «холодно или горячо»: 1) «чувство милоты от разлаженности», врачебное чувство-желание помочь в случае беспомощности-разлаженности (по М. Е. Бурно); 1) сонливо от монотонного монолога шизофреника; 2) раздражение от позы холодного истерика; 3) напряженно-собранно-мобилизованное состояние в беседе с бредовым больным, здесь нельзя допустить ошибки в интонации, в слове тщательно подобранным, — ошибешься и больной уйдет, лишится помощи; 4) интеллектуально-напряженное состояние в беседе с шизоидной концептуальной личностью; 5) в беседе с авторитарным эпилептоидом веет дисфорическим напряжением и т.п. М. Е. Бурно пишет (там же): «Клиничесм происходит из реалистически (естественно-научно) размышляющего чувства клинициста; душа клинициста, таким образом, всецело, полностью, участвует в становлении его клинического опыта, и всё начинается с чувства-переживания».

В беседе с больным важно знание клиники, врачебное диагностическое чувство, но также неосознанно ищешь *обобщенные прообразы* каких-то своих переживаний. Эти прообразы переплетаются с накопленным опытом, знаниями, клиническим чутьем и тогда диагностический вопрос пациенту направляется в нужном русле. Он становится *вопросом-предположением*. Вопрос-предположение помогает пациенту сформулировать точнее, целебно осознать что-то в себе, до того не совсем ясное, порою не поддающееся описанию обычными словами переживание. А также пациент личностно оживляется, согревается от чувства, что врач понимает его страдание; смягчается аутистическое одиночество (шизофренический пациент) и создается предпосылка для формирования *целебного эмоционального контакта с больным шизофренией* или надлежащего психотерапевтического контакта с невротическим пациентом.

Откуда возникает искренний интерес к пациенту? Он ведь тоже врачебно-личностный-диагностический неиссякаемый, как личностно окрашенная клиническая картина уникальна и до конца не познаваема. В лечебно-диагностическом процессе более или менее осознанно, а больше на уровне чувства, оттеняя свое душевное переживание — похоже не похоже, сходство и различие, граниозвучия.

<sup>11</sup> К.м.н., доцент кафедры психотерапии иексологии ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» МЗ РФ, руководитель модальности Клиническая классическая психотерапия Профессиональной психотерапевтической лиги.

Порою разложенный шизофренический пациент выстраивается личностно в беседе, в соприкосновении с личностью психотерапевта. Личность психотерапевта становится своего рода камертоном. Одновременно и у психотерапевта возникает душевный подъем от этого личностного соприкосновения в совместном психотерапевтическом процессе. По мнению автора доклада, залогом успешной психотерапевтической беседы может являться чувство вдохновения в душе пациента и психотерапевта, так как это совместное с пациентом творчество!

## ПСИХОТЕРАПЕВТ И ФОРМИРОВАНИЕ ВОЛИ К ЖИЗНИ

И. П. Маркова<sup>12</sup>

Последние три года принесли много сложных переживаний: горечь утрат, бессилие перед скла-дывающимися обстоятельствами, растерянность от переживания чувства неопределенности, потери жизненных ориентиров, внешних опор. Многие пациенты отмечали, что нет сил жить, нет сил заставить себя выполнять обыденные дела, утрачена воля к жизни.

Под волей к жизни понимаем внутреннюю, психологическую силу, которая призывает человека к борьбе за выживание. Воля к жизни может быть потеряна с утратой ощущения смысла, когда жизнь воспринимается как тяжелое испытание.

Обращаясь к темам смысла жизни и воли к жизни, вспоминаем австрийского врача-психиатра В. Франкла (1905 – 1997). Уникальный жизненный опыт Виктора Франкла, на протяжении трех лет боровшегося за выживание в фашистских концлагерях, — пример несгибаемой воли, стремления выжить в нечеловеческих условиях. О жестоком эксперименте, поставленном самой жизнью, В. Франкл написал: «Выжить можно, лишь если постоянно стремишься к будущему, к тому смыслу, осуществление которого ждет тебя в будущем» (Франкл В. Логотерапия и экзистенциальный анализ, 2021).

В послевоенные годы сформировалась теория логотерапии и экзистенциального анализа В. Франкла, основанная на необходимости принятия ответственности за свою жизнь, обретения смысла, где стремление к смыслу является главной движущей силой, определяющей поступки и поведение человека. Франкл говорил о необходимости доносить до пациентов то, что наша жизнь имеет смысл в любых обстоятельствах до самого последнего момента.

Франкл писал о трех путях достижения смысла человеком через ценности:

1) ценность созидания — то, что человек дает жизни, дает миру. Это любая активная деятельность или творческий труд, в которых человек приносит пользу, красоту, используя способности, данные ему от рождения;

2) ценность переживания — то, что человек получает от охваченности каким-то переживанием, возникающим в соприкосновении с миром (например, слушает прекрасную музыку, поглощен созерцанием красоты природы) или человек переживает свою причастность к какому-то сообществу, или кого-то любит;

3) ценность отношения — это осмысленная позиция при столкновении с обстоятельствами, которые невозможно изменить, в ситуациях неизбежного страдания. Тогда у человека остается возможность через изменение отношения к ситуации изменить самих себя, вырастая, и поднимаясь над собой.

В. Франкл указывал на необходимость развивать способность к самодистанцированию для того, чтобы человек смог посмотреть на себя и сложившуюся ситуацию со стороны. Он также останавливался на важности самотрансценденции как способности выходить за пределы самого себя, оставлять и забывать себя ради возможности прикосновения к ценностным основаниям мира и осознания собственной принадлежности к этим ценностям.

Говоря о формировании воли к жизни, не можем не остановиться на имени Александра Ивановича Яроцкого (1866 – 1944) — выдающегося отечественного терапевта. А. И. Яроцкий обосновал необходимость применения психотерапевтического воздействия на больных при лечении соматических заболеваний (Яроцкий А. И. О психотерапии при хронических внутренних болезнях, 1917). С. И. Консторум считал А. И. Яроцкого основоположником отечественной психотерапии. В 1908 г. была опубликована книга «Идеализм, как физиологический фактор». Этот труд Яроцкого можно назвать учебным пособием по формированию воли к жизни. В книге он обосновал важнейшую биологическую роль духовной силы, «идеалистического настроения» в повышении устойчивости организма к трудным обстоятельствам жизни и тяжелым заболеваниям. Под «идеалистическим настроением» А. И. Яроцкий понимал «чувство беззаветной преданности, охватывающее человека с необыкновенной яркостью и интенсивностью». В деле выздоровления он настаивал не просто на достижении пациентами приподнятого душевного состояния, а на нравственном перерождении личности, которое вызовет пробуждение могучих целебных сил (Яроцкий А. И. Идеализм, как физиологический фактор, 1908).

А. И. Яроцкий предложил аретотерапию — психотерапевтический метод, воздействующий на идеалистические стороны душевной жизни

<sup>12</sup> Врач-психиатр, психотерапевт, Самарский областной геронтологический центр.

человека и опирающийся на доблесть, доброту, стремление к осуществлению высоких идеалов и нравственному совершенствованию, служение обществу на основе альтруистического мироощущения. Сущность миросозерцания всегда «будет заключаться в сознании связи между индивидуумом и человечеством», миросозерцание должно обеспечивать не «узкую точку зрения» человека, а, служа высоким идеалам, приближать к обществу и работать на пользу людей.

Для формирования идеалистического настроения А. И. Яроцкий советовал «развивать умение видеть красивое в природе», получать эстетическое наслаждение от всего, что нас окружает; «развивать интерес к окружающим людям» и происходящему в их душах; общаться с искусством для наполнения идеальными образами, развивать научные интересы. Чем шире и богаче будут познания человека, чем более наполнен он высокими нравственными идеалами, тем легче ему подняться выше духом для борьбы в случае встречи с болезнью.

Идеи, составляющие логотерапию Франкла и аретотерапию Яроцкого, направлены на пробуждение в человеке осознанного отношения к своей жизни, к своим выборам, на формирование себя как ответственной, нравственной личности, способной ставить цели и осуществлять их.

Франкл помогает человеку найти смысл жизни, а для этого надо поверить в него. Он так и говорит: «Вера в высший смысл, будь это всего лишь пограничное состояние или религиозно понимаемое Провидение, имеет огромное психотерапевтическое и психологическое значение. Это творческий источник, бьющий из глубины души и укрепляющий силы человека» (Франкл В. Доктор и душа: Логотерапия и экзистенциальный анализ, 2022).

Яроцкий в своем учении исходит из одухотворенного клиницизма, опирается на естественно-научное мироощущение, приводит в доказательство правильности положений аретотерапии причинно-следственные связи, как например, рефлекторную теорию Павлова. В аретотерапии Яроцкого нет того возвышенного идеалистического, религиозного вдохновения, в котором человек чувствует себя частицей божественного, вечного. Александр Иванович учит искать силу в самом себе, формировать внутреннюю душевную опору. А для этого призывает к самовоспитанию, нравственному перерождению с наполнением высокими нравственными идеалами и служением обществу во имя добра. Идеалистическое настроение, описанное Яроцким, по сути, — творческий свет в душе, творческое вдохновение (Бурно М. Е. Клинический театр-сообщество в психиатрии, 2009). А свет творческого вдохновения всегда порождает желание сделать что-то по-своему, с общественной пользой, наполняясь при этом смыслом.

## **О ЛИЧНОСТНЫХ СВОЙСТВАХ ПСИХОТЕРАПЕВТА, РАБОТАЮЩЕГО МЕТОДОМ ТВОРЧЕСКОГО САМОВЫРАЖЕНИЯ**

**К. Г. Горелов<sup>13</sup>**

1) Главным является положение автора метода ТТСБ М. Е. Бурно: «...для Терапии творческим самовыражением врачу обязательно следует быть клиницистом» (Бурно М. Е. Терапия творческим самовыражением (отечественный клинический психотерапевтический метод). М., 2012, 163) и С. И. Консторума, утверждавшего, что «именно клиника должна руководить психотерапевтом, объясняя, где и что можно и следует делать. Без твёрдой клинической базы всякая психотерапия неизбежно обречена на дилетантизм и псевдонаучность» (Консторум С. И. Опыт практической психотерапии. М., 2010, с. 21).

2) **Живая, искренняя заинтересованность в психотерапевтической работе, целебной для пациентов и самого специалиста.** «Истинный психотерапевт для тяжёлых больных может работать душой подолгу, если сам в это время помогает себе, помогая пациенту» (Адал Е. В. // Психотерапия. 2019. №3, 78).

3) **Сочувствие.** 4) **Интерес к духовной культуре.** 5) **Склонность к творчеству**

Согласно М. Е. Бурно, овладеть методом «возможно лишь тогда, когда психотерапевт, во-первых, способен искренне сочувствовать людям, переживающим свою неполноту; во-вторых, испытывает живой интерес к духовной культуре и, в-третьих, стремится помочь человеку выразить себя целебно-творчески сообразно его природе» — [http://www.characterology.ru/school-method/ttc\\_method/TSCE\\_about/](http://www.characterology.ru/school-method/ttc_method/TSCE_about/) (дата обращения: 20.11.2022).

6) **Способность выстраивать «особый эмоциональный контакт».** Это — основа работы с тяжёлыми процессуальными пациентами. Это «Интимность», therapeutic love (Джон Рузен, США)). Любовь как искреннее содержательное повседневное переживание клинициста за пациента — с бескорыстным вдохновенным желанием помочь ему средствами своей души. Оживить, собрать личность таких больных возможно не столько «логикой», сколько живой врачебной индивидуальностью, искренним неравнодушием к пациенту» (Бурно М. Е.).

Лучшему пониманию сути этого положения поможет сравнение: искренняя забота о пациенте (больном с тяжёлым хроническим диагнозом), реалистическая сердечность работающего с ним

<sup>13</sup> Психиатр, психотерапевт, ПБ № 13 ДЗМ, член Общероссийской профессиональной психотерапевтической лиги (ОППЛ) и Российского общества психиатров.

клинического психотерапевта, выражаясь в том числе, в выстраивании вышеупомянутого «особого эмоционального контакта», противоположна психологической нейтральности, технической работе психолога с клиентами — здоровыми людьми с временными душевными трудностями.

### 7) Собственная склонность психотерапевта к творческим делам, занятиям.

Формами целебной творческой работы в ТТСБ являются методики «создания творческих произведений», «ведения дневников и записных книжек». В создаваемых ведущим, а в последующем и рядовыми участниками занятий психотерапевтических групп творческих работах, в частности, в «психотерапевтических рассказах» — переплетаются, благотворно дополняя друг друга и прочие методики ТТСБ: «творческого погружения в прошлое», «творческого общения с природой», «творческого поиска одухотворённого в повседневном».

Психотерапевт своим собственным творчеством, в котором звучит индивидуальность врача, «...побуждает пациентов писать рассказы о своих переживаниях, о своей жизни, дабы лучше увидеть в них свои душевые, духовные особенности, свой смысл, путь, порою бессознательно намечающийся в этих рассказах. Этими рассказами возможно подробнее, глубже познакомить пациента, его товарищей по лечебной группе с самими собой» (Бурно М. Е. О характерах людей (Психотерапевтическая книга). М., 2019. С. 149).

### ОПЫТ ВРАЧЕБНОГО ПОСТИЖЕНИЯ ТТСБ В ГРУППАХ ТВОРЧЕСКОГО САМОВЫРАЖЕНИЯ ЗА МНОГО ЛЕТ

К. М. Мижерова<sup>14</sup>

Все, что расскажу, видела своими глазами. Много лет знакома с методом «Терапия творческим самовыражением», с Марком Евгеньевичем Бурно, сама занимаюсь Терапией творческим самовыражением.

В чем секрет группы ТТСБ? Приходилось слышать, что все зависит от личности психотерапевта, самого Марка Евгеньевича. Возможно, это так и есть. Не предугадаешь часто, что Марк Евгеньевич скажет, как повернет и углубит тему. Что же происходит с участниками на занятиях? Получается жить, переживать занятие и в это время чувствовать себя собой, пусть с тяжелыми своими особенностями. В гостиной уютно, длинный стол, чай, проектор. Уходят люди с занятий, а работа души продолжается. Скучают по гостиной, по нашим вечерам. Получается постепенно выбираться из каши душевной к себе самому, и тогда появляется стройность, свет душевный, чувство «куда идешь, откуда, зачем». На заняти-

ях целебная атмосфера и помочь постижением (не лекционно) естественно-научных характеров и собственное творчество. В группе, бывает, совершаются «открытия», даже переживание одного и того же занятия с группой, его повторение разворачивается новыми гранями, пониманием, переживаниями. И тут все зависит от личности психотерапевта. Это и сила и правда метода. Одно и то же занятие разные люди проводят совсем по-разному. Нет шаблонов проведения занятия, но есть, сложившаяся за долгие годы последовательность его ведения. Все думала, как же входит в душу переживание занятия. Объяснению это для себя искусством психотерапевта, его вдохновением. И тут, на занятии, особенно заметно отличие ТТС от техники, от технических занятий в психотерапии.

Важно, как преломить тему, какие вопросы поставить, не перегрузить материалом, чтобы «не расплылись» участники, не отвлеклись. Не бояться искренности, умелой откровенности, а бояться банальности. Наши пациенты чувствуют фальшь, шаблон, поэтому проводить группы нужно вдохновенно и увлеченно. Тяжелые пациенты могут ворчать, листать журнал во время занятия, убегать курить, а потом взмолнико говорить интересно по-своему, наизусть читать стихи, даже петь, но приходится останавливать, брать «обет молчания». Раньше пациенты были другие, на кафедре было много сохранных пациентов, были группы «взрослых» и «помоложе». В последние годы участники группы ТТСБ на Кафедре это пациенты-волонтеры, которые участвуют в учебном процессе Кафедры. Пациентов объединяет достаточная дефензивность. Бывает, что годами пациент молчит, и вдруг начинает говорить таинственно эмблемно.

Вот, например, занятие о подтексте в словах, было давно такое занятие. Или как лечились творчеством от своих расстройств большие художники, писатели, учёные. Как характерологически по-разному описывают, чувствуют природу (например, очеловечивают Чехов), совершают выбор «в житейской безнравственности» (Печорин Лермонтова, доктор Живаго Пастернака), как творятся открытия в науке (умение обобщать по-своему — Дарвин). Как общаться и ценить добро в напряженно-авторитарных людях (занятие по рассказу Чехова «Тяжелые люди»), особенности нравственных людей с эпилептоидностью (Салтыков-Щедрин, великие эпилептики — русские писатели). Занятия о любви («Река Потудань», Андрей Платонов), и многие другие темы. Особо стоит серия занятий по произведениям участников группы ТТСБ, чье творчество, порой целые направления в исследованиях выросли из их занятий в группах ТТС, из понимания самих себя на наших занятиях. Отдельно стоят группы ТТС для пациентов с алкоголизмом и душевным заболеванием вместе. Особен-

<sup>14</sup> Врач-психиатр, психотерапевт клиники «Viel».

ность тем на этих занятиях — острые темы, пробивающие «душевную кору» алкогольных больных (тяжелое занятие по рассказу Хемингуэя «Альпийская идиллия»).

Чтобы постепенно войти в естественно-научную характерологию, в групповые занятия обычно сравнивают на экране, сдвигая времена, страны, хорошо известные картины разных по-мироощущению художников, вчувствуясь, совершая выбор чувством, следует ответить на вопрос «что мне ближе?» Не то, что мне нравится, а именно «что ближе». Начать сравнивать, например, синтонных и аутистических художников. Обычные пары картин, которые, помню, уже сложились много лет назад, некоторые из них: «Кружевница» Тропинин — «Эльвира с белым воротничком» Модильяни; «Лес» Анненков — «Корабельная роща» Шишкин; «Спящая Венера» Джордане, «Рождение Венеры» Ботичелли, «Сикстинская мадонна» Рафаэль, «Обнаженная» Модильяни; Христос на картинах разных по характеру художников: «Христос в пустыне» Крамской — «Спас» Рублев; художники с идеалистическим мироощущением, изображающие Дух символами (Кандинский), сновидно (Борисов-Мусатов), реалистоподобно (Нестеров); полифонические художники (очень разные, у которых соединение идеалистического и реалистического мироощущения вместе) и другие. Постепенно сложность занятий растет. Порой останавливаемся на определенных темах, которые в текущем времени особенно трогают пациентов, например, отношение к большой природе, к живому (недавнее занятие по рассказу М. Е. Бурно «Дарвин и Швейцер»). Классическое занятие по гравюре «Меланхолия» Дюрера, важное для депрессивных пациентов.

Немного представляюсь. Жизнь моя сложилась так, что я изучала и преподавала экономику в высшем учебном заведении, защитила диссертацию. Мне повезло, многие годы я занималась на кафедре Терапии творческим самовыражением. То, чем мы занимались, полно воздействовало на мою жизнь, многое объясняло. Все наши занятия помогли чувствовать почву под ногами, ориентироваться среди людей. Уже, изучая экономику и естественно-научную характерологию, увидела, как и ведение хозяйства зависит от характеров людей, от национально-психологических особенностей целых народов. Тогда появился мой курс для студентов на эту тему, и первое печатное упоминание о подходе «характерологическая креатология» в экономике. Этот подход вышел из метода «Терапия творческим самовыражением», из естественно-научной характерологии. У меня есть единомышленники, которые работают в поле *характерологической креатологии* в разных направлениях. Каков смысл был такой моей работы в экономике? В первую очередь помочь студентам найти себя

в экономике. И подход *характерологической креатологии* существенно в этом помогал. Интерес мой к естественно-научной характерологии стал еще глубже, он помогал мне самой ориентироваться в жизни. Психологические концепции мне были не близки, а вызвали вопросы своей однозначной стройностью, теоретичностью, «непересекаемостью» друг с другом, получалось либо «поверь в эту концепцию, либо уйди из нее». Верить не получалось. А тут, в естественно-научной характерологии, и на самих группах ТТС, — живая клиническая психотерапия, близкий мне язык. Моя увлеченность Методомросла. Я закончила медицинский институт, стала врачом. Мечтаю быть опытным врачом. Считаю, что группы ТТСБ, естественно-научная характерология и личность Психотерапевта — то, что меня сформировало.

**СООБЩЕНИЕ О ЗАНЯТИИ С ГРУППОЙ  
ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ ПАЦИЕНТОВ  
ПО ПСИХОТЕРАПЕТИЧЕСКОЙ ПОВЕСТИ М. Е. БУРНО  
«БАТЮШКА ПОКРОВ»**

**Ю. В. Позднякова<sup>15</sup>**

Смысл занятия в том, чтобы помочь дефективным, тревожно-депрессивным людям, беззащитным в своём страдании, да ещё перед лицом жизненных невзгод, прочувствовать ещё раз, как это важно: держаться друг за друга, быть вместе с близкими душевно, духовно людьми.

В повести рассказывается о семье, живущей также в трудное, постсоветское время, время разрухи, начинаящегося «дикого» капитализма в нашей стране. *Повесть опубликована в книге М. Е. Бурно «Психиатр Гречихин (психотерапевтическая проза и драматургия). В 4-х томах — Москва, ИП Иришкин Д. А., 2019г. Т.3, 713 – 779.*

Учитель Губин на пенсии после падения советской власти психастенически мучается, что из страха преподавал литературу не так, как хотелось, а так, как было велено в школе. Пишет дневник, выписывает близкие душе места из книг. Убеждён, что всю жизнь держался-лечился этим. Бывшая ученица, теперь студентка мединститута, вдохновенно-аутистическая Ксения, похожая на испуганную цаплю с тревожными глазами, истово верующая, боготворит Губина, утешает, что и так в классе все чувствовали его отношение к тому, что рассказывал, ведь рассказывал всей душой. «Олюшка», жена Губина и их взрослый сын Петя душевно больны. Ксения наставляет эту семью, как родная, и решила выйти замуж за Петю, после больницы потолстевшего, застывшего от лекарств, но тёплого душой. Ксения уже не может жить без одухотворённой атмо-

<sup>15</sup> Художник, педагог.

сферы этого дома. Однотонно-ласковая Олюшка со сложной религиозностью в душе, подолгу разговаривает с цветами и травами в парке, объясняется им в любви, молится на коленях, обнимая берёзу, рисует акварели. Успокаивает мужа с его страхами смерти. «Олимпом Православием, смешанным со славянским язычеством, Губин, при всём тёплом желании, не мог проникнуться, хотя это и было ему по душе своей одухотворённой близостью к природе, хотя и послушно, опустив голову, стоял всегда у стола перед едой, пока жена творила молитву, и даже по временам ходил с ней в церковь. А глаза Пети, застывшие, тусклые, заметно светились во время молитвы... Губин испытывал живые тёплые чувства лишь к мотивам славянской мифологии... тянулся душой к сказочному языческому Лешему и Домовому, как тянулся к русским народным сказкам... Даже как бы осязал душою этих Лешего и Домового — как родных существ, как домашнего кота и собаку».

По вечерам они все четверо смотрят на экране слайды картин художников, слайды природы, слушают музыку Баха, читают вслух художественное. Вместе отмечают русские народные праздники, вместе ходят в музеи. Праздник Покрова им очень дорог. На экране — картина Николая Фомичёва «Покров». Мысли Губина о празднике. «Пресвятая Богородица в этот день невидимым покровом Высших сил покрывает-охраняет людей, молится за них, покровительствуя женитьбе-браку после трудового лета. Но я <...> вижу-чувствую всё это, <...> как октябрьский снег, будто свадебным покрывалом покрывает-оберегает всё живое, людей. Покров — это осенний влажный снег на зелёной живой траве».

В верхней части картины Фомичёва Богоматерь с покрывалом в руках, сияние от неё. Внизу — первый снег на зелёной траве, свадебный поезд мчится из церкви. Соединяется Покров от Природы и Покров свыше, от Бога.

В этой семье в трудное время страны все заботятся друг о друге скромными подарками, душевным сочувствием. У Губина хватает сил терпеть депрессивные истерики жены и этим лечить себя. «Губин смолоду привык к порою малопонятным для здравого мышления разговорам жены, к её разложенным поступкам. Он твёрдо знал: логику Оля не воспринимает, а только сердце». Возможно, и Ксения сможет терпеть большую ревность к ней Олюшки. «Губину было так тихо, ясно, тепло с ними дома, на пенсии, после всяких повседневных школьных переживаний. Жена хотела учить его рисовать акварелью и пастелью пейзажи... Помогая жене в её депрессивных истериках, Губин, в сущности, и себя лечил таким образом. Наверно, существует такое лечение, когда лечишься, помогая тому, кому ещё хуже. Кто будет после него вот так, всей душой, без таблеток, помогать Олюшке! Впрочем, Ксения будет это делать не хуже. И картинки жены будут по стенам развешивать. Станет христиански служить и Пете. Что-то мягкое, защи-

тительное, в самом деле, покрывает их дом накануне Покрова».

В группе тепло приняли повесть. Слушая содержание, места из повести, высказываясь, оживали, заметно собирались даже тяжёлые пациенты. Вот что некоторые участники занятия говорили.

— Во мне больше учителя. Доброты, Бога в повести много. Их всех сближает то, что они добрые и несчастные. Один книжки переписывает, другая Богу молится. Девушке Ксении душевно помогает в трудной жизни общение с этой семьёй. Мне с такими людьми комфортно, приятно общаться. Но они как-то слишком хорошие...

— Смысл Праздника в защите Верой. Губин явный психастеник. Ксения — аутист. Петя — сложный, трудно сказать о характере. Возможно, мозаика. Невеста Ксения — аутистическая. Мог бы находиться в их компании. Им так помогает общение друг с другом.

— Они все больше или меньше психастеники, но мне и аутистическая Ксения созвучна. Не знаю, как может такое сочетаться. Мне было бы в этой семье неплохо. Становятся понятнее люди и сам себе понятнее.

— Для страдающих душевно людей, как мы сами, дорога атмосфера этой семьи, нравственно-чистая.

— Мне радостно было читать, что, несмотря на разное отношение к Богу, герои повести не спорят между собой: реалистическое спокойно существует вместе с идеалистическим.

*Моё заключение:* У каждого из героев повести свои мучения, бывают и конфликты, но всех объединяет дефензивность, доброта, стремление сохранить свой маленький добрый мир, забота друг о друге. В сущности, они стали стихийными психотерапевтами друг другу. Им хорошо вместе, потому что они, разные, стараются понять друг друга. Они очень боятся потерять свой маленький мир. И снег Покрова их оберегает, как осеннюю траву. У нас в России много дефензивности. Поэтому, наверное, в России любят праздник Покрова. В нём защитительное, оберегающее. Православие тоже этим проникнуто. У русского Бога, у святых просят защиты, особенно в трудные времена. Одни, согласно своему аутистическому, аутистоподобному мироощущению, чувствуют Покров как Божественное заступничество и утешение. Ксения говорит: «Это Он оберегает нас от всего дурного». Другие реалистически чувствуют как доброе, естественное в Природе. Природа заботливо покрывает землю снегом, защищая от грядущих морозов. Защищая корни растений, семена в земле, зимующие травы. Укрывает, согревает. Выпадает первый снег — и на душе становится легче, чувствуется доброе в этом снеге. Вот и они, герои повести, прячутся под октябрьским снегом в своём маленьком мире, где стараются друг друга беречь, не обижать, помогать в трудностях, согревать. Доброту, Любовь тоже понимают по-разному. Одни как Божественное, посланное свыше, другие как земное.

Этому помогает знакомство с характерами. Дефензивным, тревожно-депрессивным людям легче, когда поддерживают друг друга. Что делать, если тяжело в обычной жизни. Батюшка Покров — защита. И дефензивному нужно кого-то любить, быть кому-то нужным. Повесть помогает обрести свой маленький, но главный для тебя мир разных, но созвучных друг другу людей, неравнодушных друг к другу, лечащих добром неизвестно по-своему друг друга. И в этом «неповторимо по-своему» оказывается лечебное творчество души, посвечение в творческой помощи друг другу.

**МАТЕРИАЛИСТ ИЛИ ИДЕАЛИСТ?  
К ВОПРОСУ О ВЫБОРЕ «ПОДХОДЯЩЕГО»  
ПСИХОТЕРАПЕВТА СКВОЗЬ ПРИЗМУ ТЕРАПИИ  
ТВОРЧЕСКИМ САМОВЫРАЖЕНИЕМ ПО М. Е. БУРНО  
(ТТСБ)**

Т. А. Гоголева<sup>16</sup>

Требования к личности психотерапевта, работающего в ТТС, сформулировал автор метода профессор М. Е. Бурно, акцентируя внимание на склонности не к идеалистическому, а к естественно-научному мироощущению.

Карл Ясперс писал, что «психиатр для всех — это нечто, невозможное в принципе». «Но в силу обстоятельств психиатр обязан оказывать помощь любому человеку, который вверяет себя его заботам» (с. 965).

Убежденность в стихийном врачевании самой Природы, не исключает возможность сочетания приверженности клиницизму с верой в эффективность воздействия теоретических, концептуальных методов психотерапии.

Аутистическая личностная почва, ранее не столь распространенная в России, в наше время встречается значительно чаще и понимание идеалистических особенностей переживаний в клинической картине требует от психотерапевта желания и особой склонности погружаться в мироощущенную глубину характерологически сложно организованных, страдающих клиентов/ пациентов.

В некоторых случаях психотерапевту идеалистического душевного склада бывает трудно в своей работе ограничиться одними только рамками клиницизма с его естественно-научным, материалистическим взглядом на мир. Первичный дух «вечный, бесконечный, знающий о нас все» требует стройной концепции-идеи, которая придаст завершенность, гармонию психотера-

<sup>16</sup> Клинический психолог, преподаватель Кафедры психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии ФНМО МИ РУДН, председатель секции ТТСБ при МОП, СПР — сертифицированный международный интегративный психотерапевт, Россия, Москва.

певтической работе и отсутствие которой нередко порождает тревогу и неуверенность в истинности призыва у замкнуто-углубленного, дефензивного представителя помогающей профессии.

Интегративная психотерапия, ориентированная на развитие, с фокусом на отношениях — метод, созданный доктором Ричардом Эрскиным, помогает психотерапевту-идеалисту наладить особый эмоциональный контакт с клиентом/ пациентом, о важности которого неоднократно писал М. Е. Бурно.

Автор метода вводит понятие «психотерапевтическое присутствие», которое существует «за пределами эмпатии» и проявляется, прежде всего, в *аффективной настройке-резонансе* с аффектом другого, что создает невербальный межличностный контакт и чувство общности. Другим важным элементом успешной психотерапии Р. Эрскин считает настройку на *потребности в отношениях* по мере их появления в терапевтическом взаимодействии. Потребности в отношениях — уникальные потребности межличностного контакта. (Erskine, 1995) Это не базовые потребности жизни, такие как еда, воздух и т.п. Это основополагающие элементы, которые улучшают качество жизни и ощущение себя -в -отношениях.

Сегодняшняя обстановка в стране и в мире, неуверенность в будущем, увеличение числа депрессий и тревожных расстройств требуют от специалистов помогающих профессий четкого нравственного ориентира, который будет служить залогом стабильности и надежности обращающимся за помощью. Поэтому тезисы хочу завершить словами Р. Эрскина: «Необходимое условие успешной психотерапии — безусловная приверженность благополучию клиента/ пациента». А это означает, что душевный склад не является решающим аргументом при выборе психотерапевта.

#### Литература

1. Бурно М. Е. (2011) О самом главном в клинической классической психотерапии (ККП)//Психотерапия. № 1. С. 17 – 23.
2. Бурно М. Е. О характерах людей (Психотерапевтическая книга). — Изд-е 7-е, испр. и доп. — М.: Институт консультирования и системных решений, Общероссийская профессиональная психотерапевтическая лига, 2019. — 592 с
3. Бурно М. Е. (2021) О характерах психотерапевтов, которые занимаются терапией творческим самовыражением. <https://psy.su/feed/8818/>
4. Ясперс К. Общая психопатология / Пер. с нем. Л. О. Акопяна. — М.:Практика,1997.—1056с.
5. Erskine R. G. (2015). *Relational Patterns, Therapeutic Presence: Concepts and Practice of Integrative Psychotherapy*. London: Karnac Books.

# **Доступность психологической и психотерапевтической помощи в Республике Беларусь: иллюзии и реальность (Сообщение 2<sup>1</sup>)**

**Ф. Б. Плоткин<sup>2</sup>, Т. В. Короткевич<sup>3</sup> (Республика Беларусь)**

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.

*Дело не в дороге, которую мы выбираем;  
то, что внутри нас, заставляет нас выбирать дорогу.*

*О. Генри. «Дороги, которые мы выбираем»  
[1, с. 317]<sup>4</sup>.*

Начнем с того — с проблемы выбора человеком деятельности, связанной с медициной. «Первая главная задача, которую мы осознаем в своей жизни, — определяет Дж. Бьюдженталь, — «получение образования». Все и каждый дают нам ясно понять, что это дело чрезвычайной важности, требующее огромных затрат денег, времени, усилий и жертв...» [6]. Между тем, не всегда просто человеку определить *свои истинные желания*. «Природа сама указывает настоящую систему, которой мы должны держаться, — считает Дж. Леббок. — стоит нам только прислушаться к ее голосу. Наши природные наклонности служат хорошими руководителями в этом вопросе, хотя нельзя назвать их непогрешимыми...» [7,

с. 108]. Об этом же писал и М. Монтень: «... нет ничего удивительного, что нам присущи известные свойства и наклонности, вложенные в нас при рождении и настолько укоренившиеся, что мы не можем уже ни ощущать, ни распознавать их в себе...» [8, с. 561]. «Мне кажется, — продолжает М. Монтень, — что среди показателей нашей слабости нельзя забывать и того, что даже при всем желании человек не умеет определить, что ему нужно. Мы не в состоянии прийти к соглашению, даже в нашем воображении и в наших пожеланиях, относительно того, что нам необходимо для нашего удовлетворения. Если даже предоставить нашему уму полную свободу выбирать, что ему угодно, он и тогда не сможет пожелать того, что действительно нужно для его удовлетворения» [8, с. 689]<sup>5</sup>.

Как бы то ни было, возвышенный образ врача, рассматривающего медицину как искусство,

<sup>1</sup> Сообщение 1 см. в НПЖ, 2022, 4.

<sup>2</sup> Врач психиатр-нарколог.

<sup>3</sup> Врач-организатор здравоохранения, канд. мед. наук, доцент.

<sup>4</sup> Мнение писателя подтверждается современными исследованиями в области когнитивной психологии, нейробиологии и нейрофизиологии [2 – 5].

<sup>5</sup> По наблюдению Ф. Ларошфуко, «природа, по-видимому, прячет в глубинах нашей души таланты и способности, о которых нам самим неизвестно...» [9, с. 326].

как призвание, как святое дело, весьма популярен<sup>6</sup>. «А принимаем мы решения о том, что зависит от нас и осуществляется, — определяет Аристотель, — в поступках... В самом деле, причинами принято считать природу, необходимость, случай, а кроме того, ум и все, что исходит от человека... О том, что зависит от нас и не всегда бывает одинаково, мы принимаем решения, например о том, что связано с искусством врачевания...» [11]. В клятве Гиппократа, лежащей в основе принимаемой каждым оканчивающим медицинский институт «Присягой врача», говорится, что врач берет на себя обязательство руководствоваться в лечении больного человека отличными знаниями медицины и чистой совестью, избегать любой несправедливости и заботится исключительно о благе пациента [12].

«Возвышенные мотивы, — указывает проф. Ю. Р. Абаев — часто являются решающими при выборе жизненного пути» [13]<sup>7</sup>. Так ли это на самом деле? Является ли выбор врачебной профессии призванием, расчетом или подсознательным стремлением компенсировать свои собственные личностные проблемы? Каковы действительные мотивации этого жизненно важного выбора в современную эпоху дикого капитализма на постсоветском пространстве?<sup>8</sup> Какие метаморфозы испытывали мотивации к врачебной деятельности с тех пор, когда учитель и врач были самыми уважаемыми членами общества? Сохранились ли свойственные отечественной медицине высокие идеалы служения людям и обществу? В какой степени можно ожидать появления последователей благодородной деятельности Ф. П. Гааза<sup>9</sup> и А. Швейцера?

Между тем, выбор человеком медицинской профессии в большинстве случаев зависит не от случайных конstellаций во внешнем мире, а в

значительной степени предопределен. Мы не говорим здесь о тех случаях, когда абитуриент поступает в медицинский ВУЗ заодно с товарищем или подругой или в связи с удобным территориальным расположением ВУЗа недалеко от его места жительства. Исключая из детального рассмотрения те ситуации, когда выбор профессии осуществляется вследствие той или иной степени принуждения, приведем лишь один пример. «Мой отец [доктор медицины и хирург] дал мне прекрасное образование, — вспоминает главный герой повести А. П. Чехова «Палата № 6» Андрей Ефимович Рагин, — но под влиянием идей шестидесятых годов заставил меня сделаться врачом». Как свидетельствует автор, «сам Андрей Ефимыч не раз признавался, что он никогда не чувствовал призыва к медицине и вообще к специальным наукам». Трагические последствия занятия медициной в данном случае для пациентов и, прежде всего, для самого доктора Рагина (наряду с мотивами тоски существования и гнетущей действительности), детально описаны Чеховым в этой повести [17]<sup>10</sup>.

Рене Генон в работе «Кризис современного мира» анализирует такое положение, «когда каждый вынужден делать лишь ту работу, которую ему удалось получить, даже в том случае, если человек не испытывает к ней ни малейшего интереса... Роль человека в обществе в таких условиях определяется не случайностью, которой вообще не существует<sup>11</sup>, но тем, что имеет видимость случайности, — системой самых разнообразных условных и незначительных факторов. При этом единственный имеющий основополагающее и глубинное значение фактор — мы имеем в виду принципиальное различие внутренней природы людей — учитывается менее всех остальных» [19, с. 200 – 201].

<sup>6</sup> «Призвание открывается во многих видах и формах, — определяет Герман Гессе, — но ядро и смысл этого события всегда одни и те же: душу пробуждает, преображает или укрепляет то, что вместо мечтаний и предчувствий, живших внутри тебя, вдруг слышишь призыв извне, видишь воплощение и вмешательство действительности» [10].

<sup>7</sup> «Существование на уровне высших потребностей, — утверждает Абрахам Маслоу, — предполагает более высокую биологическую продуктивность... Удовлетворение высших потребностей имеет значение как для сохранения жизни, так и для развития личности [14, с. 109]

<sup>8</sup> Идеалы, ценности и нравственные нормы складываются в результате осредненного опыта, отражают достигнутые (освоенные на данный или прошлый момент) ценности в окружающем обществе или его конкретной субкультуре. И, несомненно, они некоторым образом влияют на мотивационный процесс [15].

<sup>9</sup> Гааз писал: «В российском народе есть перед всеми другими качествами блестательная добродетель милосердия, готовность и привычка с радостью помогать в изобилии ближнему во всем, в чем он нуждается» (Цит. по [16]). На могильном камне Ф. И. Гааза начертан девиз его жизни: «Спешите делать добро».

<sup>10</sup> Ф. Бэкон считал, что «Родители обязаны предварительно выбрать занятие и профессию для своих детей... Но, в то же время... пусть лучше дети сами выберут то занятие, ту профессию, к которой предрасположены их способности» [18, с. 200 – 201].

<sup>11</sup> «То, что люди называют случайностью, есть не что иное, как их личное неведение относительно причин случившегося, — настаивает автор. — Если понимать выражение «это произошло случайно» в смысле «это не имело никакой причины», мы придем к явному противоречию» [19].

Посмотрим теперь более внимательно на причины выбора тем или иным человеком медицинской профессии. Потребность заботиться о других в определенной мере возникает из нашей бессознательной идентификации с ролью пациента, на основе проекции наших собственных недовлетворенных эмоциональных потребностей [20]. По материалам американских исследователей, до 60 % специалистов, занятых в сферах, связанных с «помогающими» профессиями — врачи, психологи, социальные работники и другие члены «команд» лечебных центров — сами воспитывались в дисфункциональных семьях, которые в большинстве своем имели проблемы со злоупотреблением алкоголем и наркотиками. Как правило, эти люди выполняют роли «героев» со всеми свойственными им типами психологических установок, паттернами мышления и поведения. Внутренние душевые раны, закрепленные в детстве, чувство вины толкают их в зрелом возрасте к попыткам решать свою зафиксированную внутреннюю проблему через оказание эффективной (прежде всего быстрой) помощи другим людям [21]. Данная ситуация хорошо отражена в психоанализе и аналитической психологии и рассматривается как перенос и «комплекс Спасителя» [22, 23]<sup>12</sup>.

По мнению А. Адлера, нередко «выбор профессии является попыткой компенсировать комплекс неполноценности, возникший в детстве» (Цит. по [26, с. 104]). Lief (1971) считал, что, по меньшей мере, треть студентов, избравших медицину в качестве профессии, руководствовались бессознательными невротическими побуждениями, неразрешенными конфликтами детского возраста. Многие авторы полагают, что выбор медицинской профессии может служить формой защиты против чувства тревоги и бессилия, которые возникают вследствие переживаний, связанных с болезнью или смертью членов семьи [27, с. 38].

По наблюдениям Richard Tillet, имеются данные, «позволяющие предположить, что многие люди выбирают медицинскую профессию в связи с тем, что их собственные психические расстройства делают их уязвимыми к психологическому стрессу — это так называемый «синдром медицинской профессии». Среди медицинских работников в целом отмечается повышенный уровень психиатрической заболеваемости, часто встречаются тревожные расстройства, депрес-

сии, суицидальные попытки, злоупотребление алкоголем и наркотиками» [20]<sup>13</sup>.

Malan (1979) описал «синдром обслуживающих профессий», при котором специалист «навязчиво дает другим то, что он хотел бы иметь сам, что приводит к выраженному нарушению эмоционального баланса» (Цит. по [20]) Лица, у которых впечатления раннего детства особенно отклоняются от нормы, чаще имеют значительный невротический компонент в структуре своей профессиональной роли и представляют собой группу повышенного риска. Jacobs (1991) использует понятие «конструктивной мести», чтобы показать, что многие медицинские работники в своей профессиональной деятельности руководствуются желанием компенсировать вред, нанесенный в прошлом, сублимируя желание мести в сознательное желание возмещения эмоций [20].

Джеффри А. Коттлер, известный специалист в области психотерапии, отмечает: «Желание стать терапевтом возникает у большинства из нас не из острой необходимости спасти мир или помочь людям, а скорее из стремления спасти самих себя. Многие из мотивов к тому, чтобы стать терапевтом, существуют на уровне подсознания. Зачастую эти мотивы связаны с затяжной борьбой человека с какой-либо ранней утратой или нереализованными нарциссическими потребностями в признании и одобрении. Половина терапевтов, опрошенных в ходе крупномасштабного опроса, признались, что их желание стать терапевтом, а также их последующее профессиональное становление были мотивированы главным образом желанием решить какие-то из своих собственных проблем. Среди часто упоминаемых мотивов стать терапевтом встречается желание человека лучше понять самого себя и чувствовать, что тебя понимают другие... Еще один мотив к тому, чтобы стать терапевтом, связан с желанием ощущать собственную влиятельность, могущество и способность контролировать поведение не только других людей, но и самого себя... Быть терапевтом означает пользоваться плодами близости, не утрачивая при этом контроля, между тем как близость обычно предполагает утрату контроля... Мы можем пользоваться плодами высоких уровней близости, не неся при этом никаких эмоциональных издержек, порождаемых такой близостью. Мы получаем возможность быть сторонними наблюдателями и полу-

<sup>12</sup> Подробный анализ «помогающих профессий» с позиций аналитической психологии К.-Г. Юнга см. в работах Е. И. Терещук [24, 25].

<sup>13</sup> «Согласно теории личности в Транзактном Анализе, — констатирует Е. В. Речкина, — алкоголизм и другие виды зависимостей являются, так называемой, программой или сценарием аутоагрессивного деструктивного поведения, которая была заложена еще в ранние детские годы. Аддиктивные клиенты пребывают в Игре, в которой они находятся в виде Жертв зависимости, они находят себе Спасателей, которые в последующем, не имея возможности помочь, переключаются в Преследователей» [28].

чать удовольствие от проживания жизни других людей, не неся при этом какой-либо ответственности, поскольку лично мы никак не причастны к этой жизни...» [29, с. 26 – 27]<sup>14</sup>. «Я занимаюсь психотерапией не для того, чтобы спасти других от их безумия, — говорит Шелдон Копп, — а для того, чтобы сохранить хотя бы остатки своего собственного здравомыслия; то есть, не для того, чтобы излечить других, а для того, чтобы излечить самого себя» (Цит. по: [29, с. 86]).

Чем же проявляются в практической деятельности такого врача описанные бессознательные импульсы при выборе профессии? Ведь большинство профессий призвано нести людям благо и служить их исцелению. Деятельность врачей, учителей, психотерапевтов, социальных работников и священнослужителей заключается в непосредственном оказании помощи, прежде всего, людям несчастным, больным или неспособным найти свое место в жизни. Каким образом и почему представители помогающих профессий могут причинять значительный вред, напрямую связанный с самим намерением помогать людям? [23]. «В контексте терапевтического процесса, как власть, так и воля представляют собой негативные силы, препятствующие исцелению, — констатирует Александр Лоуэн. — Власть находится в мозгу у терапевта, поскольку он рассматривает себя как посредника, который в состоянии вызвать в пациенте желательные изменения. Своим осознающим разумом терапевт может понимать, что не в силах изменить пациента, но имеющееся у него знание психологических нюансов, лежащих в основе дискомфорта или дистресса пациента, может давать ему ощущение власти, если сам он, подобно большинству людей в нашем культурном круге, представляет собой нарциссическую личность и нуждается во власти для поддержания самомнения и собственного внутреннего имиджа» [30, с. 410 – 411]<sup>15</sup>.

«Последние достижения аналитической психологии, — писал К. Г. Юнг в 1929 г., — подводят нас к важному вопросу об иррациональных факторах человеческой личности и выдвигают на передний план личность врача в качестве лечебно-

го фактора или его противоположности (курсив мой. — Ф. П.). Тем самым в свою очередь выдвигается требование изменения самого врача, то есть *самовоспитание воспитателя* (курсив — в оригинале). Отныне все то, что объективно присутствовало в истории нашей психологии — признание, разъяснение и воспитание, — поднимается на ступень субъекта, другими словами, все, что делалось с пациентами, должно делаться и с врачом, чтобы его личность не оказала отрицательного влияния на пациентов. Врачу непозволительно пытаться закрывать глаза на свои собственные трудности, ссылаясь на то, что он лечит трудности других, в то время как у него самого якобы этих трудностей не существует» [32, с. 34 – 35].

Об этом же писал и Генри Миллер: «Некоторые психиатры всего лишь такие же жалкие, такие же измученные страхом человеческие создания, как и их пациенты, которые обращаются к ним в поисках облегчения... Вместо того, чтобы просто оставаться людьми, они пытаются исцелять и обращать в свою веру, стать дарующими жизнь спасителями для того только, чтобы в конце обнаружить, что распяли самих себя...» [33, с. 284].

Объективности ради приведем здесь также мнение уже упоминавшегося Адольфа Гуггенбюль-Крейга: «Утверждение о том, что большинство врачей руководимо деструктивным началом, не выдерживает критики. В конце концов, человек выбирает себе профессию медика для того, чтобы помогать людям, и нет никаких оснований полагать, что им движут в первую очередь разрушительные мотивы» [23, с. 63]. Об этом же пишет и Н. А. Зорин: «Я далек от мысли, что честные люди перевелись, и что никто более не выбирает профессию врача «по призванию», а последняя начисто лишена романтизма» [34]]<sup>16</sup>.

Отдельного обсуждения заслуживает проблема возможного профессионального отбора кандидатов на получение медицинского образования и последующую работу в медицине, как это делается в целом ряде профессий. «Врачом может быть не каждый», — утверждает не без осно-

<sup>14</sup> Вышедшая впервые на русском языке в 2022 г. книга Джейффи Коттлера «О профессии психотерапевта» является переводом уже 5-го ее издания. Предыдущие зарубежные издания этой книги получили высокую оценку огромного множества студентов и практикующих специалистов в сфере оказания консультационных услуг, клинической психологии, социальной работы, психотерапии, терапии брака и семьи, а также в сфере медицины в целом.

<sup>15</sup> «По непонятным причинам, — отмечает ректор Восточно-Европейского института психоанализа (Санкт-Петербург) проф. М. М. Решетников, — в нашей среде чрезвычайно распространен комплекс всемогущества, и мной не раз наблюдалась ситуация, когда терапевт предпочитает сделать несколько шагов вниз по лестнице профессионализма (вплоть до периодических запоев и даже наркотизации), чем обратиться за помощью к коллеге. Это огромный недостаток нашей цеховой культуры» [31].

<sup>16</sup> «Каждый выбирает для себя Женщину, религию, дорогу. Дьяволу служить или пророку — Каждый выбирает для себя...», — отмечает поэт Юрий Левитанский [35].

ваний проф. Ю. Р. Абаев, указывая на многочисленные личностные качества, которыми должен обладать врач [13]<sup>17</sup>. Еще Цицерон подчеркивал «важную роль совести человеческой, которая безо всякого божественного разума способна взвешивать добродетели и пороки. Не будь ее — все бы пропало» [36, с. 186 – 187]<sup>18</sup>. По мнению Э. Берна, «в раннем детстве индивид усваивает, как он «должен» себя вести, поскольку родители порицают его, когда он поступает не так, как должен поступать по их мнению; и это чувство «должного» внедряется столь глубоко, что становится частью психической структуры человека. В более позднем возрасте (то есть после пяти-шести лет) усваивается нечто должное, теперь уже остающееся в сознании в виде так называемой совести и также играющей роль в принятии решений. Более ранняя подсознательная совесть, однако, важнее сознательной совести, поскольку она образуется раньше, укореняется глубже, имеет большую силу, труднее поддается изменению и контролю и влияет на поведение человека без его отчетливого понимания, а часто вопреки его воле» [38]. И действительно, некоторые наши коллеги, осознав деструктивный характер отношений с пациентами (причем, не столько для пациента, сколько для самого врача), перепрофилируются на те врачебные специальности, в профессиональной деятельности которых интерперсональные отношения с пациентами не возникают: административные должности, патологическая анатомия, лабораторная и лучевая диагностика, и т.п.

В реальности пригодность конкретного человека к медицинской деятельности объективировать достаточно сложно. В прошлые годы выска-

зывалось мнение, чтобы желающие стать врачами вначале оканчивали медицинское училище, и только проработав определенное время в практическом здравоохранении и утвердившись в своем желании стать врачом, могли поступать в медицинские институты. К сожалению, это осталось только пожеланием.

Что же касается возможного определения у кандидатов на освоение связанных с медицинской профессий количества и активности зеркальных нейронов Риццолатти, могущих свидетельствовать о способности к эмпатии [39, с. 32]<sup>19</sup>, то это, видимо, дело далекого будущего. Интересно отметить, что еще в 1878 г. Ф. Ницше пишет: «Мы заключаем по аналогии, что нечто приносит боль другому, и благодаря воспоминанию и силе воображения сами можем при этом чувствовать себя нехорошо» [41, с. 98]. И это нейрофизиологическое наблюдение философа смогло быть объективировано только более века спустя после открытия зеркальных нейронов.

Каких-либо изменений в существующем порядке доступа к врачебной профессии в ближайшее время не предвидится. Малейшие попытки изменить существующее положение наткнутся на жесточайшее сопротивление левого истеблишмента, отстаивающего идеи равенства и права и свободы личности<sup>20</sup>. Впрочем, следует подумать, найдется ли при соблюдении строгих правил отбора претендентов на получение врачебной профессии достаточное количество достойных кандидатов? При ответе на этот вопрос обратимся к наблюдению Ф. Ницше: «Ценность жизни для обыкновенного, посредственного человека основана исключительно на том, что он придает себе большее значение, чем всему

<sup>17</sup> Обсуждение значения категорий совесть и справедливость в медицинской профессии являются содержанием вступительного слова главного редактора журнала «Здравоохранение» проф. Ю. К. Абаева к пятому выпуску за 2022 г.

<sup>18</sup> К примеру, «в экзистенциальном анализе под «совестью» понимается *интуитивное чутье* в отношении иерархии ценностей в какой-либо ситуации. Совесть согласовывает ценности относительно друг друга и показывает, в каком направлении человеку идти, чтобы прожить наибольшую ценность. Это то направление, которое человек как *Person* воспринимает как *правильное*. Совесть — это взгляд с помощью моей сущности на других, на себя, на ситуацию, на то, как можно способствовать возникновению большей ценности из уже имеющихся» (курсив — в оригинале) [37, с. 168].

<sup>19</sup> Л. Бинсвангер считает понятие «эмпатия» «очень расплывчатым». «Мы сделаем это понятие более ясным только в том случае, если сможем проверить и описать это чувство с точки зрения его феноменологического содержания», — утверждает автор и делает это в книге «Экзистенциальный анализ» [40, с. 46 – 47].

<sup>20</sup> Описывая некоторые особенности современной эпохи, Генон Рене подчеркивает, что «все началось с неверного понимания врожденной индивидуальной природы человека, а закончилось полным забвением самого факта существования такой природы (а также связанного с ней естественного неравенства). Как бы то ни было, это отрижение различия внутренней природы людей былоозвучено в принцип под именем «равенство». Не составляет никакого труда доказать, что равенство вообще невозможно, и что его нигде не существует, хотя бы уже потому, что не может существовать двух совершенно одинаковых и, тем не менее, совершенно отличных друг от друга существ. Гораздо труднее продемонстрировать различные нелепые последствия этой абсурдной идеи «равенства», во имя которой людям пытаются навязать полное единобразие во всем, в частности, через всеобщее и одинаковое для всех образование, основываясь на совершенно ложной предпосылке, будто все в одинаковой степени способны понять определенные вещи, и будто одни и те же методы для объяснения этих вещей годятся для всех без исключения» [19].

миру. Большой недостаток фантазии, которым он страдает, обусловливает то, что он *не может чувствовать в другие существа* (курсив мой — Ф. П.) и потому принимает в их судьбе и страданиях лишь минимальное участие» [41, с. 47].

Вспомним здесь высказывание В. В. Вересаева из предисловия к первому изданию его книги «Записки врача» (1901 г.): «Я должен был знать, что в публике и без того распространено сильное недоверие к медицине и врачам<sup>21</sup>, разоблачения же, подобные моим «Запискам», могут только усилить это недоверие... Негодование это представляется мне очень знаменательным. Мы так боимся во всем правды, так мало сознаем ее необходимость, что стоит открыть хоть маленький ее уголок, — и люди начинают чувствовать себя неловко: для чего? Какая от этого польза? Что скажут люди непосвященные, как поймут они преподносимую правду?» [43, с. 211 – 212].

Вернемся, однако, к первой части статьи и отметим, что некоторые коллеги вместо дорогостоящей и длительной личной психотерапии у опытного специалиста пытаются решать свои собственные психологические проблемы с помощью пациентов<sup>22</sup>. При этом умудряются получать еще и неплохой доход<sup>23</sup>. Оценить степень распространенности подобной практики нет никакой возможности. Как, впрочем, неизвестно и какова диагностическая структура обращений за психологической и психотерапевтической помощью, и какое место здесь занимает ПТСР? Какие способы и методы лечения применяются при этом и насколько они адекватны? И, наконец, каковы же результаты<sup>24</sup>? Ответов на эти вопросы

не знает никто, ибо никакой отчетности для анализа подобной деятельности не предусмотрено, а ситуация вообще находится вне зоны общественного внимания и какого-либо интереса профессионального сообщества. Эти процессы происходят на фоне того, что акад. П. И. Сидоров характеризует как «галопирующий рост уплотнения информационной среды, нарастание некомпетентности и психологической неграмотности населения, глобализация агрессии и психического терроризма, культуральная дезориентация, рост маргинальности и криминальной субкультуры, доступность и распространенность психотехнологий, рост отчуждения и психического насилия, истеродемонический ренессанс, дефицит доступных институтов психопрофилактики и др.» [45, с. 14].

Заканчивая наши рассуждения, приведем высказывание известного российского психотерапевта М. Е. Сандомирского: «Еще один тренд нового времени в культуре российского общества — депрофессионализация. Она проявляется как широкомасштабный социальный феномен, в самых разных сферах деятельности, отчасти в связи с «утечкой мозгов», отчасти — в связи с деградацией системы профессионального образования (не только высшего), но главным образом с катастрофическим падением в обществе престижа профессиональной компетентности и персональной культуры. Показательно выразился по этому поводу Н. А. Гульбинский: «Одна из самых характерных черт современной российской жизни — чудовищный непрофессионализм во всех сферах деятельности». Депрофессионализация и вытекающая из нее профанация так-

<sup>21</sup> «По мере того как медицина становится все более и более технической, рассудочной, локализующей, все яростней отбивается от нее инстинкт широкой массы; все шире и шире, вопреки всяческому школьному образованию, разрастается в низах народа, в смутных его глубинах, это течение, направленное против академической медицины», — писал С. Цвейг в 1930 г. [42, с. 22 – 23].

<sup>22</sup> «Каждому, кто собрался на прием к психиатру, следует сначала проверить, все ли в порядке с головой у этого специалиста». Этот совет американского писателя Сэмюэля Голдвина используется в качестве эпиграфа в своей книге «Мозгоправы. Нерассказанная история психиатрии» Джейфри Либерман — заведующий кафедрой психиатрии в Колумбийском врачебно-хирургическом колледже, руководитель Психиатрического института штата Нью-Йорк. Ранее некоторое время возглавлял Американскую психиатрическую ассоциацию. Книга вышла из печати в переводе на русский язык в 2022 г.

<sup>23</sup> Приведем здесь мнение Н. А. Зорина (к.м.н., член правления московского отделения Общества специалистов доказательной медицины (ОСДМ): «Психоанализ, который и раньше рекрутировал в свои ряды не самых здоровых людей, пополнился изрядным количеством перверзных и по-иному патологических или примитивных личностей, которым уже не чинило препятствий сколько-нибудь профессиональное сообщество и которым аналитическая практика позволяла вымешивать их собственные комплексы на анализируемых, нередко принося прямой вред» [44].

<sup>24</sup> При оценке эффективности лечения всегда следует помнить об известном постулате римского права, который звучит так: «Post et not propter» — «После — не значит вследствие». Нельзя забывать, что существует и «vis medicatrix nature» (целительная сила природы), и у некоторых пациентов наблюдаются спонтанные ремиссии, граничащие с практическим выздоровлением. Здесь чрезвычайно важно отметить: чем раньше начато лечение, тем на более успешные результаты его можно рассчитывать. Отсутствие квалифицированного ведения больного в начальных периодах формирования патологии часто приводит к быстрой хронизации и «клинической запущенности». Следует заметить, что в рассматриваемой ситуации, как и в других областях медицины, неадекватная терапия приводит к хронизации процесса и формирования ПТСР. В некоторых случаях требуется и стационарное лечение.



Питер Брейгель-старший. «Притча о слепых» («Слепые»). 1568 г.  
Национальная галерея и музей Каподимонте, Неаполь.

же тесно связаны с инфантильной иррациональностью массового сознания, когда в глазах взрослого, как для ребенка, приобщенность к «чуду», везению, знание «чудодейственного» заклинания или ритуала, по выражению Дж. Агамбена, «стоят гораздо большего, нежели кропотливая работа по достижению цели» [46].

В каком направлении будет развиваться в дальнейшем профессиональное медицинское и психологическое образование, покажет время. Однако осознание проблем, накопившихся в данной сфере, может быть одним из импульсов к дальнейшему их осмысливанию и разрешению, что в целом будет способствовать повышению качества помощи и улучшению психического здоровья общества в целом.

P. S. «Куда идет отечественная психиатрия?» — задается вопросом главный редактор НПЖ Ю. С. Савенко. И констатирует с горечью: «Куда идет всё». [Независимый психиатр. журнал. 2022, 3, 28 – 31]. Сложившееся положение хорошо иллюстрирует, с нашей точки зрения, картина Питера Брейгеля-ст.

Сюжет картины связан с евангельской притчей о неразумном слепце, который взялся быть поводырем у своих собратьев по несчастью. «**Может ли слепой водить слепого?**», — говорит-ся в Евангелии от Матфея (Мф 15:14). «**Оставьте их!** Они слепые вожди слепых, а если слепой ведет слепого, то они оба упадут в яму». Несколько веков эта притча служила назидатель-

ным примером неразумного поведения людей, находящихся под властью духовного ослепления [<https://art.goldsoch.info/pritcha-o-slepukh-piter-brejgel/>]. На холсте изображено шестеро мужчин: все они обозражены определенной глазной болезнью. Головы мужчин приподняты, что позволяет им лучше ориентироваться в пространстве с помощью слуха или осязания. Но это их не спасет, ведь все шесть слепых выстроились в вереницу, держась за впередистоящего человека руками или посохами. Они отчаянно цепляются друг за друга, позабыв, что их предводитель так же слеп, и не видит дороги перед собой. Более того, слепцы не подозревают, что первый идущий уже летит в яму, увлекая их всех за собой [<https://muzei.club/slepye>]. Все изображенные на картине находятся в той или иной степени падения. Лишь последний слепой, как нам представляется, еще более-менее твердо стоит на ногах, хотя, как и впередиидущие, не догадывается о предстоящем падении. И именно это еще относительно устойчивое положение последней фигуры на картине оставляет, на наш взгляд, некоторую надежду на лучшее будущее.

#### Литература

- Генри О. Рассказы. Ташкент. Укитувчи, 1987. — 336 с.
- Вааль де Ф. Истоки морали: В поисках человеческого у приматов. М.: Альпина нон-фикшн, 2014. — 376 с.

3. Канеман Д. Думай медленно... решай быстро. М.: АСТ, 2014. — 653 с.
4. Канеман Д., Словик П., Тверски А. Принятие решений в неопределенности: Правила и предубеждения. Харьков: «Гуманитарный Центр», 2005. — 632 с.
5. Фрим К. Мозг и душа: Как нервная деятельность формирует наш внутренний мир. М.: Астрель: CORPUS, 2012. — 335 с.
6. Бьюдженталь Дж. Наука быть живым. Диалоги между терапевтом и пациентами в гуманистической терапии. М.: Класс, 2005. — 336 с.
7. Леббок Дж. Радости жизни. В кн. Леббок Джон. Радости жизни. Лотце Герман. Микрокосмос. Мн.: БелЭн, 2006. С. 5–264.
8. Монтен M. Опыты: В 3 кн. Кн. 1 – 2. СПб.: Кристалл; Респекс, 1998. — 960 с.
9. Ларошфуко Ф. Мемуары: Максимы и моральные размышления. Сборник. Мн.: Попурри. 1999. — 416 с.
10. Гессе Г. Игра в бисер: опыт жизнеописания мастера игры Иозефа Кнехта с приложением оставшихся от него сочинений. Харьков: Фолио; М.: АСТ, 2000. — 447 с.
11. Аристотель. Никомахова этика // Аристотель. Сочинения: В 4 т. Т. 4. М.: Мысль, 1983. С. 53–293.
12. Гиппократ. Клятва. Закон о враче. Наставления. Минск: Современ. литератор, 1998. — 832 с.
13. Абаев Ю. Р. Хороший доктор. Часть 1. Призвание и обучение. Здравоохранение. 2019. — № 7. — 24 – 32.
14. Маслоу А. Мотивация и личность. СПб.: Питер, 2007. — 352 с.
15. Четвертаков С. А. Реконструкция теории Маслоу. СПб.: Алетейя, 2011. — 576 с.
16. Окуджава Б. У Гааза нет отказа. В сб. Избранная проза. М.: «Известия», 1979. — 512 с.
17. Чехов А. П. Палата № 6. М.: Азбука-классика, 2019. —
18. Бэкон Ф. Мысли. Максимы. Афоризмы. Мн.: «Современное слово», 1998. — 352 с.
19. Генон Рене. Кризис современного мира. М: Эксмо, 2008. — 784 с.
20. Richard Tillet. Больной внутри нас: психические расстройства у специалистов медицинского профиля. Обзор современной психиатрии. 2004. — № 2. — 23 – 30.
21. Теркулов Р. И., Кузнецов А. В., Леонова Л. А. Этические проблемы организации терапевтического процесса в наркологических учреждениях. Вопросы наркологии. 2000 — № 1. — С. 65 – 70.
22. Юнг К. Г. Психология бессознательного. М.: Наука, 2004. — 320 с.
23. Гуггенбюль-Крейг А. Власть архетипа в психотерапии и медицине: учеб. пособие для доп. образования. СПб.: Б. С. К., 1997. — 117 с.
24. Терещук Е. И. «Помогающие» профессии: детерминанты выбора и постоянная подверженность стрессу. ARS medica. Искусство медицины. 2010. — № 12. С. 4 – 11.
25. Терещук Е. И. Особенности лиц «помогающих» профессий, их постоянная подверженность стрессу и возможности конструктивного выхода. Пси-
- хотерапия и клиническая психология. 2010. — № 1. — С. 23 – 32.
26. Юрьева Л. Н. Профессиональное выгорание у медицинских работников: формирование, профилактика, коррекция. К.: Сфера, 2004. — 272 с.
27. Ларенцова Л. И., Барденштейн Л. М. Синдром эмоционального выгорания у врачей различных специальностей: психологические аспекты. М.: Мед. книга, 2009. — 142 с.
28. Речкина Е. В. Ошибки психотерапии в наркологической практике. Профессиональная психотерапевтическая газета. 2014. — № 10. — С. 32.
29. Коттерлер Дж. О профессии психотерапевта. 5-е изд. М.: СПб, Диалектика, 2022. — 463 с.
30. Лоуэн А. Радость. Мн.: ООО «Попурри», 1999. — 463 с.
31. Решетников М. М. Психическая травма. СПб.: Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2006. — 322 с.
32. Юнг К. Г. Проблемы современной психотерапии. Проблемы души нашего времени: сб. ст. М.: Прогресс; Универс, 1993. С. 11 – 36.
33. Миллер Г. Мудрость сердца. Сб. ст: Улыбка у подножия лестницы: повести, рассказы, эссе. СПб.: Азбука-классика, 2001. С. 283 – 303.
34. Зорин Н. А. Зачем больной приходит к врачу? Психиатрия [Минск]. 2008. — № 2. С. 26 – 29.
35. Левитанский Ю. Д. Каждый выбирает для себя. М.: Время, 2005. — 640 с.
36. Цицерон. О природе богов // Философские трактаты. М.: «Наука», 1985. — С. 60 – 190.
37. Лэнгле А. Прикосновение к ценности. Введение в экзистенциально-аналитическую теорию эмоций. Что движет человеком? Экзистенциально-аналитическая теория эмоций М.: Генезис, 2017. С. 138 – 184.
38. Берн Э. Что такое человек. В сб. Райгородский Д. Я. Теории личности в западно-европейской и американской психологии. Хрестоматия по психологии личности. Самара: Издательский Дом «БАХРАХ», 1996. С. 45 – 84.
39. Рамачандран В. Мозг рассказывает. Что делает нас людьми М.: Карьера Пресс, 2012. — 422 с.
40. Бинсангер Л. Экзистенциальный анализ. М. Институт Общегуманитарных Исследований, 2014. — 272 с.
41. Ницше Ф. Человеческое, слишком человеческое: Книга для свободных умов. СПб.: Азбука-классика, 2010. — 384 с.
42. Цвейг С. Врачевание и психика. М.: Политиздат, 1992.
43. Вересаев В. В. Собр. соч. в 4 т. Т. 1. Записки врача. М.: Издательство «Правда», 1985. — С. 210 – 400.
44. Зорин Н. А. Скромное обаяние психоанализа. Независимый психиатр. журнал. 1996. — № 3. — С. 66 – 71.
45. Сидоров П. И., Новикова И. А. Ментальная медицина: руководство. — М.: Диттерра, 2014. — 728 с.
46. Сандомирский М. Интеллектуальное импортозамещение в отечественной психотерапии и современная российская культура. <http://psychotherapy.ruspsy.net/article.php?post=663>.

# **КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ**

---

## **Транзиторный шизофреноидный психоз у пациентки с тяжелой анемией и перенесенным ковидом**

**Разбор ведет А. А. Шмилович, врач-докладчик Т. С. Иорушкина  
(ПКБ № 4 им. П. Б. Ганнушкина, 19.05.2022)**

**Врач-докладчик:** Уважаемые коллеги! Важему вниманию представляется пациентка Диана Руслановна, рожд. 02.02.1997 (25 лет) (имя изменено). Проживает Москве, работает инженером, поступила в нашу больницу 01.05.2022.

**Анамнез.** Родилась в г. Камертау (Башкортостан) единственным ребенком в семье. Акушерский анамнез матери не отягощен. Наследственность психопатологически отягощена — отец страдал алкогольной зависимостью. Воспитывалась в полной семье до 5 лет. Мать по характеру характеризует, как «добрую», спокойную. По профессии инженер строитель, работает индивидуальным предпринимателем в садоводстве. Отец разнорабочий. Когда пациентке было 5 лет, отец ушел из семьи по инициативе матери, в дальнейшем в воспитании дочери участие не принимал, материально не помогал. С 7 лет воспитывалась матерью и отчимом. Отношения с ним описывает как «тёплые», «смог заменить отца». ДДУ посещала, адаптировалась нормально. В школу пошла с семи лет. В начальной школе адаптировалась хорошо, лучше давались точные науки.

С 4 класса из-за переезда семьи в деревню, перевелась в сельскую школу, адаптировалась хорошо, быстро нашла подруг. Учась в школе, занималась в секции по волейболу. Описывает себя как «общительную», было несколько друзей-старшеклассников, в компании которых впервые попробовала алкоголь и сигареты в 8 классе. Зависимость и употребление ПАВ категорически отрицает.

Первые романтические отношения с парнем в 8 классе, с которым рассталась после окончания школы т.к. «переехала в Москву». Поступила в МГСУ на бюджетное отделение. Адаптировалась хорошо, «могла все успевать», любила студенческие «вечеринки», однако занятия не пропускала. Со 2 курса вступила в романтические отношения с одногруппником, с которым сожительствует по настоящее время у его родителей. Со 2 курса также подрабатывала в университете лаборантром.

Окончила университет с красным дипломом. Поступила в магистратуру, окончила ее с отличием. Собиралась поступать в аспирантуру, в чем молодой человек и родители ее всячески поддерживали, однако поняла, что «устала учиться». Устроилась работать в НИИ приборостроения. В коллективе адаптировалась хорошо, работа нравилась. В январе 2022 года оформила ипотеку, стала тревожиться по поводу своих доходов, искала новое место работы. В феврале 2022 года переболела коронавирусной инфекцией в среднетяжелой форме (ангина, прием антибиотиков). После выздоровления взяла отпуск, неофициально устроилась на новую работу, однако через неделю вернулась на прежнее место, после чего появились опасения, что «предала» директора, «поступила неправильно», является «ненадежным работником», лично рассказала начальнику что раскаивается, пыталась всячески угодить начальству. Однако коллектив ей претензий не высказывал.

С апреля 2022 года стала тревожной, казалось, что «мысли ускоряются», «стало очень легко усваивать информацию», «мысли в голове путались, звучали», казалось, что «может мысленно нанести вред близким людям». С 8 апреля 2022 г была растерянной, нарушился сон, 10.04.22, вернувшись домой, начала периодически замирать на месте, смотреть в одну точку, свое поведение не объясняла, с кем-то разговаривала, говорила, что слышит «голоса», накрывала голову одеялом, ложилась на пол, отказывалась от еды.

Молодой человек вызвал бригаду СМП. Была госпитализирована в ПКБ № 4 впервые (ранее у психиатров не наблюдалась). Находилась на лечении в ПКБ № 4; с 10.04.22 по 22.04.2022, получала терапию рисперидоном 2 мг в сут, тригексифенидил 4 мг/сут, на фоне терапии острое психотическое состояние было купировано, восстановился сон. После выписки лечение принимала, с 25.04.2022 перестала принимать терапию т.к. «не смогла вовремя записаться к врачу и получить рецепт», приходила в аптеку

с «листом поддерживающей терапии». Не спала ночь, стала беспокойной, импульсивной, на месте не удерживалась, затыкала уши руками, на вопросы не отвечала. Стереотипно повторяла «так не могу...», с родственниками и молодым человеком не общалась. В связи с этим вновь была вызвана бригада СМП, осмотрена дежурным врачом-психиатром, была госпитализирована в ПКБ № 4 в недобровольном порядке.

### **Осмотр в приемном покое**

Катамнез (со слов пациентки, а также сопроводительной мед. документации): поступает повторно, выписана 22.04.2022 г. с рекомендациями продолжения приема рисперидона с корректорами. По данным системы «МедПортал» сведений нет. После выписки проживала в семье гражданского мужа, без приема терапии состояние быстро изменилось. Не спала ночь, стала беспокойной, импульсивной, на месте не удерживалась, затыкала уши руками, на вопросы не отвечала. Стереотипно повторяла «так не могу...», с родственниками и мужем не общалась. Осмотрена дежурным психиатром, доставлена в приемное отделение ПКБ №4 им. Ганнушкина в недобровольном порядке.

### **Психический статус на момент поступления в ПБ**

Полноценному контакту недоступна, не выполняет инструкций, проявляет выраженный негативизм при осмотре. Гrimасничает, мимика галлюцинаторная, отворачивается от врача, на вопросы практически не отвечает, старается вырваться, куда-то убежать. Периодически замирает, зажмуривает глаза, с кем-то разговаривает. Импульсивна. Начат физикальный осмотр, но во время осмотра стала возбужденной, отказалась от сан.обработки, пыталась убежать. Критики к состоянию нет.

### **Психический статус на момент осмотра**

Оrientирована верно. Контакту малодоступна, на вопросы отвечает после паузы, замирает, закрывает глаза, молчит. Затем начинает рассказывать анамнестические сведения. Обстоятельства госпитализации объясняет тем, что сама захотела пойти к психологу, затем говорит, что «парень вызвал скорую, а я лечиться не хочу». Жалобы сформулировать не может, «жалобы на здоровье, религию, все вокруг». Погружена в собственные переживания. Мимика галлюцинаторная, прислушивается к чему-то, шепчет. «Голоса» не отрицают, говорит, что «разные голоса внутри головы, много чего говорят и ругают, и что-то сделать, не могу разобрать, шумно». Сообщает, что после выписки терапию не принимала, «я хотела подружить голоса между собой».

Также говорит, что «люди воздействуют», «хотите, покажу Вам?», при этом долго сидит с закрытыми глазами, при расспросе говорит, что «мысленно задала Вам вопрос, а Вы ответили, но до Вас трудно дослушаться». Фон настроения неустойчивый. Мышление паралогичное, амбивалентное, с соскальзываниями. Сон нарушен. Аппетит снижен. Критика отсутствует, категорически отказывается от лечения, «мне нужно делать много дел, мне нельзя оставаться», больной себя не считает.

### **Патопсихологическое обследование**

По итогам проведенного обследования выявляются умеренно выраженные нарушения мыслительной деятельности эндогенной природы, наиболее выраженные при совершении логических операций в абстрактном плане и менее выраженные при работе со стимульным материалом в сочетании с начищающимися личностными нарушениями той же природы.

#### **Диагноз заключительный клинический:**

F20.096 Парапоидная шизофрения, период наблюдения менее года, нет ремиссии,  
– галлюцинаторно-бредовый синдром.

#### **Сопутствующий:**

E06.31 Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофический вариант с тиреотоксикозом;  
E05.8 Др. формы тиреотоксикоза, субклинический;  
R63.4 Ненормальная масса тела, дефицит;  
D50.9 Железодефицитная анемия неуточнённая.

**Лечащий врач:** Также хочу обратить внимание на кожный покров пациентки, когда мы ее приведем на беседу. Девочка с подросткового возраста страдает железодефицитной анемией, но никогда не придавала этому значения. И здесь ей назначалась необходимая терапия. Мы неоднократно разъясняли, что у нее очень низкие цифры гемоглобина, проблемы с щитовидной железой, недостаточная масса тела, и на это нужно обязательно обращать внимание. Пациентка остается некритичной к своим соматическим заболеваниям. Слушает все очень формально, в беседах говорит: «Да, да, да, да, да», при этом дает очень раздражительно-негативную реакцию: «Что Вы будете давать? Все эти препараты у меня только вызовут какие-нибудь проблемы со стулом и так далее. Мне это вообще совершенно необходимо». Сейчас она, конечно, более спокойна, поскольку получает сопутствующую терапию.

Пациентке проводилось патопсихологическое обследование, там определяются нарушения мышления в абстрактном плане и так далее. При первичной госпитализации никаких данных за какие-то наблюдения и обращения к пси-

хиатру у нас не было. У пациентки стоял диагноз острое полиморфное расстройство. Так как это вторая госпитализация за достаточно короткий срок с активной психотической симптоматикой, в настоящий момент у пациентки выставлен диагноз «шизофрения параноидная», период наблюдения менее года.

**Ведущий:** Вопросы какие? Есть вопрос — а все-таки какая цифра гемоглобина? И что она принимает?

**Лечащий врач:** Вот сейчас, на этот момент она получает феррум лек, получает фолиевую кислоту. Ранее получала нутриэн диабет, потому что назначал диетолог в связи с дефицитом массы тела, еще добавлялся хилак форте.

**Ведущий:** И дефицит массы тела насколько серьезный, и в связи с чем это, по мнению терапевта?

**Лечащий врач:** Она говорит, что всегда была маленькая и худенькая очень, с самого детства. Но, похоже, что она не наблюдалась ни у каких докторов по поводу той или иной проблемы. Я задавала маме вопрос, в курсе ли она проблем со здоровьем дочери, хотя бы соматических. Ответ: «Да, да, да, я что-то по это слышала», но не более того. Хотя, мама достаточно отзывчивая и теплая, и хоть и проживает в Башкирии, звонит, интересуется состоянием здоровья и дальнейшей судьбой дочери. Гемоглобин был 53. Вчера взяли повторно, но я сейчас не готова ответить, какие там цифры. 53 — это прямо реанимационные цифры гемоглобина, это очень тяжелая форма. Но при этом, видимо, это продолжается уже много лет, и наверное, организм скомпенсирован..

**Ведущий:** Значит, она скомпенсирована?

**Лечащий врач:** Да, она не замечает. Потому что, по сути, с таким гемоглобином ты и не встанешь особо, будешь очень большое истощение. Ну, и, конечно, таблетированный феррум лек тут не большой помощник. Надо бы, конечно, капать железо.

**Ведущий:** А у нас ее смотрел терапевт? — Ее все осмотрели. Вот это как раз рекомендации наших терапевтов — железодефицитная, тяжелая форма, феррум лек. Эндокринолог находит множество своих проблем, там и аутоиммунный тиреоидит и гипотиреоз под вопросом был. Причем, мы, врачи, уже стали акцентировать внимание — «Ты вообще, когда-нибудь обследовалась, когда-то вообще задумывалась об этом?» — «Ну, меня же ничего не беспокоит как бы, и нормально». — То есть там есть заболевание щитовидной железы? — Да. — И вот еще такой вопрос — она после первой выписки через 12 дней уехала в Башкирию? — Нет, никуда она не уехала, она осталась здесь проживать с молодым человеком, в его семье. — А, это вот в деревне... когда в школе... — В деревне она жила, когда была малышкой, с родителями, да. — Да,

понятно. Это в Башкирии. — И там, получается, от одной до другой госпитализации меньше 10 дней, неделя практически. — Понятно. То есть она жила фактически там же, где родители ее молодого человека, и это именно они инициировали госпитализацию такую? — Да, у думаю, что не он сам, а они, потому что молодой человек — я лично с ним не беседовала, но беседовала доктор, которая в предыдущую госпитализацию курировала пациентку, — он, видимо, не совсем критичен к истории, и такой очень... ни рыба, ни мясо — «ну да, ну нет». — Почему-то ей не помогли с лекарствами-то разобраться. — Я не уверена, поняли ли они, что происходит. Но больше, особенно сейчас, вовлечены родители этого молодого человека, видимо, именно они инициировали очередную «скорую помощь», они звонили, просились на беседу записаться, на посещение пациентки. А молодой человек, видимо, очень инфантильный и не очень самостоятельный. Даже для того, чтобы он записался на посещение к своей dame сердца, звонит его папа. Я говорю: «А что, мальчик сам не может?» — «Ну, он у нас такой вот стеснительный». Ну, бывает.

**Ведущий:** Хорошо. Вопросы?

— Все-таки Вы обращаете внимание на... Может быть, МРТ все-таки сделать? — Да. Я думаю, что это было бы неплохо. Но мы сами не владеем такой радостью, придется привлекать помощь 1-ой больницы. Но я думаю, они, наверное, не откажут в этом. Еще в плане стоит рентген, в отношении турецкого седла, эндокринолог с такими вопросами назначает абсолютно точно.

— Позвольте узнать, она перенесла коронавирусную инфекцию? — Да, в средней форме. Там была ангинна и просто прием антибиотиков. А когда? — Это февраль 2022-го.

**Ведущий:** То есть примерно в то время, когда начался первый психоз? Так ведь? — Получается, что примерно так — В январе она взяла ипотеку — там тревога-тревога. В феврале COVID. И в апреле она уже с психозом. — И к апрелю ей уже плохо. Нельзя исключить связь одного с другим, учитывая, что сейчас практика показывает это очень часто. — Да. — Но тут сложность еще в том, что... Это с ее слов все замечательно, и она такая и активная, и мода, и хорошо училась.... Мама не дает какой-то более подробной информации. Но хорошего и достоверного анамнеза, к сожалению, у нас нет в плане ее пубертата. Было ли там что-то, что может привлечь наше внимание, или это действительно спровоцировано коронавирусом, тут остается только гадать.

— Низкая доза антипсихотика изначально. Вас это, конечно, удивило, да? — Меня — очень. — Были ли побочные экстрапирамидные эффекты? Может быть, такая низкая доза как раз из-за

того, что было что-то с экстрапирамидной системой? — *Нет. Я не могу Вам сказать, почему было принято решение коллегой назначать такую низкую дозу, экстрапирамидные реакции не описываются нигде и никем. Сейчас у нее шесть мг, но с корректорами она прекрасно переносит, у нее нет никаких побочных эффектов и жалоб по этому поводу. Но, как я уже говорила, выбор именно этого препарата связан с тем, что нельзя было исключить кататоническую симптоматику, и была опасность назначения типичных нейролептиков.* — Просто у нее анемия, а это сниженная активность и априори фактор риска развития экстрапирамидной симптоматики. — Анемия была еще задолго до ее знакомства с психиатрией, видимо, с рождения. *А может быть, там еще и желтуха какая-нибудь новорожденного была, нельзя ничего исключить. Потому что, с ее слов, проблемы с анемией с подросткового возраста. Но мы здесь за нее наблюдаем. Она всегда получает корректоры.*

### Беседа с пациенткой

**Ведущий:** Присаживайтесь. Меня Андрей Аркадьевич зовут. — Очень приятно. Меня зовут Динара. — Динара? — Да. — Очень приятно. Все присутствующие в этом зале — врачи. — Да, понимаю. — Хочу сразу Вас убедить в том, что мы знаем, что такая врачебная тайна. — Хорошо. — И никакой здесь, как это сказать, утечки информации просто быть не может. — Хорошо. — Мы собираемся здесь один раз в месяц по четвергам, для того, чтобы вот таким большим консилиумом разобрать какие-то непростые случаи. Ваш случай непрост потому, что Вы очень быстро оказались в больнице вновь. То есть, не прошло и месяца после выписки, как Вы... — Да, есть такое. — ...опять возвращаетесь. Вы молодая женщина. Вообще-то рановато еще болеть, так скажем. Ну, вот поэтому мы и здесь. Постарайтесь описать сейчас максимально подробно и как-то открыто для нас свое состояние, что сейчас Вам... — *На данный момент?* — Да, да. На сегодняшний день, вот прям сейчас. — *На сегодняшний день я очень хорошо кушаю, и я... Я на самом деле хорошо себя чувствую, потому что у меня наладился режим питания и режим сна, вот. Это все произошло довольно-таки быстро, вот. И сейчас я не чувствую никаких тревог или страхов. Ну, нет, конечно же, есть страх за свою жизнь, какой-то на интуитивном таком уровне, вот.* — Страх за свою жизнь на интуитивном уровне? — *Ну, на каком-то, как... как инстинкт. Инстинкт самосохранения должен же быть у человека всегда. Вот. Поэтому... я не то, что говорю, вообще лишилась страха.* — Я понимаю. — Да. — Что сейчас интуитивно может Вам угрожать? — *Ну, например,*

*я могу сесть за руль и под таблетками, к примеру, да, у меня замедлена моя реакция. Ну, ощущения, мироощущение замедляется. Вот. Ну, это... — Но это же зависит от Вас? — Да, это зависит от меня. — Можно не садиться за руль. — Да. Можно не садиться за руль. — А вот какая-то угроза, которая от Вас совсем не зависит? Можете ли Вы назвать это сейчас? — Может быть, какой-то пример, может, Вы мне можете? Я, по крайней мере... — Ну, допустим, у Вас есть какой-то недоброжелатель, я не знаю, который хочет Вам каким-то образом навредить. — Нет. Сейчас такого нет, ничего подобного нет. И поэтому... ну страх выступать, может быть, перед аудиторией, это тоже есть такой небольшой. — Но мы сейчас говорим о более глобальных проблемах. Вы говорили об инстинкте самосохранения. — Да. — То есть это вопрос жизни и смерти. — Ну, да. — Раз Вы коснулись этой темы, судя по всему, она Вас беспокоила. Относительно недавно. — Ну, просто... Относительно недавно именно касаемо машины, вот, как меня это беспокоит. То есть я понимаю, что, если я буду бояться, я не сяду за руль. Пока я не собираюсь садиться за руль, потому что все-таки есть опасность. Ну, такая, для себя. — Ну, давайте тогда разберем эту тему, автодорожную. — Давайте. — Вы автомобилист? — Да, я водитель. — Уже стаж хороший? — Нет, полгода. — А, Вы недавно только сели за руль? — Да. — Ну, и как же Вы ездите, какой у Вас стиль вождения? — Аккуратный. — Осторожный? — Да. Смотря, соблюдая все правила. Потому что, как... не соблюдая правил, на дороге начнется хаос какой-то. Если каждый из нас будет нарушать правила, то мы не сможем ездить нормально. Я езжу просто каждый день на работу, с работы, вот. И это мой... ну да, вот и стаж полгода всего. Это маленький на самом деле стаж. Поэтому, может быть, поэтому у меня есть какой-то страх снова садиться за руль в таком... под таблетками, так скажем. — У Вас не было никогда каких-то сложных дорожных ситуаций? Таких прям, где бы Вы просто испугались там или что-то? — Нет, нет. У меня просто на самом деле... на самом деле у меня очень простой путь от дома до моей... моего места работы. Мне нужно буквально проехать там по дворам, выехать на шоссе и по прямой доехать до университета, где я учусь и работаю. Вот. — Вы только на работу ездите? — Ну, да, пока что да. Потому что про другой маршрут мне еще неизвестен и страшен. — Понятно. Ну, хорошо, ладно. Как так произошло, что Вы оказались здесь? — Я просто... Смотрите, я, когда выписалась, мне выписали несколько... на несколько дней лекарства. Вот. Эти несколько дней я пропила. — А зачем, кстати, Вам выписали лекарство? — Чтобы... не знаю. Потому что я, во-первых,*

не местная. И меня не могли прикрепить к ПНД или к дневному стационару, вот. Во-вторых, ну вот мне выписали лекарства на несколько дней вперед, так скажем, чтобы я потом, оказывается, как я сейчас понимаю, я должна была, когда у меня закончились все эти лекарства, должна была прикрепиться, пойти к частному психологу или психотерапевту, психотерапевту, точнее, и у него попросить рецепт, чтобы купить таблетки себе самому. Вот. — Зачем? — Чтобы себя чувствовать лучше. Иначе вот происходит второй случай. Я просто так не сделала тогда... — Давайте так — зачем Вам пить лекарства? — Чтобы мне... ну чтобы не попадать в больницу, как минимум, чтобы было мое хорошее состояние. — А есть еще какой-нибудь вариант ответа на этот вопрос? — Да, есть. Чтобы мне стало лучше. До моего... — Ну, может быть, чтобы Вам стало лучше, достаточно разговоров с психологом, с психотерапевтом? Или вообще просто самой собраться? — Может быть, самой собраться. — Так зачем Вам пить таблетки? — Так говорят, что нужно пить. — Только поэтому? Потому что говорят? Но это говорят другие люди. — Но это же врачи говорят, они же умные. — Ну, хорошо, они умные, но они же не боги, они же могут и ошибаться. Вы-то сами как считаете? — Я считаю, что все-таки я бы попила таблетки. — Для чего? — Для спокойствия. — А зачем вообще люди пьют таблетки? — Чтобы не болеть. — Чтобы не болеть? — Допустим, да. Чтобы не болело, зуб заболел... — В Вашем случае, может быть, это так? — Может быть, это так. — Вам таблетки, чтобы не болеть? — Не принимая вот эту точку зрения, таблетки для моего спокойствия. Вот так все-таки. Все-таки. — У Вас нет уверенности в том, что это болезнь? — Нет уверенности в том, что это болезнь. Потому что с этим, говорят, что можно жить дальше. И раз с этим можно жить дальше, то, значит, это не болезнь... — Это другой вопрос. Давайте все-таки разберем. Если это не болезнь, допустим, да? Вы — человек математического склада, насколько я знаю. — Да, все правильно. — Потому слово «допустим», это как раз из уст математиков часто происходит, да? Там как уравнение, да, с двумя неизвестными. — Да, да, да-да. — Допустим, что икс равно нулю. — Да-да, все верно. — Допустим, это не болезнь. Предположим я готов это допускать. Тогда что это? — Такое состояние... — Я про голоса, которые в голове, я про воздействие, которое Вы испытывали, про очень серьезные страхи, которые возникали еще тогда, в начале апреля или в середине где-то, перед первой госпитализацией. Понимаете, я про это. Что это? Если это не болезнь. — Состояние человека. — Откуда взялось? — Откуда взялось? Просто перегрузила себя, возможно. — Вы единственный на свете челов-

ек, который перегрузил себя? — Нет, нет. — Почему именно у Вас это произошло? — Потому что совокупность нескольких факторов действует. — Каких? — Смотрите, я недавно взяла себе ипотеку, это большой груз для меня. И я старалась устроиться на новое место работы, чтобы большие зарабатывать. Как раз логично, чтобы гасить ипотеку проще было. Потом я переболела коронавирусом. И мне из-за того, что я попыталась уйти на новое место работы, стало неудобно перед своим начальником, и я захотела исправить свою репутацию на работе. Так сказать, проявить себя, чтобы у него поменялось ко мне отношение. И совокупность всех этих факторов, мне кажется, это повлияло на мое состояние. — Из-за этих факторов?.. — Из-за этих факторов. — Которые Вы перечислили? — Да. — В Вашей голове появились чужие мысли и голоса? — Не чужие мысли, это мои мысли. — Хорошо, Ваши мысли, которые стали такими, что Вы перестали ими управлять? — Почему? Я могу ими управлять. — Сейчас — да. — Сейчас могу, да. — Но в тот момент нет, согласитесь? — Но в тот момент было сложно управлять ими. Я пыталась. — Эти мысли имели некий такой насильтственный характер все-таки? — Я пыталась просто управлять ими, но да, у меня это плохо получалось. Сейчас под таблетками, я имею в виду, под какими-то лекарственными препаратами, это проще делать, управлять своим потоком мыслей. — У Вас осталась ипотека? — Да, у меня все это осталось. — У Вас остался обиженный на Вас начальник за то, что Вы его предали? — Нет, он уже не остался. — Его уволили? — Нет. Я исправила перед ним репутацию. — Как? — Я сделала видеоролик для нашей организации. И ему понравился он. — Бесплатно? — Бесплатно, конечно же. — Почему «конечно», это работа. — Это работа, но да... Да, кстати, не бесплатно, получается, я же делала в рабочее время. Да, получается, не бесплатно. Просто проявила себя еще как человек, который может смонтировать видеоролик. — А почему Вы решили, что Ваш уход с работы и переход в другую организацию есть ужасный поступок? — Моя ответственность. — Которая делает Вас предателем перед своим начальником и своей организацией? — Потому что я такой человек. То есть мне как будто бы... если бы со мной так поступили, я бы, наверное, посчитала это предательством, вот так могу объяснить. — Почему? Какие обязательства Вас держат, что Вы?.. Вы что нарушаете? Предатель — это человек, который нарушает нормы морали, прежде всего. — Никаких не... моральных-то никаких... — Мораль-то здесь какая? — Моральных никаких я никаких не нарушаю, естественно. Но просто мне самой неудобно, неловко перед человеком, если я так сделала. То есть какая-то во

*мне внутренняя... — Вам неловко именно перед этим человеком? — Ну, да. — Вы почувствовали, что от него какой-то укор? Может быть, он не говорил об этом. — Ну, просто, да, не говорил. — Но Вы это почувствовали? — Но я почувствовала. — В каких-то отдельных словах, в глазах его, в интонациях? — В жестах. — В жестах. — Да. — А Вы это чувствовали, когда увольнялись? — Я не увольнялась. Я просто взяла отпуск на своей основной работе и пошла, поработала эту неделю в другом месте. — И в тот момент Вы поняли, что он?.. — Ну, да, что я поступаю как-то предательски как будто. — Вы поняли, наблюдая за ним, это? — Нет, я просто сама себе... Я не наблюдала же за ним, у меня не было времени, приехать на работу и посмотреть, как себя чувствует мой начальник. Потому что я на другом месте работаю. — Хорошо. А сколько ему лет? — 33 – 35 примерно. — А сколько Вы уже работаете в этом институте? — Четыре года. — Он был с самого начала? — Нет, это не первый начальник. — Это не первый? — Это не первый начальник. — А когда он появился? — Спустя два года. — То есть Вы под его руководством два года? — Ну, да. — Проработали, да, в институте. Что Вы о нем можете сказать, какой он человек? — Он человек очень строгий и очень требовательный. Когда ему надо, он будет требовать прямо десятикратно. Но также он — понимающий человек, потому что, когда я легла в больницу, попала в больницу, я ему первым же делом сообщила. Ну, мой парень, точнее, сообщил моему начальнику, что я попала в больницу. Он сказал: «Ладно, пусть лечится». — Он сказал, в какую? — Нет, он не говорил, в какую. Он просто сказал, что это сахар повышен, меня увезли в больницу. И когда я вернулась на работу после первого случая, он первым делом, когда мы встретились прямо лицом к лицу с моим начальником, он меня спросил: «Динара, как твое самочувствие, как твои дела? Чего ты, чего случилось? А почему так случилось?» — И что? — Ну, вот. Я ему, опять же, рассказала, что у меня просто повысился сахар, меня госпитализировали, меня там прокапали, было диетическое питание, сейчас вроде все нормально. Но случился второй прецедент, и теперь я уже даже не знаю, как перед ним, и нужно ли перед ним вообще сейчас оправдываться. Нет, наверное, он и так все должен понять. — А что он должен понять? — Ну, что бывают и вторые случаи. — А он одинаково строгий и требовательный ко всем? — Да. — Или к кому-то построже, к кому-то нет? — Ну, с ним можно найти общий язык. Особенно когда я делала ему видеоролик, он ко мне относился по-другому. — Как? — Потому что ему нужно было показать этот видеоролик в Министерстве образования. Он стал мне как будто бы другом. Он не начальник уже, а как друг.*

*Ну, в тот момент именно, когда написание видеоролика было, тогда уже... — Как Вы это почувствовали, изменение его роли из начальника в друга? — Потому что, когда я заходила к нему в кабинет часто, потому что мне приходилось с ним согласовывать свой видеоролик, и мы с ним даже как-то раз посидели, поговорили просто о жизни, так скажем. Он мне сказал, что: «Иногда, Динара, стоит уйти куда-нибудь в природу, гулять в лесу, к примеру, чтобы отдохнуть». Он мне, когда я неделю работала, сказал, что: «Динара, тебе нужно почаще гулять. Прими это как за такую... как за привычку чистить зубы, что нужно вечером выйти, погулять часик хотя бы, чтобы немножко успокоиться». То есть, видите, он мне давал какие-то советы уже. — Вы в этом не находили никакого намека? — Нет. — Ну, ладно. — А вообще, начальник, он хороший начальник. Теперь мне как-то с ним не так страшно разговаривать, после видеоролика, когда я его сделала. — Не так страшно? — Ну, все равно, я же подчиненный. И перед начальником у каждого подчиненного есть какой-то... — Не у каждого. — Не у каждого? — Вы испытывали страх? — Разговарива с начальником, потому что он строгий? Ну, возможно. — Я не знаю, почему, но, в общем, у Вас был какой-то страх в общении с ним. — Потому что он вечно занятой, и вот это даже как сейчас, я не могу нормально поговорить с врачом лечащим моим, потому что... сейчас. Потому что я понимаю, как ему... как он загружен, сильно загружен человек, и я не могу его отвлекать. — Вам что, хочется плакать? — Сейчас? Нет. — Вы меня обманываете. — Чуть-чуть, ладно. — Чуть-чуть. Я знаю, что Вы — человек, который... — Я же расстроена. Я просто люблю эмоции. Эмоции. — ...любит честность. Вы очень эмоциональны, да. Вы не стесняйтесь, проявляйте свои эмоции как хочется. Мы — врачи, мы все это понимаем. — Мои эмоции... Все, хорошо. Спасибо. — Естественно, что это прекрасно. Ну, ладно. А коллектив-то как на работе? — Коллектив отличный. — У Вас какой-то отдел, да, есть свой? — Да. — Это научный отдел? — Ну, да. — У Вас есть один там какой-то проект? — Начальник, да. — Нет, я про научную деятельность. — Да. — Это же научно-исследовательский институт, да? Или это какой, образовательный? — Это научно-исследовательский институт проектирования и конструирования. И наш кабинет занимается... вообще, мы же проектируем здания, и моя работа заключается в том, чтобы запроектировать какой-то объект, например, ледовый клуб. И над этим объектом работаем мы и еще несколько смежников. Есть смежные разделы, АР — архитекторы, я — конструктор. Есть смежные разделы архитекторов, смежники овэшники, это вентиляция, водоснабжение, отопление. Как*

бы над одним проектом нельзя сказать, что работает только какая-то маленькая группа людей, над одним проектом может работать вся организация. — Я понимаю. Но Ваш отдел занимается там только одним направлением. — Можно сказать, да. — Вы — часть коллектива. Как вообще в коллективе отношения? — Коллектив мне очень нравится. Меня принимают и понимают. Даже, опять же, когда я про начальника, которого я говорю, директор, это мой второй начальник, все-таки у меня есть непосредственный начальник, Алексей зовут Галушко. И Алексей, он для меня более близкий начальник, так скажем. Я с ним каждодневно контактирую. Но он все равно для меня начальник. Я его не боюсь, с ним мы уже давно друзья. И когда я вернулась после первого эпизода на работу, мне сказали, что... точнее, я сказала Леше, я его уже так даже называю, что со мной произошло, опять же, сахарный диабет. Ну, не диабет, а повысился сахар, повысилось давление, меня госпитализировали, это моя обычная коронная история, которую я будут рассказывать всем, чтобы не называть каких-то лишних информаций. И когда я вернулась, он меня тоже понял и принял. То есть он не говорил мне: «Где ты пропадала столько времени? А чего с тобой было? А что такое?» Он просто вошел в ситуацию. И коллектив вокруг меня, он тоже все понял и принял. — Хорошо. Но там больше мужчин, женщин? — Конечно, парней больше, потому что... — И есть с кем-то у Вас такие, более близкие, более тесные отношения? На работе. — Насколько близкие? Как друг прям? — Я не знаю, как у Вас, просто я задаю такой вопрос. Ну, больше, чем неформальные. — Да, есть. — То есть больше, чем формальные. — Есть. Нет... сейчас. Раньше работал в моем отделе мой парень. Если Вы хотите узнать про такие отношения, именно дружеские, которые перетекают в «мой парень», то у меня раньше был, работал там мой парень. Сейчас он уволился, и он работает уже в другом месте. А коллектив остается плюс-минус такой же. И теперь я, например, обедать хожу с одним определенным человеком каждый день. То есть это все-таки больше, чем коллега, он стал уже большим другом для меня. — Мужчина? — Да. — Не ревнует Ваш парень? — Нет, потому что мы общались втроем, когда был мой парень. Просто сейчас Женя уволился с того места работы, и он теперь работает в другом месте, а мы с Ромой остались все так же хорошие друзья, которые могут за обедом обсудить нашего и начальника, и не начальника, и все на свете. Ну, просто так, друг, общение. — Понятно. Хорошо. Раз уж зашла речь о Жене... — Да. — Давайте тогда поговорим о нем. Опишите его. — Ну, он спокойный. Он меня постоянно успокаивает. То есть я... — А Вас надо успокаивать?

— Меня не надо успокаивать, но иногда мои слезы неконтролируемо могут литься. Просто эмоции, да? И он меня просто может взять за руки и сказать: «Динара, все хорошо», — и я успокаиваюсь. Ну, чтобы не было... — А давно у Вас такое, что слезы постоянно лются? — Я всегда была плаксивой. Мне даже мой отчим говорит, что я плаксивая. Потому что, не знаю, в силу чего, в силу природы, может быть, так происходит, просто эмоции, понимаете, они зашкаливают... — Я понимаю. — И единственный хороший способ для меня их выразить — это слезы. — Да, и бывает такое, что у Вас слезы лются даже тогда, когда слезы радости, как говорят? — Конечно. — Тоже такое бывает? — Да, да-да, не только слезы печали. — Кино смотрите... — Конечно, конечно. — Или Вам рассказывают историю какую-то, где есть какая-то... — Особенno когда говорят слова тебе «я тебя люблю», это просто для меня... — Все, надо та-зик подставлять? — Да, можно уже подставлять тазики. — То есть Вы очень такая плакса? — Ну, отчасти, да. — Может, это Вы в кого-то, в маму, в папу? — Не знаю даже. Не знаю, за ними такого не замечала. — Ну, понятно. Вас не смущает это? — А почему меня это должно смущать? — Ну, не знаю, ходите, плачете все время, людей пугаете. — Ну, неужели от этого может быть страшно? — Многие боятся, Вы знаете, женских слез. — Ну, значит... значит... — Значит, им не повезло, наверное? — Да. — Хорошо, да. Хорошо. Он Вас умеет успокоить. — Да. — И эти слезы унять. — Да. — Просто взяв за руки? — Да, к примеру. — А Вы с ним ведь давно уже в отношениях? — Пять лет. — С института? — Да, с института. — Понятно. — Пять лет отношений. — Это первая такая Ваша любовь? — Нет. Была в школе еще любовь. Там три года. — Вторая? Понятно. — Были вместе. — Как Вы расстались? И из-за чего? — Из-за того, что я поступила в Москву. Ну, просто территориально мы находились в разных местах. — Он остался в Башкирии? — Да, а я... — А Вы здесь? — Здесь. — Только это? — Думаю, да. — Ну, как-то... тогда это не любовь. — Несущественно? — Нет, ну, как-то странно. Любовь от этого не прекращается обычно. — Нет, я просто... Вы сомневаетесь, что это была любовь? Возможно... — Ну, да. — Возможно, это была детская какая-то любовь. — Ну, да, какая-то такая, поверхностная. — Да, поверхностная. — А эта настоящая? С Женей. — С Женей? Тоже можно сказать, что да. — Чувства глубокие? — Чувства — да. — А взаимные? — А вот это уже сложнее. — Давайте. — Женя просто из-за того, что он такой... он не умеет выражать свои эмоции... — То есть? — Он холодный, так скажем. — Холодный? — Да. — Молчаливый? — Молчаливый, спокойный, холодный. — Не очень коммуникабельный?

— Да, он не любит общаться. — Как аутист?  
— Не знаю. — Слышали про таких? — Ну, да.  
— Такие замкнутые, в себе. — Он, да, немножко... он не любит общаться, на самом деле.  
— Такими обычно программисты бывают.  
— Возможно. И вот инженер-конструктор...  
— А, он инженер? — Он — инженер-конструктор, как и я. Мы же учимся в одном университете, в МГСУ, наш МГСУ. — Конечно, вижу, Вы — патриот. А не было у Вас идеи эту ипотеку на двоих взять? — А зачем? Смотрите, какая ситуация сложилась... — Чтоб Вы меньше плачали. — А я плачу не из-за ипотеки вовсе. Я плачу, просто эмоции выражают. — Просто взятие ипотеки был один из пунктов Вашего списка факторов. — Да-да-да, был. Нет, просто смотрите, какая ситуация сложилась у нас. Мы живем сейчас с родителями, но нам подарили квартиру, которая строится сейчас. А я себе взяла просто уголок, так скажем. Я взяла студию небольшую, 25 квадратов, чтобы мне было комфортно платить, и я хотела сдавать. Прописаться там и сдавать ее. Чтобы у меня была московская прописка, в общем-то. Вот для чего я брала. — То есть эта ипотека была не жизненно важной? — Не жизненно важной, да. Это просто было вложение средств моих, которые якопила семь лет. — Понятно. Как Вы характеризуете его родителей? — Очень добрые, отзывчивые люди. Ко мне вчера приезжали вдвоем. Без Жени, просто записались... — А почему без Жени? — Потому что, Женя работает. — Но они же тоже, наверное, работают. — У них... они просто раньше приходят на работу. Например, темя Оля встает в 5 утра, чтобы в 8 быть, или в 7 быть, уже на рабочем месте, и в 5 она свободна. Поэтому они могут приехать, а Женя может только вот в субботу прийти. — Хорошо. Ваша легенда относительно повышенного сахара... — Так. — Откуда она вообще взялась-то? — Потому что у меня действительно был повышен сахар до 12. — До каких цифр? — 12. Да, мне говорили, что 12. — Когда это началось-то? — 10 апреля. — Нет, с сахарами. — С сахаром? Я не знаю. — Вообще, у Вас с детства? — Нет, я не думаю. Я никогда не измеряла сахар, я не знаю. — То есть у Вас 10 апреля повысился сахар? — Повысился сахар 10-го... — Как Вы это определили-то? — Приехали врачи, померили мне сахар, сказали, что он повысился. — А приехали врачи почему? — Потому что мы их вызвали. — Из-за чего, что было? Что с Вами-то произошло? — Большой всплеск мыслей. — Постарайтесь поподробнее. Я знаю, что там какие-то нюансы Вам неудобно говорить, это такие переживания внутренние, психологические, но мы — психиатры, нам как раз это нужно рассказывать. — Хорошо. Вот представляете себе картину, как... я просто себе описываю это так. У меня есть бак, и это я. И мои мысли

— это несколько кранов, по периметру бака стоят краны, и они все одновременно открылись. Что-то произошло, кран не держит, и они открылись, и льется информация в бак. И я пыталась закрывать эти краны, но я не могла. У меня не хватило рук просто, закрыть их все сразу. — Вы не против, если я эту цитату в учебник для студентов включу? — Как хотите. Это Ваше право. — Без указания, конечно, что это Вы. Но Вы так красиво это описали. — Просто это самое простое, что я могу себе представить, что происходило со мной тогда. И я пыталась закрыть эти краны, они то ломаются, не закрываются, то не закрываются другие, например, или еще какие-то. И вот этот поток мыслей, он переполнял мой бак. И когда-то он переполнился, и все вылилось наружу. — В виде? — В виде... ну, мне стало плохо, меня, например, просто трясло. — И Вы вызвали скорую? — Вызвали скорую. — И Вам назерили 15 сахара? 12. — 12. 12 сахар. — 12 сахара, да. И что сказали врачи? — Повышенное давление, что нужно... — А давление? — Повышенное давление. — Какое? — Я не помню, какое давление. Но чего-то оно было высокое, сказали. И мне сказали, что в таком состоянии нужно госпитализировать. Меня госпитализировали. Мне сделали укол здесь. И я здесь первые 12 дней, как раз первый случай — 12 дней, я пролежала... — А инсулин Вам не сделали? — Я не знаю. Я не помню, чего мне кололи. — Нет, скорая что-то колола? — Нет, не колола скорая. Меня просто... сначала вызвали скорую, они мне назерили сахар, подумали, что там чего-то это происходит. А потом вызвали неотложную помощь, уже скорая вызвала еще неотложку. Когда уже неотложка, они меня... они сняли с меня мои золотые все украшения, у меня кольца просто обычно на руках, сняли, и меня под ручки взяли, и увезли в скорую помощь. Там положили на кушеточку, привязали. — Понятно. — Чтобы я не дрыгалась. — И теперь эта легенда, что у Вас каждый раз поднимается сахар? — Ну, допустим. — Родилась так? — Ну, да. — Оттуда? — Да, отсюда. — Сейчас Вы не думаете о том, что надо обследоваться у эндокринолога, вообще? — Вообще, надо обследоваться, для этого у меня здесь взяли анализы на гормоны, ТТГ, и еще брали анализ крови просто на гемоглобин, проверку. Да, надо обследоваться. Обследовать свое тело, желательно... Я просто не знаю, допустим, у меня берут какие-то анализы, я даже не знаю, какой у меня сейчас гемоглобин, мне не говорят. — Динара, был такой момент, когда Вы отказывались от еды. — Когда это было? В больнице? — В первую госпитализацию, да. До больницы, может быть. Здесь я могу ошибаться в какой-то хронологии. Но это точно есть, что Вы... — Отказывалась от еды? — Не ели, да. И там были такие состояния, когда Вы

застывали, как будто бы на пол ложились даже. — Ну, потому что, наверное, мне было проще лежа. — Как у Вас, в памяти сохранились эти события? — В памяти у меня сохранилось... Но я не помню, чтобы я отказывалась от еды, если честно. В больнице я сейчас ем как за троих. — Нет, я не про сейчас, я про тот период. — Про тот период первой госпитализации? Я даже в первую госпитализацию ела хорошо. И не помню отказа от еды. И также почему я ложилась на пол, потому что мне нужно было просто, так скажем... то есть когда ты стоишь, ты все-таки неустойчив можешь быть, можешь упасть в обморок, к примеру, да? Если тебе становится плохо, то можете упасть в обморок. Поэтому я ложилась на пол, потому что мне так было спокойней. — Так у Вас было преодоленное состояние? — Нет, я не чувствовала его. Я просто ложилась. — Тогда зачем ложиться? — Не знаю. Потому что так больше точек опор. Я как инженер могу сказать, что так надежней будет. — Сейчас-то Вы не ложитесь ведь. — Сейчас не ложусь. — У Вас нет проблемы этой. А тогда, значит, что-то такое было, что делало... — Возможно. Но я не помню преодоленного самочувствия такого. Потому что я знаю, что такое обморок, я несколько раз падала, я имею в виду, в детстве еще. Но ничего такого я не чувствовала. И когда меня второй раз привезли, кстати, мне давали нашатырный спирт. Я не знаю, зачем, понюхать. Мне, правда, салфеточку пропитали нашатырным спиртом в первом отделении. — Хорошо. А в каких пределах у Вас, Вы же должны знать это, много лет колеблется уровень гемоглобина? — Он колеблется, наверное, от 65 до 55. — 55 – 65? — Да, я думаю, примерно такой. — Получается, что выше 65 у Вас не было? — Я не знаю. — Не помните такого? — Не помню такого, да. То есть я особо его не измеряла, не каждодневно измеряю, так скажем. Может быть, в какие-то моменты он был выше, может быть, ниже. Но обычно средне у меня 60, плюс-минус. — Когда он становится 50 – 55, Вы это чувствуете? — Нет. Я абсолютно себя чувствую нормально. И никто не понимает, как я могу себя чувствовать нормально, я чувствую себя нормально с гемоглобином 58, 55. Потому что я уже привыкла так функционировать. — А когда впервые выявилась анемия? — Так, наверное, в классе десятом, в школе. — А после чего? Нет, какой-то повод был, чтобы Вам сделать анализ крови? — Не знаю, может быть... А, диспансеризацияальная. — Обычная диспансеризация? Я понял. — Да, диспансеризация в школе. — Я понял. Когда Вы поступили в первый раз сюда, да, как быстро эти крантики закрылись? — Два дня мне... ну, как меня усыпили, и через два дня мне стало легче. — Легче или все прошло? — Я думаю, что почти все прошло,

так вот. — То есть наплыв мыслей исчез? — Да. Ну, мне уже стало сильно легче. То есть я... — А что оставалось? — Ну, обычные мысли, что я, что я там... — То есть вообще ничего не осталось? — Нет, не вообще ничего не осталось, а... не так. — От болезненного состояния. — Да, от болезненного... ну, от болезненных мыслей каких-то этих, их не было. — Насильственных мыслей не было? — Не было. — Звучания мыслей не было? — Не было. — Ничего не было? — Не было. — Честно? — Честно. — Ну, хорошо. — И даже сейчас, вторая госпитализация, меня опять, мне хватило реально два дня, чтобы немножко успокоить свои какие-то левые мысли. — Левые? — Имеется в виду, какая-то чрезмерная мыслительность мои, ее нужно успокоить. И хватает двух дней таблеток или каких-то уколов... — Чтобы все ушло? — Чтобы все ушло, да. — Понятно. Ну, хорошо, а нет ли какой-то сейчас тревоги, опасения, что это может все вернуться опять? — Вообще, может вернуться. — Из-за кого? — Из-за меня. — А если мы говорим о каких-то других людях? — Я думаю, что нет других людей тут. Это чисто мое самочувствие, и я на него влияю. — Нет, знаете, как бывает, иногда бывает так, что... — Если кто-то меня выбесит, возможно... — Не просто выбесит, да? — А что? — А бывает так, что человек может как-то влиять на другого человека. — Может, конечно. — Влиять таким, метафизическим образом. — Каким? — Метафизическими. — Это как? — Гипнотическим, колдовским, я не знаю. Что угодно. И, таким образом, внушать ему что-то. Воздействовать на него. — Не знаю, такого страха нет сейчас. — Для этого он должен следить за этим человеком, знать, где он, что он делает, чем он занят. — Нет, я не чувствую такого страха. — И не было? — Не было. — Хорошо. Несколько вопросов зададут мои коллеги. Вы не против? — Нет. — Прощу Вас, да.

— Можно вопрос еще? В первую госпитализацию Вы говорили, что у Вас были голоса в голове, и Вы даже пытались их подружить между собой. Можете описать, что это за голоса были? — В первую госпитализацию? Я бы не сказала, что это были голоса, а мысли. И некоторые мысли, они как бы могут вместе существовать, сосуществовать. — А можете пример привести, какие это мысли? — Это сейчас коснется немножко инвестиций, брокерского счета. Я просто владею брокерским счетом, и, например, анализ графиков можно проводить... сейчас, как это сказать? Вот анализ графиков можно проводить по фигурам каким-то, чаши и так далее, а можно просто взять... сейчас, как это? В общем, это получается... Сейчас, у меня мысли разбегаются, я волнуюсь просто.

**Ведущий:** Не переживайте, все нормально. Просто у Вас была такая фраза: «Графики — это

люди». — Графики — это поведение людей, да. Потому что можно понять график, как с поведением людей, как будто бы посмотреть, как психолог, да? Можно так выразиться. На график. А можно посмотреть с точки зрения математики, как этот график строится математически, всякие средние скользящие и так далее, и так далее. И эти две мысли можно подружить, и это будет что-то общее.

— А если они не сдружатся, эти мысли? — Будет что-то раздельное, значит, это нецелостное. То есть от этого будет зависеть подход анализа графика. То есть полноценность этого подхода. То есть я считаю, что, например, если посмотреть с точки зрения психолога и математика на один и тот же график, их вот так сложить, это будет лучше гораздо, чем по отдельности рассматривать эти два фактора. — И в прошлую госпитализацию Вы так в голове пытались взглянуть на это с точки зрения психолога?.. — Да, да. Какие-то такие вещи сопоставить друг с другом, чтобы посмотреть еще как-то по-новому на них.

— Можно в эту же тему? С техническим анализом все более-менее понятно, а как психолог, что Вы можете сказать про анализ рынка? — Как психолог? С психологической точки зрения...

— Вы же хотели эти концепции применить. — Анализ графиков. К примеру, возьмем S&P500 график, 500 крупнейших компаний Америки. Есть такие вещи, как гэп, Вы понимаете, да, меня? — Да-да-да. — И когда происходят гэпы, это значит, люди... сейчас. Гэп — это просто такой экстремум на графике, когда... — Разрыв. — Получается, его можно как экстремум тоже выразить. Да, это разрыв в графиках. И... опять мне сложно формулировать мысли.

**Ведущий:** Мы говорим о психологической интерпретации этого. — Да-да-да, психологической интерпретации этого... — Феномена. — Феномена, да. Сейчас. По сути, с психологической точки зрения, график — это поведение людей, и им можно даже немножко подуправлять, потому что смотрите, Вы знаете, например, когда Илон Маск пишет какой-нибудь твит, графики все ползут вверх, в зависимости от того, что он написал. И почему бы не привлечь это как психологию графика?

— Как? — Как? Он повлиял на людей, он повлиял на рынок. — Вам-то это как поможет? — Я буду знать, где можно зайти, где можно выйти. В какой момент лучше зайти, в какой момент лучше выйти. — Если следить за Илоном Маском? — Условно говоря, да. Если следить за Илоном Маском и, например, акциями «Теслы», то можно сопоставить и выгодно купить, и выгодно продать, так скажем. — А с гэпом можно все-таки узнать, как и что? — Про гэп я чего-то не могу сформулировать, если че-

сто, сейчас. Для себя пока не могу... — А что, под забылось или?.. У Вас же была какая-то идея. — Да, была какая-то идея, но, видимо, она куда-то ушла от меня. — Хорошо, ладно. — Извините.

— Скажите, пожалуйста, было у Вас когда-нибудь такое, чтобы Вы как будто бы застывали в одной позе? — Как описывают врачи, что, оказывается, бывало. Я не знаю, что это значит, и как с этим можно жить или бороться, не знаю, нужно ли. — А Вы сами это помните? — Я, чтобы я просто прям застыала и смотрела в одну точку? Нет. — То есть на Вашей памяти такого не было, Вы такого не замечали за собой? — Можно сказать да. — Скажите, перед второй госпитализацией настроение какое у Вас было? — Настроение? Я даже не могу вспомнить, что там было, а настроение какое-то соответствующее, наверное, вот этому состоянию. — То есть все эти события, они как бы не очень хорошо помнятся? — Мне было страшно, я помню. — А страх был сильный? — Сильный страх был за своих родных и близких. Почекуму-то вот. Почему-то... — А было что-то конкретное, чего Вы боялись? — Я просто боялась произносить их имена, потому что мне казалось, что я причиняю им вред в любом случае.

— А каким образом Вы им могли причинить вред? — Я не знаю. Вот просто моя установка была, что если я сейчас произнесу слово, имя чье-то, то, значит, может этому человеку стать как-то не по себе. — А не было такого ощущения, как будто все происходящее вокруг какое-то ненастоящее, нереальное? — При первой госпитализации у меня было такое ощущение, что меня посадили в какую-то игру. То есть что люди, которые здесь присутствуют, в больнице, это какие-то, ну, игроки специальные. — Как будто кто-то все подстроил? — Как будто кто-то подстроил, да. — Как будто бы это и не больница была, а просто вот кто-то для Вас решил разыграть какую-то сцену? — Да, как будто квест. Можно квестом назвать. — А оно только в больнице, такое чувство появилось, или до этого тоже было? — Нет, в больнице появилось. — Понятно, спасибо. — Потому что, видимо, сильный стресс и лекарства, которые мне вкололи, как-то это все в совокупности дало мне такое ощущение, что я в игре. Я даже подходила и смотрела бейджики у всех, потому что я не понимала, это реальные люди, или все-таки это игра.

**Ведущий:** И видели, что лица людей как-то странным образом искаются, меняются? — Нет, нет, лица людей нормальные. Просто я акцентировала внимание на бейджике, потому что даже сегодня спросила у санитаров, почему-то иногда бейджик с цветной шапкой, иногда с черно-белой шапкой, иногда он вот такой, как у Татьяны Сергеевны... — Я всегда говорил,

что бейджики в психиатрической больнице — это нелучшая вообще история. — *Почему?* А мне это помогло. Мне помогло, знаете, чем? Потому что я видела, когда такой бейджик как у Татьяны Сергеевны, я понимала, что это настоящий врач. — Вас приземляло это как бы? — Да, это меня приземляло. — Хорошо. — Вот так это можно назвать. — А других, наоборот, это отрывает. Ну, ладно. — Да? Может быть. — Значит, я тогда беру свои слова обратно в отношении Вас. — Хорошо. Меня приземляло это, да, серьезно. Мне стало легче, когда я разобралась, что у кого-то есть такие бейджики, у кого-то такие бейджики. Стало легче.

— А казалось, что кто-то ненастоящий врач? — Не то, чтобы ненастоящий врач, а просто какой-то, ну, так скажем, игрок в... Допустим, это квест, да? И люди с нормальными бейджиками — это хорошие актеры. Представим, что мы иногда здесь с актерами находимся. С хорошими бейджиками хорошие актеры, а у кого плохо пропечатанный какой-то бейдж, значит, он какой-то... — Подставной. — Подставной актер, да.

— А когда к Вам приезжали врачи, Вы боялись произнести слова, потому что они могли навредить родным? Какие-то конкретные слова? — Я просто боялась произносить имена своих близких, потому что мне становилось за них страшно. — А до этого бывало, что Вы чье-то имя произносили, и как-то так влияли на них в худшую сторону? — Нет-нет-нет, нет. В этом-то и вся суть, что как бы почему я думала, я не знаю. Потому что раньше-то все было нормально, то есть я могла же общаться с людьми, думать о них, и все было нормально. А почему-то... — Это и сейчас. — И сейчас тоже все нормально. А почему-то именно в тот момент мне казалось, что я причиняю им какой-то вред. — Потому что это была болезнь. — Видимо, да.

— Скажите, а были какие-то, может быть, предвестники того, что произойдет в дальнейшем? То есть какие-то знаки особые, например, об окружающем мире Вы видели, такого не было? — Вы имеете в виду смену погоды, к примеру? — Что угодно, что для Вас такое значение имело. — Я думаю, что скорее нет.

— Скажите, пожалуйста, Вы упомянули, что у Вас бывают слезы, Вы начинаете плакать, и это как будто бы происходит против Вашей воли, как бы насильственно... — Нет. Такого тоже не было. То есть мои слезы — это чисто мои слезы, потому что я люблю поплакать. — Вы понимаете свои эмоции, что сейчас я плачу по этому обстоятельству? — Да-да-да, да-да.

— Вы можете рассказать, какие у Вас планы после выписки? — После выписки планы у меня поступить в аспирантуру. — Так, а с целью? — С целью стать преподавателем и дойти,

возможно, до доктора наук. — А что Вы будете преподавать? — Страймех. — Строительную механику. — Строительная механика. — А почему именно строительную механику? — Потому что я училась все эти года на кафедре строительной механики. — А еще что-нибудь там есть, кроме карьерных планов? — Дети. Через несколько лет. Я думаю, через года два-три. — А почему Вы так усмехнулись? — Где я усмехнулась? Это Вам показалось. — А, наверное. Хорошо.

— Кроме детей и работы? — Ну, работа, дети и аспирантура. Я думаю, пока хватит. Чего-то мне кажется, это даже слишком. Как Вы считаете, аспирантуру с детьми? Тяжко.

**Ведущий:** Просто я на кафедре работаю, я не очень приветствую, конечно, такие вещи. Мне-то лучше... — Ну, да. — Холостой аспирант мужского пола. — Понятно. — Женские аспиранты заканчиваются очень часто защитой другой диссертации. — Быстро, да? Понятно. Поэтому я и спрашиваю у Вас, потому что я знаю, что Вы — преподаватель. — Но, в принципе, я знаю много случаев вполне успешного совмещения. Просто для этого нужно огромное количество сил. — Огромное количество сил. — Все равно семейная поддержка должна быть очень хорошей. — Вот, семейная поддержка, я думаю, что будет. Потому что они меня действительно поддерживают в этом.

— Я хотела спросить еще, может быть Вы помните, что происходило в первый раз при поступлении? И Вы говорили, что была жалоба на Ваше здоровье. Вы помните, что Вы вкладывали в эту фразу, или что Вас тогда беспокоило? Или забыли? — Скорее всего, я забыла. — А то, что Вы могли воздействовать на людей, то, что люди воздействуют, такого тоже не помните? — Все в этом мире друг на друга влияют, ведь так? — Каким образом? — Воспитание. Например, мое воспитание — это на 90% мой отчим. — Я про другое влияние. — А, про другое Вы говорите влияние? — Ну, да. — Тогда я не знаю, о каком влиянии идет речь. — Вы не помните, то есть? — Да.

— А какие у Вас есть увлечения? Я слушаю Ваш рассказ, кроме работы как будто бы больше ничего нет. — Катаюсь на велике, могу покататься на роликах, на коньках, сходить с друзьями в кафе, съездить на дачу с родителями либо с друзьями. — А что наибольшее удовольствие Вам приносит из всех этих вещей? — Вообще, все приносит удовольствие в своей степени. То есть мне нравится, как побывать с друзьями, так и покататься на велике. Даже как, на великах с друзьями, тоже замечательно. — На великах с друзьями на дачу? — Еще лучше! Еще шашлыки тогда. — Взяв с собой коньки. — Да, можно и так.

— Простите, я запуталась. У Вас было основное место работы, где Вы четыре года работаете, а потом Вы взяли отпуск, чтобы на неделю выйти на новое место, посмотреть? — Да. — Потом у Вас был больничный, Вы были здесь в первый раз, и потом Вы вышли опять на старую работу? — Нет, смотрите. Я брала отпуск в феврале, потом март я работала, целый март, хорошо все, работала, а потом у меня был больничный лист. — Но Вы все еще на старой работе? — Да, я все еще на старой работе. — А между первой и второй госпитализацией Вы же выходили на работу, объясняли, что у Вас есть справка? — Да, да-да-да. — Вам поверили? — Думаю, да. — Как было Ваше состояние тогда? Как начальник с Вами общался, не было ли подозрительности? — Нет. Все понимали вокруг, что я пропала, я просто выпала на 12 дней из жизни, я не могла никому позвонить, ничего написать. И все начали за меня переживать, вот это. Потому что даже директор мне тогда говорил, что: «Я не могу дозвониться до Дианы, чего с ней случилось?» И когда мой парень все-таки смог дозвониться до директора и сказать ему, что со мной все в порядке, я в больничке, просто сахар поднялся, ему стало гораздо проще, он принял, понял и принял это. — А много дней Вы проработали между первой и второй госпитализацией? — Неделю. Рабочая неделя, 5 дней. — Всю неделю? — Да. — Получалось работать? — Да. Были моменты, когда, например, концентрация зрения немножко спадала. То есть как-то расплывчато немножко виделась. Потом, когда вот так зажмуриться можно и открыть глаза снова, уже нормально. То есть такое. — Что-то еще мешало работать в эти дни? По самочувствию что-то. — По самочувствию? Сонливость, может быть. Это все из-за, скорее всего, препаратов, которые я применяю. — А Вы же вроде бы... Вам вроде не выдали препараты?.. — Выдали, выдали. Мне на несколько... — На всю неделю? — Нет, на несколько дней мне выдали. (Ведущий: На три дня препаратов выдали) — А Вы неделю работали? — Да, а работала неделю. Пять дней.

— Скажите, пожалуйста, а во время предшествующей госпитализации у Вас не было бессонницы? Вы хорошо спали? — Вот один день... каждый раз, когда меня госпитализировали, один день я не спала полностью. — До госпитализации? — До госпитализации, да. И на следующий день меня госпитализируют обычно. — Прямо ночь не спали, на следующий день попадаете в больницу, да? — Ну, да, получается. — А еще, если продолжать вот эту тему с тем, что казалось все как будто в квесте, было ощущение, что Вы находитесь как будто не в одном месте? Если предположить, что это квест, получается, Вы как будто в больнице, но на самом деле, это не больница, а какое-то другое место. — Нет, тако-

го не было. Потом я очень быстро поймала эту мысль, что я все-таки нахожусь в больнице, и мне нужно жить по правилам больницы. У них тут свой распорядок дня, там должно быть питание, прием таблеток и так далее. Все, я должна подчиняться этой системе. Я буквально, я говорю, два дня я так побыла в каком-то таком коматозе, можно назвать это так, когда я не понимала, что происходит. И мне казалось, что реально какой-то квест. А потом я также быстро смогла садаптироваться. Во второй раз так вообще я уже такая: «Так, я тут все понимаю, что происходит». В первый раз было сложнее. Что нужно подчиниться системе, что нужно есть там в определенное время, есть только то, что тебе дают и так далее. — Это получается, что у каждого квеста же есть какая-то цель, да? Там найти что-то или выйти как-то оттуда. Какая цель, Вам казалось, была у этого квеста? — Не знаю, без цели, мне кажется. Просто это было такое мимолетное... не совсем мимолетное, а как это объяснить? Такое состояние, которое быстро закончилось, и оно было бесцельное. Просто оно было, и все. — Но Вы не размышляли об этом, какова вообще цель всего происходящего, зачем это нужно? — Нет, я не размышляла об этом. — Понятно, спасибо. — Можно подумать, это интересно.

— Скажите, пожалуйста, Вы несколько раз упоминали, что важно соблюдать правила. Получается, если с правилами, это важно, то что важнее в моменте, Ваши личные интересы или правила? — Да, когда ты находишься в больнице, условно говоря, тут я все-таки выбираю правила больницы, чем свои личные какие-то вещи. То есть я понимаю, если я не хочу спать, а тут сончас как-то настал, то я просто должна тихо сидеть и никому не мешать вокруг, потому что люди вокруг спят. У всех сончас. А у меня, допустим, нет, не спится чего-то. Поэтому я больше, как бы к правилам, ближе к правилам, отношусь лучше.

— По возвращению после первой госпитализации как отнеслись родители Вашего молодого человека и он к тому, что с Вами было? Может быть, они Вам рассказывали что-то, или Вы спросили? — Да, они мне рассказывали. Парень, по крайней мере, мне рассказывал, как меня госпитализировали, что я... как он с меня пытался снять кольца, например. То, что я ему не давалась, но он все-таки это смог сделать. Он меня успокоил тогда, взял мои руки и потихоньку снял кольца все, чтобы здесь... ну, тут же все равно все снимают. Но, например, цепочку он не смог с меня снять, потому что я в нее вцепилась вот так, держала цепочку. И только здесь они смогли ее снять. То есть такие мелочи какие-то, интересные вещи они мне рассказали, что я ругалась. В этот раз мне рассказа-

ли, что я ругалась матом. Я вообще не помню такого, чтобы я ругалась. Это как-то неестественно для меня, что-то такое. Но мне говорят вокруг, что это было. Я не верю

**Ведущий:** Все? Почему-то никто не спросил, как Вы COVID перенесли? — *COVID перенесла плохо.* — Расскажите, как. Какие температуры у Вас были? — *38,5 температура.* — Дома лежали? — *Дома лежала.* — Были мысли Вас положить в больницу? — *Нет, не было.* — Сколько длилась температура высокая? — *Сейчас скажу.* Я вообще болела две недели. — Это февраль был? — *Это февраль был. С 9 февраля по... сейчас. С 9-го по 18-ое, что ли?* — Так, и сколько длилась температура вот эта, за 38? — *Она же у меня начала как, с понедельника, сейчас... по... ну, неделю, наверное.* — Неделю? Вам КТ делали? — *КТ нет.* — Не делали? Как Вы поняли, что COVID? Мазок просто брали, да, у Вас? — *Мазок брали. ПЦР-тест, мазок. Экспресс-тест и ПЦР.* — Обоняние нарушалось? — Да. У меня воспаление было полностью: нос, ухо, лимфоузлы. И, то есть... — А что еще было? Какие еще были симптомы? Как это проявлялось воспаление, нос, ухо и лимфоузлы? — *Закладывало уши.* — Так, а еще? — *Нос закладывало, естественно. Горло болело очень сильно. У меня вылезла на языке простуда, стоматит такой, болочка, которая мне не давала нормально есть. Я просто очень хорошо помню это. И что еще?* Я пила антибиотики тогда, потому что это уже... — Не было какого-то изменения в настроении? Во время температуры, после. — *Нет, я была спокойна, со мной была моя кошка.* — Какая-то подавленность, грусть? — *Нет.* — Ничего не было? — *Наоборот. А, знаете, как было?* — Да-да? — Когда я сбивала температуру, выпивала таблетку, температура спадала до плюс-минус норм, 37,5, и у меня, наоборот, было желание чего-то сделать. Там помыть полы, что-то такое. — Ну, понятно. — То есть, как будто прилив энергии какой-то был.

— Скажите, пожалуйста, у Вас температура всю неделю была 38,5, или она все-таки была то меньше, то больше? — *Если я ее сбивала, то она была меньше.* — Но так вот всю неделю, да, 38,5 была? — *Практически, да.* 38,2, 38, 38,5, в таком, диапазон — 38 до 38,5. Я даже на работу умудрилась в один день сходить с температурой 38,5. — Чтоб всех заразить там, да? Молодец! — Ну, не додумалась. *Нет, тогда еще не было просто ПЦР...* — Когда неизвестный был диагноз? — Да, неизвестный диагноз.

— Скажите, пожалуйста, с момента COVID и по текущее время были какие-то эпизоды тошноты, головных болей, рвоты? — *Нет, тошноты, рвоты... Головные боли, может быть из-за повышения температуры головная боль и присутствовала.* — Во время COVID? — Да, во время COVID. — Как обычная головная боль или от-

личалась чем-то? — *Обычная. Как при простуде просто.*

**Ведущий:** Еще? Все. Устали? — *Нет.* — Нет? Ничего? — *Мне даже понравилось, если честно.* — Видите, а Вы говорили, что Вам неловко перед аудиторией. И еще один такой вопрос... — *Я раскрепостилась.* — Задам, но это исключительно из любопытства. У меня очень много друзей математиков, причем таких, немножко не от мира сего. У меня есть такое окружение, физтех заканчивали которые... — *Понятно.* — Мехмат МГУ. — *О, моя стезя!* — Наши люди, да. И каждый из них обладает какой-то суперспособностью. У одного феноменальная память, у другого уникальный счет, понимаете? Третий чуть не может даже предсказывать чего-то. У Вас есть такие способности? Вы же математик. — *Я — математик, да.* — Скажем, когда Вы начали рассказывать про брокерскую деятельность... — *Графики, да.* — Да, у меня почему-то возникла такая мысль, что у Вас... — *Да, да, есть чего-то, логика. Можно я скажу, да?* — Да-да, давайте. — У меня есть, знаете, что? *Мышление, оно какое-то простое.* То есть можно смотреть на вещи очень-очень-очень просто, и это мне помогает как бы их понять. Их суть. То же самое, например, свечные графики. Это же поведение людей, то есть никто... точнее, никто их так не преподносит, технический анализ, все говорят, что это просто математика, но по сути, это поведение людей. По своей сути. — А нет ли у Вас идеи, когда Вы пойдете в аспирантуру, как раз именно это взять в качестве возможного научного проекта? — *Нет, это должна быть другая аспирантура, скорее всего, имеется в виду, сейчас, какой-нибудь университет ВШЭ, Высшей школы экономики, наверное. Другое направление совсем, к сожалению.* — То есть доказать, исследовать, это у Вас?.. — *Нет, это интересно. Это интересно. На самом деле, я для себя поняла, что я хочу даже несколько образований иметь высших, аспирант именно, потому что исследовать все... вообще, в мире столько всего интересного есть, оказывается, недавно для себя открыла, что хочется и историю изучить, и не историю, и экономику. И математику. И программирование. Я просто недавно тоже начала на Python писать, язык программирования. Моя профессия не подразумевает этого вообще, ни разу. Я не программист, я — инженер-конструктор, который пишет на Python скрипты для упрощения работы уже конструкторов.* — Я понял. Удачи Вам тогда! — *Спасибо.* — В освоении новых специальностей. Но настоятельно, очень настоятельно я Вам рекомендую не прекращать лекарственную терапию. Произошла какая-то очень странная история в аптеке и с лекарствами, не будем сейчас в этом копаться, но так больше, пожалуйста, не делайте. — *Хорошо.* — Прерывать лекарствен-

ную терапию нельзя категорически. — *Спасибо.* — Принимать лекарства нужно будет не меньше года. Наши психотропные препараты, не меньше. Возможно, больше. — *Извините, вопрос.* А если я водитель автомобиля, могу ли я принимать? — Это вопрос технический. Этот вопрос надо будет обсуждать с Вашим лечащим врачом, который Вас будет вести после выписки из стационара. — *Все, я поняла.* — Это много зависит от Вашего состояния, от доз лекарственных препаратов, от того, какие они есть. И это вопрос, в любом случае, вторичный. Для Вас сейчас первостепенное значение имеет стабильность психического состояния. — *Да, не надо.* — Следующая госпитализация может быть пагубной для Вашей психики в прямом смысле этого слова. — *Я поняла это.* — Это неказенная, вообще-то, вещь, психика. Поберегите ее. И прием лекарств, это просто как жизненно необходимо. И второе, что Вам нужно сделать сразу после выписки, Вам нужно найти хорошего эндокринолога и сделать полноценное обследование, и терапевта, и эндокринолога, для того, чтобы понять, что делать с Вашей анемией, с Вашей щитовидной железой, там изменения есть, насколько я понимаю, в лабораторных исследованиях. — *Да, есть, есть.* — И с Вашим сахаром. Понятно? — *А можно?.. Я, например, железо... когда ходила к терапевту, мне прописали пить в ампулах железо, «Тотема». Но, например, я смогла выпить, по-моему, три, потом у меня начал болеть желудок. Вот как это?.. Как это объяснить? Может быть, может, все-таки можно не пить их?* — Возможно. Возможно. У меня есть в этом отношении рекомендации, но я не буду их делать, потому что я знаю точно, что врачи-гематологи, например, сделают это лучше меня. — *Сделают лучше, да. Я поняла, да.* — Хорошо? — *Хорошо, спасибо.* — Удачи Вам! — *Спасибо Вам большое.* — Да, всего Вам хорошего. — *Можно идти?* — Да, да, всего Вам доброго. — *Спасибо.*

**Ассистент лечащего врача:** Еще такое дополнение, по титрам был вопрос, ее иммуноглобулин M — 0,18, Ig — 161,8. И на данный момент у нее гемоглобин — 51.

**Ведущий:** Сегодня? — *Да.* — Я, конечно, в шоке. Я не знаю, Вы ближе к студенческой скамье по времени, чем я, такое случается, да, это нормально? — *Это ненормально.* — Живые люди с гемоглобином 50 существуют? Это же при том, что она все-таки принимает препараты железа? — *Да, принимает.* И у нее меньше стал гемоглобин на приеме препаратов других. Он был 53, стал 51 сейчас. — А что с гормонами щитовидки? Вроде здесь брали или нет? Доктор говорила, Т1 брали, Т3. Сказала, что аутоиммунный тиреоидит. — *Да, аутоиммунный тиреоидит, гипертрофический вариант с тиреотоксико-*

*зом.* — Ну, гипертрофический вариант, это значит, УЗИ делали щитовидки, да? То есть она увеличена? Тиреотоксикоз есть, собственно, токсикоз, или нет? Тоже вопрос. И не понятно, что с сахаром. — *Субклинический.* — Субклинический, то есть бессимптомный? — *Да.* — А сахара не поднимались здесь? — *Вот заключение: эхо-признаки соответствуют диффузным изменениям печени. Печень изменена.* — Ну, это печень. А щитовидку-то делали, УЗИ? — *Да, делали.* Так, эхограмма соответствует диффузным изменениям щитовидной железы. — И зачем ей рисперидон, если у нее проблемы с печенью? А, может быть, в прошлый раз как раз рисперидон снизили и давали малую дозу из-за печени? Биохимия есть? — *Нет* — Она есть, просто ее, может быть, в напечатанном виде нет, в компьютерной истории. Жаль, конечно, что у нас нет полноценного сейчас исследования. Будем манипулировать в нашем обсуждении тем, что есть, давайте так. Уравнение с тремя неизвестными. У Вас будет презентация по сообщению о диагнозе? — *Нет, я так его могу озвучить.* — Давайте. — Синдром галлюцинаторно-бредовой. И учитывая вторую госпитализацию — параноидная шизофrenia.

**Ведущий:** Нужны аргументы в пользу этого диагноза и этого расстройства. И какая форма течения параноидной шизофrenia? Там есть еще один знак, как мы знаем, в кодировании. Почему параноидная шизофrenia? Какой сейчас синдром в статусе? Чего мы лечим-то? Какие-то, может, есть идеи? Такие, революционные, смелые. Может быть, какие-то антипсихиатрические.

— *Просто переутомление, надо было поспать.*

**Ведущий:** Переутомление? Хорошо, ладно, спасибо большое. Это, действительно, очень непростая история с этой пациенткой. Хотя поняла, когда нам зачитывали историю болезни, казалось наоборот. И даже в начале беседы казалось все понятно, все как-то без вопросов, да? Когда пациентка стала обнаруживать такие расстройства мышления вначале, такие очевидные. Но потом, вдруг, где-то там с 15 — 20 минуты подобралась, да? Ответы стали более, на мой взгляд, поправьте меня, если кто-то с этим не согласен, ответы стали более четкими, более лаконичными. Исчезло куда-то то, что вначале виделось как резонерство. А в конце, вообще, просто создалось впечатление, что абсолютно здоровый человек. Прошу, кто хочет сказать мнение свое личное.

— *Можно сказать только по поводу эпизода, который предшествовал госпитализации. Учитывая то, что она его амнезировала, представляла, что это был как квест, то говорили, что приняли за кататоническую симптоматику, еще вполне возможно, что был онейроид-*

но-кататонический синдром. И учитывая то, что, как она сказала, через два дня после нахождения в стационаре ей прямо стало лучше, она уже поняла, что это больница, не знаю, насколько это правда, то, может быть, и реакция антигенного типа была, учитывая то, что у нее соматика слишком отягощает все, что есть. — Выписка больной на 12-ый день косвенно подтверждает тот факт, что психоз купировался очень быстро. И чисто. Значит, онейроидная кататония в острую фазу и экзогенный тип реакции? — Да. — Круто! И тогда диагноз сейчас? — И диагноз такой же.

— У нее, судя по анамнезу, из того, что мы читали, были симптомы первого ранга. То, что относится, соответственно, к шизофреническому спектру. — Ну, о'кей. — Тут, наверное, второй Джон Нэш с параноидной шизофренией, судя по тому, что читали вначале. Но она как бы нечистая. — Да ну, Вы что? Джон Нэш! Вы помните, сколько у него длился психоз? И он никуда не делся. Тут совсем другое.

— Мне кажется, что после первого эпизода она была выписана не совсем в стабильном состоянии, раз мы рассматриваем второй факт определения в стационаре как непредлеченное состояние психотического эпизода. — Продолжение. — Да. Мне кажется очевидным, что был острый психотический эпизод, частично амнезированный. По объективным данным врачей, которые записывали, я думаю, там были какие-то онейроидно-кататонические включения. Психоз начался остро, вероятно были некие элементы чувственного бреда, по крайней мере, складывается такое ощущение. Я вижу, может быть, какие-то личностные черты в ее преморбиде, они не доходят до личностно-аномальных, возможно, чуть-чуть дотягиваются до ананкастных, но это нужно показать. Чуть-чуть такая одержимость правилами, чуть-чуть такая тревожность по поводу критики, «как начальник со мной», какие-то общие тревожные черты, может быть, еще такие ананкастные черты, но не доходящие до чего-то глобального. И соматика ее вызывает еще большой вопрос. Подчеркну, что аутоиммунный тиреоидит, гемоглобин аномальный, возможно, она склонна к каким-то аутоиммунным реакциям. И я бы не исключила вероятность того, что психотический эпизод мог быть спровоцирован перенесенной коронавирусной инфекцией, мы видим первичный эпизод после перенесенного ковида. Такие расстройства могут течь и как просто единичные, и как дебют какого-то эндогенного процесса, единичный эпизод, либо как аутоиммунный энцефалит, который мог возникнуть после перенесенного COVID и вызвать изменения в иммунной системе, которая и так, по соматике видно, склонна к тому, чтобы... Поэтому ка-

жется важным доисследовать ее соматически, понять, есть ли там какие-то сдвиги в работе иммунной системы, чтобы мы могли исключить аутоиммунный психоз. Потому что если это он, то лечить должны неврологи, плюс терапия кортикоステроидами, а часто такое бывает, что нейролептики симптоматические, то есть меняет, например, дофамин, и вполне человек почивает себя нормально при выписке, но его состояние мерцает. Я бы еще онкопоиск провела на всякий случай. Если мы исключим соматику в этом моменте, то тогда можно остановиться на диагнозе F23.1, это острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении. — Там еще есть опция «без». — Вот этот ментализм, эти голоса — это все-таки симптомы первого ранга, какие-то такие мысли, управлять мыслями, я могу на кого-то повлиять, мне кажется, это больше все-таки с симптомами шизофрении история. Но важно исключить соматику для того, чтобы мы могли рассматривать ее исключительно как эндогенную пациентку, либо с каким-то единственным приступом, либо будут еще приступы. Плюс, там есть еще большой кусок про гипонозогнозию, даже анонозогнозию, она не понимает вообще, что у нее заболевание, что есть какой-то диагноз. Возможно, это проблема нехватки психообразовательного процесса, и беседа здесь поможет, а если нет, если это какая-то ее личностная черта, то, может быть, здесь стоит рассматривать нейролептики для того, чтобы скорректировать это. — А есть ли еще какая-то версия, почему может быть анонозогнозия? Кроме бреда и недостатка психообразования. — Какая-то недостаточная состоятельность, в принципе, вообще, как личности. — Слабоумие еще, да? — Умственная отсталость либо, меня извините... — Бред, слабоумие или недостаточность психообразования. Только три варианта возможно причин анонозогнозии? Или отсутствия критики, давайте по-простому. Да? — Диссимуляция, собственно. Только она... Диссимуляция, это же по бреду. Поэтому это первый пункт. Бред с диссимуляцией, слабоумие и недостаточность психообразования. А что, других нет вариантов? — Амнезия этого состояния всего. Она же не помнит, она говорит. Не помнит, значит, не было. — Она не помнит только какие-то очень короткие кусочки. Большую часть психоза она нам прекрасно рассказывает, даже с кратиками, как круто. Нет четвертого варианта отсутствия критики? — Маниакальное состояние, переоценивает свои возможности. — Может быть, как вариант, да. Давайте так, аффективная какая-то патология, в целом. Все? А если чистая ремиссия без деменции, может быть анонозогнозия? — Если у нее чистая ремиссия, она все равно должна себе как-то объяснять, что это было.

То есть это все равно было какое-то болезненное состояние. Если у нее полная критика, да, но не может быть полное...

**Ведущий:** А здесь есть психологи у нас, в аудитории?

— Возможно это реакция личности на болезнь? Защитная реакция. — Как называются такие реакции? — Отрицание. Вытеснение... И, вообще, какие-то элементы рационализации есть. То есть она это объясняет, но по-другому. — Да. Чего там, математик же! Уложила в свою систему, в свой алгоритм, да? И отрицает, и для самой себя просто вычеркнула из жизни тяжелое травмирующее обстоятельство. Почему нет? Или только бред, слабоумие и все остальное?

Хорошо, значит, таким образом, Вы стоите между все-таки манифестным приступом какой-то шизофрении и соматогенным психозом, возможно, связанным с аутоиммунным процессом, какими-то другими соматическими заболеваниями, в связи с этим мы должны сделать обследование и либо исключить, либо подтвердить одно и другое. Понятно, спасибо. Есть еще мнение? Да, прошу.

— Получается, исходя из данных анамнеза и опроса пациентки, что незадолго до госпитализации, у нее было тревожное настроение, потом у нее были еще идеи виновности относительно того, что «я всех подвела, когда я решила попробовать какую-то другую работу», потом был период полной бессонницы, и потом начался психоз. И эти данные, плюс еще то, что говорилось относительно квеста, и то, что еще присутствовал сильный страх, меня это заставляет думать о шизоаффективном психозе. — Начало приступа с депрессии? — Это, вообще, в принципе, такое, как сказать, поэтапное развитие приступа. И получается, она остановилась на этапе аффективно-бредовой дереализации, деперсонализации. Да повыше! — У нее онейроид. У нее большие шизодоминантный психоз, если говорить шизоаффект. — До онейроида, похоже, не дошло. Двойную ориентировку она все-таки отрицает. Но близко к онейроиду, такие явления онериизма, да, описывает вполне. Но вопрос аффекта. — Да, подлинно, конечно, неизвестно, был ли у нее ... — Вы представляете себе депрессивный аффект при шизоаффективном психозе, манифестный? Какой уровень депрессии должен быть? Да-да? — После депрессии, может быть, в анамнезе было сразу маниакальное состояние, когда она говорила, что считает, что все нормально. В марте это же было. — Нет, это она говорила, что, когда у нее падала температура. — Нет, это в анамнезе было написано, что был сначала депрессивный эпизод по поводу ипотеки, а после был какой-то эпизод, когда она считала, все возможно, все получится. — Да, было там. Так это у нас, получается, третий диагноз. Четвер-

тый! Первый диагноз — параноидная шизофрения. Второй диагноз, давайте так, острое полиморфное психотическое с симптомами шизофрении, то есть, по сути, шизофренический манифестный приступ острый. Третий диагноз, что это соматогенное расстройство, какой-то соматогенный острый психоз шизоформный. И четвертый, что это шизоаффективный психоз. Есть еще мнения какие-то?

— То, что она боялась воздействия на родных, это не обратный Кандинский — Клерамбо? — Что? — Боялась воздействия на родных своими словами, это не обратный Кандинский-Клерамбо? — Инвертированный. Обратный такой! Инвертированный синдром Кандинского — Клерамбо, что она боялась воздействовать своими мыслями, да? — Ну, да, словами. — А на что это еще может быть похоже? Какой еще вариант возможен? — Может, бред какой-то, самомнение, чего-то такое. Что она скажет, что-то случится, что все несчастья, может быть, из-за нее все исходят. — Еще может быть бред злого могущества. Мы просто не слышим от нее этой фабулы сейчас, да? Но когда человек может одной своей мыслью уничтожить людей, это вполне может быть. И вариант инвертированного Кандинского — да, вполне возможно. Но только что нам это дает с точки зрения дифференциальной диагностики?

Давайте тогда напоследок, еще последнее, что хочу Вас спросить, дайте, пожалуйста, оценку ее текущему состоянию, сейчас. В контексте продуктивных и негативных симптомов. Все-таки у нее идет ведущий официальный диагноз — F20. Сейчас есть остаточная продукция в психическом статусе, есть негативная симптоматика? Или этого ничего нет? Или что-то есть, чего-то нет? Можем ли сказать, что она сейчас, допустим, продолжает какое-то бредообразование, или у нее периодически возникают обманы восприятия, или в ее поведении обнаруживаются какие-то микрокататонические знаки, что-то еще? Может быть, какая-то непсихотическая продукция, неврозоподобная, или ведет она себя как-то психопатоподобно? Что-то такое.

— По-моему, как психастения была в анамнезе, так и сейчас есть. — То есть она такая же, какая была доманифестная? — Но мы же не видели ее. — Нет, мы знаем то, что мы знаем. Мы же говорили, что оперируем тем, что у нас есть.

— Такие моменты... Она же сказала, что даже сегодня бейджики помогли ей заземлиться. Поэтому какое-то изменение есть.

— Она иногда непонятно, то ли задумывается, то ли у нее фрагментивно остается какая-то продукция. Или просто у нее замедленное мышление. — Нет-нет, это объективные вещи. В один из моментов беседы она прямо застrella очень сильно. Она не смогла никак интерпретировать... И как раз ответить на вопрос

очень важный, вопрос о психологической интерпретации графиков.

— Там явно была какая-то очень яркая бредовая концепция, потому что у нее представления, ну, из того, что она сказала, очень примитивные о рынке фондовом. То есть там больше что-то такое, острое чувствование, чем реальное понимание.

— Она производит впечатление бредовой недоступности. И она достаточно напряжена была, мне показалось. И в какие-то моменты, даже большую часть разговора у нее голос дрожал довольно явно, казалось, что она вот-вот заплачет, или сейчас, или через две минуты. И особенно сильно это было выражено при разговоре о директоре, когда Вы спрашивали про то, как она подвела, она прямо там сказала, что вот-вот сорвется. Поэтому, скорее всего, там в ходу еще что-то бредовое.

**Ведущий:** Хорошо. Так, есть ли те, кто считают, что нет у нее сейчас продуктивной симптоматики? Мы все видели в одно время одного человека. И слышали все одно и то же. Есть ли какие-то иные интерпретации? Я просто не хочу голосование тут устраивать, хотя было бы, конечно, круто! А что касается негативных симптомов, давайте тогда поговорим про ее мышление. Следует или нет как-то зафиксировать какие-то нарушения? Они есть вообще? Понимаете, тут это очень важные вещи, потому что именно сейчас в психическом статусе мы решаем вопрос нозологический. Потому что анамнез у нас, действительно, так, чего-то было, чего-то не было, а статус — это все, что у нас есть, это то, что мы видим сами. Оставила ли болезнь какую-то печать на ней? Мы видим ее? Сегодня 18-ое, легла она второй раз 1-го. Это было чуть больше двух недель назад, когда она была вновь в своей кататонии, да, и с острым психозом. Всего лишь 17 дней назад. 17! Что это, разве время, что ли? И эти 17 дней она получала 6 рисперидонов.

— Кажется, мне показались явными обрывы мыслей, которые периодически я чувствовала, то есть по типу Шперрунга было похоже, она застыла. Сложно было сказать, это было из-за тревоги или нет. Говорила она тревожно, когда смотрела в зал. Когда смотрела на Вас, как будто тревога чуть-чуть падала, может быть, она меньше ощущала зал. То есть сложно определить, это была тревога или остаточные состояния, точнее, негативные симптомы перенесенного острого психотического эпизода, здесь затрудняюсь сказать. И ее повышенная слезливость, не всегда понятно, почему она. Но мне кажется, что ее слезливость — это некая эмоциональность, мне больше близко мнение про психастению, что может быть, она эмоционально лабильна сейчас, и как-то не совсем контролирует, может, свой аффект. Есть еще такой термин, как слабоду-

шие. И мы говорим о слезливости в данной ситуации с детства. Она описывает это как качество своего характера, своей эмоциональности, она все время плачет, ее все зовут плакой. Это очень важно, это слабодушие. Дерево и стекло — это совсем другое. А как отличить тревожные остановки в речи от Шперрунгов? Это самое простое. — Продолжит она мысль дальше или нет свою. — Нет. Как отличить в беседе? — Может быть, переключить внимание... Что в начале беседы и в конце беседы. Конечно, только смотря какая беседа. Можно ее кошмарить в течение всей беседы, тоже, в принципе, можно таким образом отличить, тогда все это должно усиливаться. А можно ее, наоборот, успокаивать, релаксировать, и тогда к концу беседы все должно уменьшиться. Я, и Вы тоже, старались ее как-то все-таки релаксировать, правильно? Мы пошли по гуманному пути в дифдиагностике. И что, у нас в конце было меньше или больше? Меньше. Если бы это были чистые Шперрунги, значит, они бы не изменились. В конце, я еще раз хочу подчеркнуть, что мышление в значительной степени улучшилось, прямо качественно улучшилось. Вначале был просто кошмар! Просто ужас! Было больно слушать. Потом получше, получше, а потом, в конце, вообще все. Это мое субъективное такое впечатление.

Так, хорошо, а аффективная сфера, эмоциональная сфера? Насколько она живая, богатая, соответствующая беседе?

— Кажется, что признаков сниженного настроения не обнаруживается, она эмоционально реагирует на шутку, с залом иногда заигрывает, по крайней мере, издалека такое впечатление возникает. Она не производит впечатление замедленной, ну, не могу сказать, и что производит впечатление ускоренной, это крайне субъективный фактор, важно ее было бы спросить, чувствует ли она себя чуть-чуть более ускоренной, чем обычно, потому что она все в разном темпе говорила, про настроение нужно было спросить.

— А можно я, скорее, вопрос задам? Потому что я не понял, что это такое было. Когда я у нее спросил про планы, и она сказала, что она «хочет в будущем, ха-ха, детей», я ее спросил: «Почему Вы усмехнулись?» Она такая: «Я не усмехнулась». Это я вообще не понял, что это было. — А как Вы думаете? — Может, это ощущение доминирования? Общество не одобряет насмешки, когда говорят о детях. — Может быть, это ощущение доминирования? Как будто работа — это ее... то, что она хочет делать, а семья — это как «ну, всем надо, и мне надо», больше вот такое? Или это ее отношение к парню, может быть. Потому что парень очень слабовольный, и она исключает возможность действий с его стороны. — У слабоволь-

ных тоже дети бывают. — Да. Вообще, не совсем адекватная ремиссия. То есть она вроде бы такая плаксивая, тревожная, страх перед начальником, потом: «Хочу докторскую диссертацию». Или в докторантуру, как-то так сказала. — Нет, хочет быть доктором наук, она сказала. — А, да-да, доктором наук. То есть мне кажется, в их паре она, наверное, как-то свысока смотрит на своего молодого человека. И когда Вы спросили про любовь, у Вас уже есть любовь, она как-то сначала замялась, потом ответила, что да. Мне кажется, немножко соврала. А потом, когда Вы ее спросили: «А это взаимно?» И она как-то уцепилась за эту мысль: «А вот здесь уже как бы вопрос возникает». Какая-то история личных взаимоотношений есть. Возможно, и усмешка по поводу детей.... А, связана с тем, что она в нем не уверена? — Да. — Понятно. Может быть. Но это наши уже додумки. Это мы сейчас интерпретируем сами. — И ее было не раскрутить, знаете, потому что она, мне кажется, лукавила. — Она очень серьезно контролировала себя. И даже в конце, когда мы закончили разговор, она сказала: «Я могу идти, да?» На всякий случай, да? Вдруг интерпретируют как-то не так, что я встала и пошла. Это же мозг-компьютер, математический агрегат.

**Ведущий:** Ну, ладно. Давайте мы уже будем финишировать, я скажу свое мнение. Мы сегодня посмотрели очень интересную пациентку, потрясающую просто пациентку. Очень хорошо, что именно ее показали. Вначале я расстроился, подумав, что у нас получается какая-то студенческая больная, для демонстрации, а не для дискуссии, а потом понял, что истина о том, что понятных и простых больных нет в психиатрии, верна. И это как раз тот самый случай.

Я не думаю, что врач, который лечил эту пациентку в первый раз, был такой ужасный, бессердечный, хладнокровный и жестокий, что взял и серьезный психоз перестал лечить галопериодом, вообще, просто, давайте так, перестал лечить, потому что 2 миллиграмма рисперидона — это перестал лечить, понятно же, да? И взял ее, на 12-ый день просто выписал с непонятными рекомендациями: иди с Богом, на тебе на всякий случай на три дня пилюли, а так, вообще, тебе ничего не надо. Я не думаю, что он был настолько серьезно, настолько тяжелый негодяй. Просто речь идет о том, что врач интерпретировал этот психоз как непроцессуальный, как неизофренический. Логика понятна, ясна, очевидна.

Это была, безусловно, ошибка, потому что на третий день после отмены... на следующий день после отмены лекарственных препаратов наша пациентка вернулась в свой психоз. Вы правы, это не рецидив, это не новый психоз, это продолжение первой серии, недосмотренной первой серии. Вернулась в свой психоз, причем как-то

очень быстро вернулась почти на тот же уровень, чуть-чуть не дотянула до того же уровня, она сама сказала, что «второй раз я когда приехала, я уже понимала, в чем тут дело». Но уникальность заключается в том, что опять, так же, как и в первый раз, то есть как будто еще раз нам доказать это, во второй раз, опять, на второй-третий день купировалась симптоматика — и вуаля! Спустя те же 12 дней, что и в первый раз, мы опять видим фактически бессимптомный, по крайней мере, точно непсихотический вариант психики. А, может быть, и бессимптомный.

Для того, чтобы корректно оценивать, конечно, негативную симптоматику в данной ситуации, нам явно не хватает очень подробного анамнеза, подробнейшего анамнеза, состоящего из таких тонких нюансов, как взаимоотношения с отчимом, взаимоотношения с матерью, как-то они разъехались, что происходило в школе, в эти моменты, когда у нее были обморочные состояния. Потом эта любовь первая непонятная, несостоявшаяся. Как-то странно, разъехались — и все. Очень важно понять, какой она была, какой уровень аффекта у нее был, вообще аффективного реагирования, как она размышляла и так далее. Друзья мои, она закончила 11 классов без проблем, поступила на бюджет в достаточно серьезный вуз, закончила его с красным дипломом, это математический вуз, то есть математический факультет с красным дипломом. Она его закончила совсем недавно. Около 5 лет назад, 4 – 5 лет назад она защитила диплом. Даже еще меньше, там 3 года, 2 года назад, да, она получила красный диплом. Очень, то есть ровно. У нас нет в анамнезе никаких указаний на какую-то шизоидность, шизотипичность, чтобы у нее были коммуникативные трудности, чтобы в дошкольном возрасте были признаки аутизации, какого-то раннего детского аутизма, нарушения психического развития, речевые расстройства, страхи детские. Вот этого ничего нет. Нам не хватает, конечно, многого в анамнезе, но все равно то, что у нас есть, анамнестически абсолютно никак не соответствует шизофреническому спектру вообще. Ну, вот не соответствует. Хотим мы того или нет.

Но личность нашей пациентки даже не называть акцентированной. Да, какие-то черты ананкастности, сенситивности, что-то такое, но при этом она общительная, компанейская: велосипед, друзья. И сегодня об этом же она говорит. Ближе к гармоничному складу. И как будто бы, из той информации, которая у нас есть по анамнезу, у нас никаких нет поводов наблюдать в прошлом, предполагать в прошлом, до февраля или до января текущего года какие-то, может быть, хотя бы минимальные эпизоды аффективных нарушений, неврозоподобных расстройств, каких-то еще. Ничего. Вообще ничего.

Меня учили, что при шизофрении так не бывает. Меня учили, что при шизофрении должен быть хоть какой-то, хоть минимальный, психопатологический преморбид, хоть какой-то. Хоть какие-то зарницы небольшие. Да хоть ногти бы грызла, когда ребенком была, хотя это все делают. Ну, хоть что-то. Нет, ничего.

Ну, ладно, допустим, это какой-то особый случай, действительно, вот так произошло. Болезни книжек не читают, в конце концов, все бывает на свете. Значит, мы должны тогда для констатации шизофрении на сегодняшний день произвести сравнение между дopsихотического и пост-психотического личностного профиля. Какой она была, и какой она стала. На сегодняшний момент, после того, как купировалась первичная тревога, «я не люблю выступать на публике, мне сложно это сделать», что неудивительно для человека математического, а не гуманитарного склада, они всегда заикаются и обнаруживают расстройство мышления, как только на них много глаз рассмотрено, но зато у них все очень четко здесь, в голове. Им сложно выразить свою мысль, им не хватает вот этой гуманитарной истерии, но при этом своя логика у них всегда довольно жестко. И она, очень быстро купировав эту тревогу, тревогу выступления на публике, в дальнейшем хорошо выровнялась и продемонстрировала свой характер, продемонстрировала свои личностные особенности. Показала, кто она есть на самом деле. Показала себя, с моей точки зрения, достаточно интересным, разносторонним человеком, обладающим довольно высоким потенциалом, в том числе, и волевым, энергетическим, явно заинтересованным в здоровье в психическом. И очень хорошо реагирующим на психотерапию.

Знаете, вот это тоже очень важный диагностический признак — реакция пациента на психотерапевтическое вмешательство, да? Вы не обратили внимание, у нас ведь беседа, она все-таки идет с таким психотерапевтическим некоторым сопровождением, что вначале вот эта абсолютная как бы действительно некритичность, отсутствие критики и элементы диссимуляция и так далее, и в конце беседы, наоборот, готовность к коммуникации, готовность и понимание, потому что «я буду принимать лекарства, да, я все это понимаю, и это важно, и мне это нужно», видно это было. Если она реагирует на психотерапию, значит, у нее все хорошо с аффектом, потому что психотерапия адресована на аффект. И у нее все хорошо с когницией, потому что психотерапия адресована на когнцию. Либо на аффект, либо на то, либо на другое. Значит, она чувствительна к этому, она не утратила это. И настолько не утратила, что складывается впечатление, по крайней мере, такое интуитивное, как она говорит, субъективное, что ее диссимуляция действительно имеет отношение... не диссимуляция, а ано-

зогнозия имеет отношение именно к психологическому феномену отрицания или вытеснения, тут скорее отрицания болезни, которое бывает у людей, в том числе, у онкологических больных, например. Знаете, бывает такое у онкологических пациентов. Психически здоровые онкологические больные отказываются от химиотерапии, отказываются от МРТ-исследований и с таким веселым равнодушием говорят, что врачи — дураки, ничего у меня нет, у меня все хорошо, это все фигня. Это и есть такая психологически объясняемая анозогнозия. Такое впечатление складывается.

Теперь сам психоз. Давайте не будем говорить о причинно-следственных связях, мы просто укажем, что наша пациентка страдает не насморком с соматоневрологической точки зрения, а тяжелой, не знаю, декомпенсированной анемией. В конце концов, я понимаю, что компенсаторно там может быть все, что угодно, но ее пассаж относительно того, что на пол надо лечь, потому что тут больше точек опоры, я не знаю, возможно, каким-то образом пересекается с ее страхом падения, который может быть обусловлен периодически возникающими состояниями обморочными или еще какими-то, что бывает еще при такой серьезной анемии. Плюс ко всему, абсолютно непонятные и довольно тяжелые гормональные изменения, подъем сахара. 12 миллимоль на литр — это довольно высокий сахар. У нас в 90-е годы было исследование об особенностях течения эндогенных психотических расстройств у больных сахарным диабетом, и связь была очень серьезная. Там на высоте где-то уже за 10, за 15 начинались рецидивы заболевания. То есть мы не знаем, как это связано одно с другим. И потом, инсулинокоматозная терапия неслучайно же ведь оказывает свой эффект. Я никак не могу это интерпретировать абсолютно, мне не хватает эндокринологических, неврологических и других знаний для этого. Но, так или иначе, это нельзя просто не учитывать.

Мы не можем не учитывать то, что непосредственно перед развитием психоза больная перенесла коронавирусную инфекцию. Неделю она находилась в температурной реакции довольно высокой, и у нее были осложнения, она же описывает стоматит, она описывает заложенность ушей. Мы можем предположить, что осложнением были и какие-то неврологические нарушения, вполне. И одно к другому — вот Вам, пожалуйста, и экзогенный тип реакции. А есть еще переходные симптомы Вика, которые как раз описаны как аналог экзогенных типов реакций, только шизофеноформные, по сути, типа реакции... экзогенные шизофеноформные реакции, по сути, если уж так упрощать. Со всеми проявлениями Кандинского, острого чувственного и так далее. С моей точки зрения, это нельзя игнорировать.

Теперь сам психоз. Психоз очень тяжелый. Длился этот психоз, если мы берем середину апреля, когда она первый раз госпитализирована, и до настоящего времени... Да, длился он месяц, с большими лакунами и перерывами. Значит, это транзиторный психоз. 30% транзиторных психозов шизофреноформных нешизофренические. 30%, каждый третий транзиторный психоз, в итоге, в катамнезе, это исследования, оказывается нешизофреническим. Очень интересная есть диссертация, она защищалась в начале нулевых годов как раз по транзиторным психозам. Была аспирантка у нас из Астрахани. И как раз вот эта статистика, у нее там было больше 300 больных, она смогла набрать с транзиторными психозами до 1,5 – 2 месяцев продолжительностью. 30% оказывались на поверку либо с органическими психозами, либо какими-то микстовыми состояниями, связанными с употреблением или с чем-то еще, и так далее, и тому подобное. Трудно сказать, что это было.

В структуре психоза острый чувственный бред, синдром инсценировки, синдром положительного-отрицательного двойника, бред воздействия, инвертированный Кандинский, псевдогаллюциноз, звучание мыслей, наплывы мыслей, открытость мыслей. В общем, весь учебник, все, что было, все, что есть. Возможно, явления ониризма, кататонические проявления, ступорозные и даже с возбуждением, ее же там, она говорит, фиксировали? — Да, фиксировали. Аминазин ей укололи. — Значит, это был очень острый психоз, остройший. Остройший транзиторный полиморфный приступ, завершившийся за неделю. Практически без терапии, от одной-двух инъекций галоперидола с аминазином. 100%, это не повод ставить параноидную шизофрению. Это не параноидная шизофрения. Вопрос, вообще, шизофрения это или нет. Вопрос в том, какой это психоз. Этот вопрос пока остается открытым, 50 на 50. У нас есть масса фактов, на которые мы не вправе, не имеем права просто закрывать глаза. Это экзогенные вредности. И поэтому до тех пор, пока мы не исключим аутоиммунную патологию, согласен с Таратовой, возможно, это же тогда будет энцефалит. И, соответственно, в эту панель с титрами надо брать всю карту, которую здесь, кстати, берут, насколько я знаю. На Потешной же делают эти анализы, берут, по крайней мере, и делают.

Да. Потом, надо исключить какой-то, я не знаю, вариант, может быть, сосудистого психоза. Может быть, сосудистого психоза с сосудистой спутанностью, который бывает, я видел сосудистые психозы с явлениями... шизофреноформными нарушениями с явлениями ониризма, а не классических сумерек или чего-то еще. Это слабодушие, которое вместе с анемией вполне может сочетаться как вариант органического симптома, органического знака. Слабодушие — это

же ведь сосудистый симптом. Как мы говорим, сосуды плачут. Не исключено, что это тоже имеет какое-то отношение к гипоксии, может быть, еще к чему-то. В общем, это надо исключать.

Может быть, это, конечно, окажется и шизофренический спектр. Но если это окажется шизофренический спектр, если мы все исключим, то какую тогда шизофрению надо ставить? Это не шизоаффективный психоз точно совершенно, потому что шизоаффективный психоз должен начинаться с отчетливого аффекта. Там все очень логично, в шизоаффективном, этот аффект нарастает, нарастает, потом там могут быть несколько инверсий, допустим, уже на приступе, и он должен выйти в аффект. Как правило, в тот же аффект, из которого он развился. И потом должна быть такая тематическая ремиссия. Сейчас нет вообще ничего. Плюс, шизоаффективный психоз тоже должен иметь какой-то преморбид биполярный, какой-то аффективный преморбид должен быть. Здесь ничего этого нет.

Поэтому если это шизофренический спектр, то тогда это какая форма? Ее нет в МКБ-10. Рекуррентная, это рекуррентная. Шизоаффективный, в том числе, может быть в рамках рекуррентной. Бывает рекуррентная, шизоаффективный вариант по-старому. А бывают вот такие психозы, транзиторные психозы с анероидной кататонией, без аффекта, которые заканчиваются полным выздоровлением. Если это рекуррентная шизофрения, это может быть единственный в жизни эпизод?

Кто знает, какой процент одноприступной шизофрении? Этой самой рекуррентной. Я Вам скажу, 20. Каждый пятый рекуррентный приступ такой заканчивается выздоровлением. Полным выздоровлением без поддерживающей терапии. Вопрос, шизофрения это или нет, если у нас нет изменений личности, прогредиентности и всего остального, но это уже вопрос больше теоретический, закулисный и так далее. Но нам очень важно здесь понять, что этот случай точно совершенно не случай параноидной шизофрении.

И, значит, исходя из этого, мы должны с Вами понять, как с этой пациенткой быть. Официально мы можем поставить острое полиморфное, 23.12 или сколько там, не важно, в общем, общее полиморфное психотическое расстройство. И тогда что делать сейчас? Мы должны в своих назначениях, в своих рекомендациях следовать какой-то логике, клинической логике, какая мишень, для чего, что нам нужно. Если, допустим, мы исключаем всю соматику, неврологию и так далее, никаких кортикостероидов, ничего. Все, мы понимаем, что это эндогенный приступ, манифестный, первичный, рекуррентный, что нам нужно сейчас?

Предотвратить когнитивные расстройства и вообще какое-то нарастание негативных сим-

птомов и в волевой сфере, и так далее. Еще что нам нужно? Не допустить рецидива, верно? Все. Потому что все остальное нам не нужно. Психообразование нам не нужно. Зачем? Реабилитация трудовая, профессиональная нам не нужна, я уверен, что она благополучно поступит в аспирантуру, и все будет хорошо, если не будет рецидива. Нам больше ничего не нужно. Не нужно заниматься тем, что не нужно. Соответственно, что нам нужно для того, чтобы предотвратить рецидив и убрать возможные риски развития каких-то негативных когнитивных симптомов?

Нам нужен один препарат. Нам нужен один препарат из группы атипичных антипсихотиков в малой дозе. В не антипсихотической дозе, а в той дозировке, которая достаточна для предупреждения рецидива, и которая достаточна для профилактики дефицитарных симптомов. Какой препарат из атипичных нейролептиков здесь в этом смысле предпочтительнее? Естественно, плюс безопасность, потому что нам очень важно, чтобы эта пациентка была когнитивно активна, чтобы это было без поведенческой токсичности, без экстрапирамидки, без эндокринной патологии. — *Карипразин* — Еще? — *Арипипразол*. — Учитывая диабет, лучше всего арипипразол. —

Лучше, чем карипразин? — Да. — Почему? — Потому что у него нет побочек в виде... У меня приходил пациент просто с диабетом, я как раз подбирал ему. — Ход мысли прекрасный! Мне очень нравится. Великолепно, нам нужен препарат агонист антагонист. И арипипразол, и карипразин в маленьких дозах вполне подойдет. Карипразин — 1,5–3, более чем достаточно, арипипразол — 5–7,5. Все, больше нам ничего не нужно.

И еще нам нужно заниматься с ней психотерапевтической работой, продолжать ее настраивать на комплаенс, настраивать на значимость и важность контакта с психиатром, прочее, чтобы вовремя сработала сигнальная кнопка, когда вдруг начнется очередной психоз. У нее он начинается очень быстро, судя по тому, что мы имеем. И, конечно, весь комплекс обследования просто крайне необходим. Я думаю, на этом мы можем и ограничиться в рекомендациях этой пациентки. Ее и ее диагноза.

Это не совпадает с мнением лечащего врача, я понимаю. Очень жаль, что ее здесь нет, но я надеюсь, что Вы ей передадите все, что мы сегодня сказали. На этом, наверное, мы закончим сегодняшний разбор. Всем спасибо большое.

## **РЕКОМЕНДУЕМ!**

**Карл Раймунд Поппер  
ЗНАНИЕ И ПСИХОФИЗИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА  
В защиту взаимодействия  
М., 2022**

**Карл Раймунд Поппер  
МЫСЛИ ОБ ИСТОРИИ И ПОЛИТИКЕ**

**Карл Раймунд Поппер  
ВОПРОСЫ ПОЗНАНИЯ ПРИРОДЫ**

**Карл Раймунд Поппер  
ОБЪЕКТИВНОЕ ЗНАНИЕ**

**Карл Раймунд Поппер  
ВСЕ ЛЮДИ — ФИЛОСОФЫ**

Книги можно заказать в издательской группе URSS:  
+7 (499)724-2545; <https://URSS.ru>

## Применение судами положений Кодекса административного судопроизводства РФ при рассмотрении дел об оспаривании действий и решений психиатрических учреждений

Ю. Н. Аргунова

Рассматривается постановление Пленума Верховного Суда РФ от 28 июня 2022 г. № 21 «О некоторых вопросах применения судами положений главы 22 Кодекса административного судопроизводства РФ и главы 24 Арбитражного процессуального кодекса РФ» в части разъяснений, касающихся правил применения главы 22 КАС РФ при разрешении споров пациентов и психиатрических организаций.

**Ключевые слова:** права пациента; обжалование действий по оказанию психиатрической помощи

Процессуальная форма последующего<sup>1</sup> судебного контроля за действиями медработников, иных специалистов по оказанию психиатрической помощи, решениями, действиями психиатрических учреждений не является единой. Она зависит от: а) субъекта, чьи действия подлежат оспариванию, и б) правового характера спора.<sup>2</sup> Такой контроль может осуществляться в порядке:

1) **административного судопроизводства**, т.е. по правилам главы 22 КАС РФ при разрешении споров, возникших из публичных правоотношений (при оспаривании действий и решений органов и должностных лиц, связанных с оказанием психиатрической помощи);

2) **искового судопроизводства**, т.е. по правилам ГПК РФ при предъявлении требований, не вытекающие из публичных правоотношений: о компенсации морального вреда и/или возмещении материального ущерба, причинен-

ных принятием незаконных решений, совершением действий (допущенным бездействием).

Хотя КАС РФ действует уже с 2015 г., суды по-разному оценивают правовой статус психиатрических учреждений, наличие у таких учреждений публичных полномочий, уравнивают их с обычными медицинскими организациями, допускают иные спорные толкования закона, что нередко затягивает процесс и не обеспечивает гражданам своевременную судебную защиту своих прав.

На состоявшемся в 2022 г. Всероссийском съезде судей перед Верховным Судом РФ была поставлена задача — обеспечить единообразие судебной практики, повысить правовую защищенность граждан. Принятое Пленумом Верховного Суда РФ постановление от 28 июня 2022 г. № 21 позволило прояснить ряд вопросов применения главы 22 КАС РФ к рассматриваемым правоотношениям.

В соответствии с КАС РФ граждане могут обратиться в суд за защитой своих прав, свобод и законных интересов с требованиями об оспаривании решений, в т.ч. ненормативных правовых актов, действий (бездействия) органов государственной власти, иных госорганов, органов местного самоуправления, должностных лиц, государственных или муниципальных служащих, иных органов и лиц, наделенных публичными полномочиями, в результате которых, по их мнению:

<sup>1</sup> Первичный судебный контроль производится в порядке главы 30 КАС РФ при недобровольной госпитализации в психиатрический стационар, продлении её срока, а также при недобровольном психиатрическом освидетельствовании.

<sup>2</sup> Подробнее об этом см.: Аргунова Ю.Н. Обжалование действий по оказанию психиатрической помощи: судебный и внесудебный порядок. — М.: Грифон. 2018. — 224 с.

- а) нарушены или оспорены их права, свободы, законные интересы;
- б) созданы препятствия к осуществлению ими прав, свобод, законных интересов;
- в) на них незаконно возложена какая-либо обязанность;
- г) они незаконно привлечены к ответственности.

Суды по правилам главы 22 КАС РФ осуществляют проверку законности решений, действий (бездействия) органов и лиц, наделенных публичными полномочиями. Суды могут принимать решения, влекущие имущественные последствия для граждан и организаций, если в соответствии с законодательством это необходимо для восстановления нарушенных прав, свобод и законных интересов гражданина, например, требуется выплатить компенсацию за незаконные решения, действия (бездействие) органов и лиц, наделенных публичными полномочиями. Требования о возмещении такого вреда затем могут быть предъявлены гражданином в порядке ГПК РФ.

Согласно постановлению Пленума в рамках главы 22 КАС РФ могут быть оспорены решения, действия (бездействие) организаций, наделенных отдельными государственными или иными публичными полномочиями. К таким организациям Пленум прямо относит:

- медицинские организации, оказывающие психиатрическую помощь,
- медицинские противотуберкулезные организации,
- медсанчасти ФСИН,
- медицинские организации, осуществляющие медосвидетельствование на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством.

В судебном порядке могут быть также оспорены решения, действия (бездействие) должностных лиц вышеназванных организаций.

**К решениям, которые могут быть оспорены**, относятся индивидуальные акты применения права наделенных публичными полномочиями органов<sup>3</sup> и лиц, принятые единолично либо коллегиально, содержащие волеизъявление, порождающее правовые последствия для граждан в сфере административных и иных публичных правоотношений. Решения могут быть приняты как в *письменной*, в т.ч. в электронной форме, так и в *устной* форме. Оспорены могут быть и письменные решения, имеющие ненормативный характер, для которых законодательством установлены определенные требования

<sup>3</sup> Положения главы 22 КАС РФ и разъяснения Пленума, относящиеся к «органам», распространяются равным образом на упомянутые организации, наделенные публичными полномочиями.

к порядку принятия, оформлению (реквизитам), содержанию.

**К действиям** наделенных публичными полномочиями органов и лиц относится их волеизъявление, которое не облечено в форму решения, но может влечь нарушение прав, свобод и законных интересов граждан или создавать препятствия к их осуществлению. Действия могут совершаться и с использованием информационно-телекоммуникационных технологий, например посредством размещения информации в сети «Интернет».

**К бездействию** относится неисполнение (уклонение от исполнения) наделенными публичными полномочиями органом или лицом обязанности, возложенной на него нормативными правовыми и иными актами, определяющими его полномочия (должностными инструкциями, положениями, регламентами, приказами). Бездействием признается нерассмотрение обращения заявителя уполномоченным лицом или несообщение о принятом решении, уклонение от принятия решения при наступлении определенных законодательством событий, например событий, являющихся основанием для предоставления государственных или муниципальных услуг в упраеждающем режиме.

Пленум обязал суды при рассмотрении вопроса о том, может ли документ быть оспорен в судебном порядке, анализировать его содержание. О принятии решения, порождающего правовые последствия для граждан, могут свидетельствовать установление запрета определенного поведения или установление определенного порядка действий, предоставление (отказ в предоставлении) права, возможность привлечения к юридической ответственности в случае неисполнения содержащихся в документе требований. Наименование оспариваемого документа (заключение, акт, протокол, уведомление, предостережение) значения не имеет.

Документы, подтверждающие определенные обстоятельства, в т.ч. правовой статус лица, и не являющиеся исходя из их содержания решениями, не подлежат самостоятельному оспариванию (например, удостоверения, свидетельства, справки). Вместе с тем могут быть оспорены решения, основанные на зафиксированных данными документами обстоятельствах, либо решения, на основании которых уполномоченным органом выданы указанные документы.

Требования об обязанности органов и лиц совершить определенные действия в целях устранения допущенных нарушений прав, свобод, законных интересов истца квалифицируются как требования о признании незаконным соответствующего бездействия и об обязанности совершить необходимые действия (ст. 124 КАС РФ).

Пленум напомнил, что обратиться в суд по поводу признания незаконными решений, действий (бездействия) организаций, лиц, наделенных публичными полномочиями, в защиту прав,

свобод и законных интересов иных лиц, неопределенного круга лиц (публичных интересов) вправе Уполномоченный по правам человека в РФ, уполномоченный по правам человека в субъекте РФ, а также прокурор.

По общему правилу административные исковые заявления рассматриваются судами по месту нахождения организации, лица, принявших оспариваемое решение, совершивших действие (бездействие). Однако на основании ч. 3 ст. 24 КАС РФ исковое заявление может быть подано и по месту жительства истца.

Суд не связан основаниями и доводами заявленных требований (ч. 3 ст. 62 КАС РФ). Независимо от доводов иска суд, в т.ч. по своей инициативе, выясняет следующие **имеющие значение для дела обстоятельства:**

1) нарушены ли права, свободы и законные интересы истца или лиц, в защиту прав, свобод и законных интересов которых подано заявление;

2) соблюdenы ли сроки обращения в суд;

3) соблюдены ли требования нормативных правовых актов, устанавливающих:

а) полномочия органа, организации, лица, наделенных государственными или иными публичными полномочиями, на принятие оспариваемого решения, совершение действия (бездействия);

б) порядок принятия оспариваемого решения, совершения действия (бездействия) в случае, если такой порядок установлен;

в) основания для принятия оспариваемого решения, совершения действия (бездействия), если такие основания предусмотрены нормативными правовыми актами;

4) соответствует ли содержание оспариваемого решения, действия (бездействия) нормативным правовым актам, регулирующим спорные отношения (ч. 9 ст. 226 КАС РФ).

**Срок обращения в суд** по данной категории дел начинает исчисляться со дня, следующего за днем, когда лицу стало известно о нарушении его прав, свобод и законных интересов, о создании препятствий к осуществлению его прав и свобод, о возложении обязанности, о привлечении к ответственности (ч. 3 ст. 92 КАС РФ). Пропуск установленного срока не является основанием для отказа в принятии искового заявления к производству суда. Причины пропуска срока выясняются в судебном заседании. Уважительность причин пропуска срока оценивается судом независимо от того, заявлено ли гражданином отдельное ходатайство о восстановлении срока. В случае пропуска срока без уважительной причины суд отказывает в удовлетворении иска без исследования иных фактических обстоятельств по делу.

Как **уважительные причины пропуска срока** могут рассматриваться:

– предъявление требований в суд прокурором или лицом, указанными в ст. 40 КАС РФ,

и последующее прекращение производства по делу;

– предъявление до обращения в суд прокурором лицу, наделенному публичными полномочиями, требований, связанных с пресечением нарушений прав (например, внесение представления об устранении нарушений закона), явившихся впоследствии основанием для подачи иска;

– другие подобные обстоятельства, дававшие истцу разумные основания полагать, что защита (восстановление) его нарушенных прав будет осуществлена без обращения в суд.

Вместе с тем такие обстоятельства, как возвращение искового заявления другим судом по причине его неподсудности или в связи с нарушением требований, предъявляемых к содержанию заявления и прилагаемым к нему документам, сами по себе не являются уважительными причинами пропуска срока обращения в суд. Однако, если данные нарушения были допущены гражданином при добросовестной реализации процессуальных прав, причины пропуска срока могут быть признаны уважительными (например, при неприложении к заявлению необходимых документов в связи с несвоевременным представлением их гражданину органами власти, должностными лицами).

В случае, когда гражданин в установленные законом сроки по своему усмотрению обжаловал решение, действие (бездействие) в вышестоящий орган, вышестоящему должностному лицу и в удовлетворении жалобы отказано или ответ на жалобу не получен в установленный срок, соответствующее решение, действие (бездействие) также могут быть оспорены в суде. Обращение с жалобой может являться основанием для восстановления срока.

Пленум указал, что осуществляя проверку решений, действий (бездействия), судам необходимо исходить из того, что при реализации полномочий наделенные ими органы и лица связаны законом (принцип законности). **Решения, действия (бездействие), затрагивающие права, свободы и законные интересы гражданина, являются законными**, если они приняты, совершены (допущены) на основании Конституции РФ, международных договоров РФ, законов и иных нормативных правовых актов, во исполнение установленных законодательством предписаний (законной цели) и с соблюдением установленных нормативными правовыми актами пределов полномочий, в т.ч. если нормативным правовым актом органу (лицу) предоставлено право или возможность осуществления полномочий тем или иным образом (усмотрение). При этом судам следует иметь в виду, что **законность оспариваемых решений, действий (бездействия) нельзя рассматривать лишь как формальное соответствие требованиям правовых норм.**

Из принципов приоритета прав и свобод человека и гражданина, недопустимости злоупотребления правами (ч. 1 и 3 ст. 17 и ст. 18 Конституции РФ) следует, что органам публичной власти, их должностным лицам запрещается обременять граждан обязанностями, отказывать в предоставлении им какого-либо права лишь с целью удовлетворения формальных требований, если соответствующее решение, действие может быть принято, совершено без их соблюдения, за исключением случаев, прямо предусмотренных законом. В связи с этим судам необходимо проверять, исполнена ли органом или лицом, наделенным публичными полномочиями, при принятии оспариваемого решения, совершение действия (бездействии) обязанность по полной и всесторонней оценке фактических обстоятельств, поддержанию доверия граждан к закону и действиям государства, учету требований соразмерности (пропорциональности). Так, проверяя законность решения, действия (бездействия) по основанию, связанному с несоблюдением требования пропорциональности (соразмерности) и обусловленным этим нарушением прав, свобод и законных интересов граждан, судам надлежит выяснить, являются ли оспариваемые меры обоснованными, разумными и необходимыми для достижения законной цели, не приводят ли их применение к чрезмерному обременению граждан.

Отсутствие вины ответчика в нарушении прав, свобод и законных интересов истца не является основанием для отказа в удовлетворении иска.

Когда органу или лицу, наделенным публичными полномочиями, предоставляется усмотрение при реализации полномочий, суд осуществляет **проверку правомерности (обоснованности) реализации усмотрения в отношении граждан**. Осуществление усмотрения, включая выбор возможного варианта поведения, вопреки предусмотренным законом целям либо в нарушение требований соразмерности служит основанием для вывода о нарушении пределов усмотрения и для признания оспариваемых решений, действий (бездействия) незаконными.

В случае, когда законодательством регламентирован порядок принятия решения, совершения оспариваемого действия, **суд проверяет соблюдение установленного порядка**. Несоблюдение порядка может служить основанием для вывода о незаконности решений (действий), если нарушения являются существенными для истца и влияют на исход дела. Нарушения порядка, носящие формальный характер, по общему правилу, не могут служить основанием для признания оспоренных решений, действий незаконными.

При проверке решения, действий суд выясняет, была ли в установленных законом случаях обеспечена возможность реализации прав и законных интересов гражданина при принятии ос-

париваемого решения, совершении действий, в т.ч. проверяет, было ли обеспечено право лица на ознакомление с доказательствами, право давать пояснения (возражения) по существу выявленных нарушений; исполнена ли органом или лицом обязанность изложить в принятом решении основания для применения соответствующих мер в отношении гражданина.

Если конкретные нарушения, связанные с несоблюдением порядка принятия решения, невыполнением требований к форме и содержанию решения, определены законом как существенные (грубые), сам факт наличия этих нарушений достаточен для вывода о его незаконности.

Суд применяет нормы права, регулирующие сходные отношения (аналогия закона), а при отсутствии таких норм рассматривает дело исходя из общих начал и смысла законодательства (аналогия права), если при проверке законности решения, действия (бездействия) будет установлено, что имеется **пробел в правовом регулировании**, который повлиял на возможность реализации прав, свобод, законных интересов граждан. *Посредством применения аналогии судом могут быть преодолены пробелы, связанные с отсутствием подзаконных актов, определяющих порядок реализации права гражданином.* Аналогия не может применяться, если этим ограничиваются права, свободы граждан, в т.ч. предусматриваются новые обязанности или ответственность, усиливаются применяемые к лицам меры принуждения.

В случае, когда гражданин либо орган или лицо, наделенные публичными полномочиями, ссылаются на выполнение разъяснений законодательства, полученных в установленном порядке, суд при проверке законности оспариваемых решений, действий (бездействия) может учесть **акты, содержащие разъяснения законодательства** (методические рекомендации, разъяснения, письма и т.п.). Если суд придет к выводу о том, что указанные акты не соответствуют закону, то такие разъяснения им не учитываются. Исключение составляют случаи, когда на основании выполнения разъяснений, в т.ч. адресованных конкретным лицам, были реализованы права (исполнены обязанности) гражданина и с учетом обстоятельств дела необходимо обеспечить поддержание доверия к закону и действиям государства.

Суд применяет нормы материального права, которые действовали во время возникновения правоотношения с участием истца, если из закона не вытекает иное. Изменение правового регулирования со времени рассмотрения дела, как правило, не может служить основанием для отказа в восстановлении права, которое было незаконно нарушено органом или лицом. Вместе с тем суд, признавая оспоренное решение, действие (бездействие) незаконным, может отказать в возложении на ответчика (орган или лицо) обязанности совершить какие-либо действия, если

на день рассмотрения дела законодательством установлен запрет на осуществление гражданами соответствующих действий.

Суд вправе **прекратить производство по делу**, если оспариваемое решение отменено или пересмотрено, совершены необходимые действия (прекращено оспариваемое бездействие) и перестали затрагиваться права, свободы и законные интересы истца. При этом суд должен предоставить истцу возможность изложить доводы по вопросу о том, устранило ли вмешательство в его права, свободы, законные интересы, и оценить такие доводы. Производство по делу не может быть прекращено при наличии оснований полагать, что оспариваемым решением, действием (бездействием) нарушены права, свободы, законные интересы истца, которые могут быть защищены посредством предъявления другого требования в рамках данного или иного дела, основанного на незаконности оспоренного решения, действия (бездействия).

Признав оспоренное решение, действие (бездействие) незаконным, суд независимо от того, содержатся ли соответствующие требования в иске, вправе указать ответчику (органу или лицу) на необходимость принятия **решения о восстановлении права, устранения нарушения, совершения определенных действий** в интересах истца. Это возможно в случае, если судом с учетом субъектного состава участников в деле лиц установлены все обстоятельства, служащие основанием материальных правоотношений. Для обеспечения исполнимости судебного решения в его резолютивной части указывается разумный срок принятия ответчиком решения, совершения действия. Суд вправе отказать в удовлетворении требований о возложении на орган или лицо обязанности принять решение, совершив действия, если установлены обстоятельства, исключающие возможность удовлетворения таких требований. Если в силу закона за органом или лицом сохраняется возможность принять то или иное решение по существу вопроса, затрагивающего права, свободы, законные интересы истца, суд вправе ограничиться возложением на него обязанности повторно рассмотреть поставленный гражданином вопрос. При таком рассмотрении орган или лицо обязаны учитывать правовую позицию и обстоятельства, установленные судом в результате рассмотрения дела.

Суды обязаны самостоятельно осуществлять контроль за исполнением решений, которыми на ответчиков возлагается обязанность устраниТЬ нарушения или препятствия к осуществлению прав, свобод, реализации законных интересов граждан. При непоступлении сведений об исполнении решения суда (поступлении сведений о его неисполнении) суд вправе вынести частное определение. Несообщение в суд о принятых мерах по устранению нарушений законности влечет наложение на должностных лиц **судебного штрафа** (ст. 122, 123, 200 КАС РФ). Штраф не

освобождает от обязанности сообщить о принятии указанных в судебном решении мер.

Постановление Пленума содержит важные правила для тех случаев, когда гражданин в своем административном исковом заявлении формулирует требования, которые не могут быть разрешены в рамках одного процесса, что как раз и бывает при обжаловании действий по оказанию психиатрической помощи.

Если в искомом заявлении **наряду с требованиями, подлежащими рассмотрению в порядке КАС РФ, содержатся требования, рассматриваемые в порядке ГПК РФ** (например, о возмещении вреда, причиненного в результате принятия решения), судья принимает к производству административное исковое заявление в части требований, рассматриваемых в порядке КАС РФ. При этом он оставляет без движения данное заявление в части требований, подлежащих рассмотрению в порядке ГПК РФ, и разъясняет гражданину обязанности, связанные с оформлением иска с соблюдением положений ГПК РФ.

При указании в административном исковом заявлении всех сведений, предусмотренных нормами ГПК РФ, и приложении к нему всех необходимых документов судья принимает к производству данное обращение в части требований, подлежащих рассмотрению в порядке ГПК РФ, как исковое заявление на основании засвидетельствованных им копий административного искового заявления и приложенных к нему документов.

В случае принятия к производству суда без соблюдения вышеуказанных выше процессуальных правил административного искового заявления, в котором наряду с требованиями, подлежащими рассмотрению в порядке КАС РФ, содержатся требования, подлежащие рассмотрению в порядке ГПК РФ, судья выделяет требования, подлежащие рассмотрению в порядке ГПК РФ (например, о компенсации морального вреда), в отдельное производство. После этого на основании засвидетельствованных им копий административного искового заявления и соответствующих приложенных к нему документов в порядке, предусмотренным ГПК РФ, разрешает вопросы, связанные с дальнейшим производством по данным требованиям (о подготовке гражданского дела к судебному разбирательству, о передаче дела по подсудности, о приостановлении производства по гражданскому делу).

Данные правила не применяются при обращении в суд с административным исковым заявлением, содержащим несколько связанных между собой требований, из которых одни подлежат рассмотрению по нормам ГПК РФ, другие – КАС РФ, только в случае, если разделение предъявленных в суд требований невозможно. То есть когда такие требования не могут быть рассмотрены судом отдельно друг от друга (в разных судебных процессах). В таком случае заявление подлежит разрешению в порядке ГПК РФ (ч. 1 ст. 16.1 КАС РФ).

# ОТКЛИКИ, ДИСКУССИИ, РАЗМЫШЛЕНИЯ

---

## РАЗМЫШЛЕНИЯ О СУИЦИДАЛЬНОМ ПОВЕДЕНИИ «Прекрасное далёко, не будь ко мне жестоко»

Е. Б. Любов

Суицидальное поведение (СП) остается насущной проблемой общества и здравоохранения. При прогрессе понимания СП точность прогноза самоубийства сегодня не лучше, чем полвека назад. Недостаток научно доказательных данных и всеобъемлющей теории задерживают развитие персонифицированного лечения и профилактики СП. Показаны перспективные пути развития и точки роста дальнейших исследований.

**Ключевые слова:** суицидальное поведение, перспективы развития.

*Что там, за ветхой занавеской Тьмы?  
В гаданиях запутались умы.  
Когда же с треском лопнет занавеска,  
Увидим все, как ошибались мы.*

Омар Хайям.

### Информация к размышлению

Вопросы «откуда мы пришли?» и «куда мы идем?»... обеспечили уникальный прогресс в истории науки.

Л. Больцман. Популярные заметки

Классический труд Э. Дюркгейма «Самоубийство» [1], выдержавший 125-летнее испытание верности, начал с аксиоматического «Необходимо...», и очередное поколение исследователей и практиков вносит посильную лепту решений и означает векторы и ориентиры.

Философы стремятся логически обосновать правомочность индукции, способа мышления, предвосхищающего будущее на основе прошлого опыта... Действовать на основе неполной информации, дополненной «угадыванием» или «домыслом», биологически необходимо.

С. Лем. Сумма технологий

Предстоит разговор о будущем, что легко и приятно в связи с малой ответственностью (вспомним Насреддина).

Однако сначала плохие новости. Способность прогнозировать самоубийства за последние 60 лет не лучше случайности [2]. Большинство суицидентов не относят к группе риска, никогда не наблюдались специалистом (не были в поле зрения полиции/милиции), и большинство относящихся — не совершают суицид. В итоге не знаем, из-за чего совершают суицид (по признанию классика суицидологии Э. Шнайдмана).

*Каждый человек умирает незнакомцем.*

А. Камю

И наши усилия профилактики СП весьма скромны.

Тренд снижения уровней суицидов на федеральном уровне (на местном — неоднозначная динамика) в РФ последних десятилетий не может дезориентировать общественность и специалистов. Ненадежность данных о СП и результатах лечения связана с низкими (слава Богу) исходными показателями. Отсутствие международного согласия в суицидологической терминологии, непоследовательные процедуры отчетности затрудняют интерпретацию, сравнение и обобщение результатов исследований. Скриннинги грешат ложноположительными результатами, требующими дополнительных ресурсов.

Методология точной медицины и стандартизованные критерии статистической отчетности облегчат мета-аналитические подходы. Следует поощрять исследования СП в странах с низким и средним уровнем дохода населения, на которые приходится большинство самоубийств [3], в регионах с «контрастной статистикой» СП. Для повышения внешней валидности исследований важно, чтобы критерии включения и исключения приводили к выборкам, отражающим суицидентов в реальном мире. Так, исключение злоупотребляющих психоактивными веществами (ПАВ) или соматически больных сформирует непррезентативную выборку.

Хорошие новости — питают осторожный научно взвешенный оптимизм.

Исследования для улучшения понимания СП и прогноза риска СП с большей чувствительностью / специфичностью — обнадеживают.

СП — трагический (но принципиально предотвратимый) итог взаимодействия (нейтрализации, потенцирования) нейробиологических, психологических и социальных факторов, биопсихосоциальный и экзистенциальный феномен.

**Дизайн и подходы.** Визуализация головного мозга: в начале пути. Магнитно-резонансная томография, диффузионно-тензорная томография, функциональная МРТ, позитронно-эмиссионная томография и однофотонная эмиссионная томография выявили структурные и функциональные нарушения в префронтальной и лимбической областях мозга у людей с суициальным анамнезом. Визуализация вносит вклад в понимание специфических маркеров риска СП, отчасти объясняя нарушения эмоциональной и когнитивной (процесса принятия решений) регуляции.

Мобильные телефоны (смартфоны) обеспечивают ежеминутный мониторинг риска СП в режиме реального времени в естественных условиях: возникновение и исчезновение (усиление и ослабление) суициальных мыслей и переход к действию (попытке самоубийства), тем самым предупреждают об опасности суицидента и его неравнодушное окружение о необходимости неотложной помощи [4]. Экологическая сиюминутная оценка колебаний суициальных мыслей в основе своевременных целевых вмешательств.

Социальные сети широко используют молодые люди для сообщения о кризисе («беде») и призыва, прямого или косвенного, о помощи. Методы интеллектуального анализа текста и машинного обучения применены к социальным сетям для выявления языковых маркеров риска СП. Протоколы безопасности направлены на выявление пользователей, подверженных риску самоубийства, через онлайн-посты и понимание механизмов «заражения» СП уязвимых пользователей при облегчении социального моделирования и повышения когнитивной доступности. Неизвестно, приведут ли такие инициативы к большей социальной изоляции, сократят ли обмен информацией в социальных сетях. Необходимы руководящие принципы наилучшей практики, чтобы обеспечить безопасное и этичное внедрение этих технологий [5].

Обратный отсчет по временной шкале (time-line followback, TLFB). «Старая-новая» методология [6] пришла из наркологии, чтобы систематически оценить поведение / триггерные негативные жизненные события в дни и часы / недели до СП:

Отдельно взятая, страна едва жива.  
Жене и матери в одной квартире плохо.  
Блок умер. Выжили дремучие слова:  
Свекровь, своячница, кровь, сноха, эпоха.

А. Кушнер

Неявные (имплицитные) когнитивные представления (установки) о смерти — постепенно проясняются. Бессознательная ассоциация с желанием жить или умереть меняется по мере снижения настроения — может быть включена в систему предупреждения СП в реальном времени при нежелании раскрывать суициальные намерения, но напрямую воздействует на автоматические процессы управления поведением наряду с рефлексами: насколько стабильны имплицитные когнитивные способности, как формируются, в течение какого времени, как связаны с факторами риска? Неявные установки могут быть активированы сниженным настроением лиц с историей СП.

Машинное обучение (machine learning) — многообещающий инструмент 1) уточнения прогнозирования СП, 2) определения важных показателей модели (выбор новых переменных) и взаимодействия индикаторов и 3) моделирования основных групп риска. Подход обещает масштабируемое (по требованиям МЗ РФ) и эффективное выявление риска СП. Обсуждаются потенциальные барьеры на пути интеграции алгоритма в клиническую практику, сопутствующие этические проблемы [7].

Большие данные (big data) — массив разнообразной информации, оперативно обрабатываемый особыми автоматизированными инструментами для целей статистики, анализа, прогнозов и принятия решений. Статистические и вычислительные возможности больших данных и машинного обучения для оценки риска СП комбинируют множество факторов при прогнозировании риска самоубийства, но пока умеренно успешны в планировании лечения. Методы машинного обучения и алгоритмы «больших данных» недостаточно учитывают сложность суицидогенеза и его индивидуальные различия (как набор предупреждающих знаков), подчеркивая важность многофакторного подхода к пониманию риска СП.

Сетевой анализ — статистический метод в психопатологии в целом и СП [8] в частности — исследует сложные связи факторов риска или симптомов; определяет центральные симптомы в сети, выделяя мишени лечения. Неясно пока, у каких симптомов оптимальная прогностическая сила.

Качественный анализ — возвращается, обогащенный новыми методами и видением проблемы, в арсенал суицидологии: феноменологическое (К. Ясперс) исследование непосредственно переживания через призму личного опыта показывает, каково быть в суициальном кризисе [9]. Привлечены свидетельства «выживших» (близких жертв СП) [10]: страдания и тяготы жизни при истощающих попытках понять, страх осуждения и самобичевание, разрушение остав-

шющейся семьи, добровольно-невольное одиночество и двусмысленное молчание:

... Это не была тишина, потому что тишина — лишь отсутствие звуков, а это было молчание, когда те, кто молчит, казалось, могли бы говорить, но не хотят.

Л. Андреев. Молчание

Черный лед.  
Ни словечка, ни улыбки.  
Немота.

Д. Самойлов. Дуэт для скрипки и альта.

Знания о СП сокращают разрыв между этиологией на основе феноменологии и патофизиологической этиологией.

Объяснительные модели предполагают особые факторы и процессы СП. С середины 1980-х гг. выдвинуто не менее дюжины не «теорий» [11], что косвенно указывает на их ограниченность.

Не грусти ... Рано или поздно все станет понятно, все станет на свои места и выстроится в единую красивую схему, как кружеса. Станет понятно, зачем все было нужно, потому что все будет правильно.

Льюис Кэрролл. Алиса в стране чудес

Интегративная модель СП [12] детализирует концепцию «диатез-стресс» J. J. Mann. Факторы риска (биологические, клинические и личностно-психологические, социальные и этно-культуральные) ранжированы, но отличны по значимости и взаимосвязям на индивидуальном уровне. Кубическая [13], межличностная [14], интегрированная мотивационно-волевая [15] или трехступенчатая [16] модели — в русле концепции «от идеи к действию». Факторы риска суицидальных мыслей и попыток самоубийства/суицида оказываются различными, формируя понимание суицидального процесса и основу целевых вмешательств. Модель нарративного суицидального кризиса [17] связывает дистальные факторы риска СП (черты личностной суицидальной предрасположенности, по А. Г. Амбрумовой [18]), с неблагоприятными (стрессогенными) событиями жизни как спусковыми крючками острого пре-суицидального состояния [19, 20]. Острый (нескольких часов) суицидальный нарратив запускает невыносимо мучительный, остройший (минуты) когнитивно-аффективный кризисный синдром в виде ажитации и потери когнитивного контроля с руминацией непродуктивных мыслей.

Эмпирическим исследованиям и теоретическим моделям СП не хватает клинического подтверждения (ницшеанских «костылей доказательности»).

ДимENSIONАЛЬНЫЕ критерии СП как трансдиагностического феномена (согласно концепции «суицидальной болезни» DSM-V). Традицион-

ные анализы факторов риска/предикторов СП фокусированы на мыслях о самоубийстве и попытках в качестве переменных результата, ограничены малым набором предикторов. Современные и будущие исследования СП вместо «обычных подозрений» (депрессии, социально-демографические характеристики) привлекают внимание к предикторам СП через призму доменов [21] с меньшим вниманием к защитным фактограм. Так, доказателен домен отрицательной валентности (Negative Valence Systems) в области безнадежности (напрямую не связанной с депрессией) и появляется все больше доказательств факторов модели СП (обремененность, поражение / попадание в ловушку, согласно ключевым элементам моделей 14, 17).

**Междисциплинарные** исследования уместны для использования новых технологических разработок.

Кропотливый, поистине маниакальный труд собирателей и коллекционеров наблюдений постепенно воздвиг огромное здание номотетических наук, обобщающих факты в виде законов, относящихся к системам предметов и явлений.

С. Лем. Сумма технологий

Приходит пора нового синтеза. Самоубийство и покушение на самоубийство составляют объект особой междисциплинарной области знания — суицидологии [24], а биopsихосоциальный феномен СП в рамках универсальной модели «язвимость-дистресс» определяет междисциплинарное (бригадное) и межведомственное взаимодействие [25] в русле концепции самоорганизации — единства биopsихосоциального процесса в ядре интегративных, целостных наук о жизни

#### Новые-старые направления исследований СП

Отдаленные (дистальные) факторы риска СП. В фокусе внимания неблагоприятный детский опыт (типовыe ранние психотравмы). На другом конце спектра социального контекста влияние Сети. Набирают ход эпигенетические исследования биомаркеров уязвимости к СП (низкой стрессоустойчивости). Нарушения в серотонинергической и гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системах реагирования на стресс связаны с уязвимостью к СП. Растущее признание влияния внешних факторов, включая невзгоды раннего возраста, на экспрессию генов, привело к изменению интерпретации взаимосвязи между стрессом, психическими расстройствами и склонностью к СП. Нарушенные реакции на кортизол и передачи сигналов глутамата повышают риск самоубийства. МикроРНК может играть решающую роль в риске СП.

Ближайшие (проксимальные) факторы риска СП. В центре внимания — суицидальные мысли как полюс суицидального континуума. Почти все

в особое время (особо подростки и старики) «играют мыслями о суициде», что не означает их реализации для подавляющего большинства (суицид — относительно редкое эпидемиологическое событие, не снижающее трагический на-кал вокруг жертвы и его окружения), но каждый десятый в разных странах и в разные периоды жизни склонен к СП. Суицидальные мысли могут служить единственным предупреждающим признаком СП пожилых. Вопрос вопросов: где грань внутренних и внешних форм СП [18].

Дюргейм подчеркнул центральную роль социальных факторов в этиологии СП, вновь актуальных. Градиент самоубийств связан с неблагоприятным социально-экономическим положением (безработицей). Социальная разобщенность, одиночество (аномия Дюргейма) подчеркнуты межличностной и особенно интегрированной мотивационно-волевой и трехступенчатой моделями.

На фоне отчуждённости, раскрепощённого насилия увеличен социальный контроль над жизнью.

*Человек — единственное создание, чье поведение не детерминировано потребностями.*

И. Кант

В новейшее («наше») время свобода выбора в центре философии экзистенциализма: отчего не убить себя, коли жизнь не в ладу со здравым смыслом.

*Наше отношение к самоубийству странным образом сочетает отвращение и жгучий интерес.*

Морис Фарбер

По А. Камю, в самоубийство (и религию) бегут от абсурда в свободу. Вопрос о самоубийстве «проверочный»:

*Решить, стоит ли или не стоит жизнь того, чтобы её прожить — ответ на основной вопрос философии.*

Миф о Сизифе

Мишель Фуко («Воля к истине») вернулся к аристотелевскому пониманию самоубийства как нарушения отношений человека и государства:

*...прежнее право заставить умереть или сохранить жизнь замещено властью — заставить жить или отвергнуть в смерть.*

Вслед мировым войнам, гуманистического кризиса и террористических атак самоубийство стало не решением конфликта общества и личности, а средством борьбы, в которой жизнь и смерть представлены манифестом.

Внимание привлекают и требуют уточнения потенциально суицидогенные симптомы, напрямую не связанные с психическими расстройствами и сохраняющиеся по их минованию как бессонница [22], хроническая боль [23].

Суицидогенез. Перспективно изучение СП в общих координатах понимания человека как открытой системы, пожизненно ищущей равновесия и через энтропийный кризис — очередного обновления. Суицид как бифуркация (лат. bifurcus — вилка). Крутой поворот к смерти суицидента суть точка «выбора» перспектив обновления (восстановления) или распада (саморазрушения). Пессимальный вариант повышения энтропии системы приводит к нарастанию хаоса и гибели.

В «Солнце мертвых» Шмелева доминируют идеи воли к жизни и энтропии, осмыслиенной как результат истощения веры.

Синергетика (по Г. Хакену) суицидогенеза в сложении (кумуляции) факторов риска. Рвутся старые и возникают новые связи в итоге влияния случайных факторов (флуктуации, «ломающие хребет»), внешних и внутренних условий, качества поступивших в систему ресурсных потоков (вещество, энергия, информация). Поэтому мало информативен, но нагляден сетевой анализ СП.

*Один скрипач купил себе магнит и понес его домой. По дороге на скрипача напали хулиганы и сбили с него шапку. Ветер подхватил шапку и понес ее по улице. Скрипач положил магнит на землю и побежал за шапкой. Шапка попала в лужу азотной кислоты и там истлела... Они едут и не знают, какая между ними связь, и не узнают этого до самой смерти.*

Д. Хармс. Связь

Статистическая зависимость — обычно не причинно-следственная.

Антисуицидальные («негэнтропийные») факторы следует уточнить, стимулировать и развивать. Психическое здоровье — результат минимальной энтропии в результате саморегуляции, гармоничных взаимодействий элементов личности (цели, ценности, аффект, поведение). У суицидента (еще живой открытой неравновесной системы), по определению, мало шансов (ресурсов) сохранить устойчивость за счет переструктурирования и формирования нового порядка. Борьба за существование — борьба за уменьшение энтропии.

В школах «жизнестойкости» важно обучать рациональному преодолению типовых жизненных неурядиц. Развитие ожидает самообучающие модули с обратной онлайн связью, особо полезные в отдаленных частях страны.

Так, совет от человека с опытом преодоления намеренных самоповреждений.

*Всячески избегайте приписывать себе статус жертвы... Каким бы отвратительным ни было ваше положение, старайтесь не винить в этом внешние силы: историю, государство, начальство, расу, родителей, фазу луны, детство... В момент, когда вы влагаете вину на что-то, вы подрываете собственную решимость что-нибудь изменить.*

И. Бродский

Гендерная суицидология. Риск самоубийств мужчин превышает число самоубийств женщин (соотношение в России в последние годы 5 – 6:1). Маскулинность может повысить уязвимость к СП. Мужчины реже обращаются за помощью, более (само) стигматизированы и неохотно сообщают о проблемах психического здоровья, отсиюда задача мотивации на лечение и профилактику. Поддержка и услуги не разработаны с учетом половых различий.

Постсуицид — этап суицидогенеза с важным прогностическим значением [A]. СП как катарсис (по Ф. Достоевскому) может привести к «новой» (второй) жизни, в том числе со сдвигом мировоззренческих установок [A]. Изучение актуализировано в связи с интересом к измененным состояниям сознания и их последствиям.

СП и пандемии [27]. Последняя выяснила лиц с низкой стрессоустойчивостью, требующих разработки бригадного целевого подхода в связи с психиатрическими и общемедицинскимисложнениями болезни или ее боязнью

Группы высокого риска СП неоднородны и будут уточнены.

Для *иного наблюдателя все явления жизни проходят в самой трогательной простоте и до того понятны... Другого же наблюдателя те же самые явления до того иной раз озабочат, что (случается, даже и нередко) — не в силах, наконец, их обобщить и упростить, вытянуть в прямую линию и на том успокоиться, — он прибегает к другого рода прощению и просто-запросто сажает себе пуль в лоб, чтоб погасить свой измученный ум вместе со всеми вопросами разом.*

Ф. Достоевский

Лечебно-профилактические программы в идеале обращены к профилям уязвимых СП (подход доказательной медицины) с различным набором факторов риска. СП представляет ряд разнородных фенотипов и действий, как попытки самоубийства (преднамеренный жест, направленный на смерть и требующий оценки или лечения) и суицид. СП классифицировано в соответствии с интенциональностью субъекта (желание убежать, месть, альтруистическое самоубийство, принятие риска, ординальское поведение, самоизвертывание), суицидальными мыслями, способами самоубийства (брутальными и «мягкими»), степенью летальности (с необходимостью реанимации или без нее), степень нарушения когнитивных функций (агрессивное и импульсивное поведение), отягчающие или провоцирующие обстоятельства (спутанность сознания, интоксикация, специфический социально-демографический контекст) и наличие психиатрических или других сопутствующих заболеваний. Лучшее понимание перехода от суицидальных мыслей к попыткам самоубийства/суициду и различий совершающих попытки с низкой и высокой летальностью.

Заслуживают систематических антикризисных лечебно-профилактических усилий представители малых народов Севера и Дальнего Востока, деструктивных сект (подчеркивающие культуральный аспект СП), вынужденные (безженцы) и трудовые мигранты и их дети, безработные, бездомные. Проваливаются между ячей тугоподвижной суицидологической помощи больные с «двойными диагнозами» ( злоупотребляющие ПАВ, соматические больные); не развита поственция (работа с «выжившими»), в том числе оперативная работа с учащимися. Пожилые [28] менее склонны к суицидальным попыткам, чем представители других возрастных групп. Соотношение попытки / суицид (нередко «на холodu», на фоне экзистенциальной депрессии) приближено к 1:1. Не страдающие психическими расстройствами. А. Г. Амбрумова выделила шесть типов непатологических ситуационных реакций [29], но описывала краткосрочные кризисные состояния с клиническими симптомами. Внедрение в МКБ и DSM новой нозографической единицы — «суицидальной болезни» — дестигматизирует и демедикализирует СП.

Маршруты поиска антикризисной помощи. Период между появлением мыслей о суициде и обращением за помощью обычно не менее 3 – 5 лет (как при нелеченом психозе). Многочисленны барьеры лечения, как стигматизация и стыд, низкая воспринимаемая потребность, предпочтение самоуправления, доступность и стоимость помощи [30, 31].

### Ориентиры антикризисной помощи

Критерием доступности и привлекательности специализированной помощи становится сокращение «листа ожидания». Пока суицидологические службы организованы в крупных городах и базируются в психиатрических учреждениях, что перечеркивает базисные принципы организации и функции первых. В этой связи особо важно развитие антисуицидальных сайтов [5].

Подход «один размер не подходит всем» признан порочным и заставил адаптировать лечебно-профилактические мероприятия к конкретным группам риска.

Психосоциальные специфичные вмешательства. Показан эффект индивидуальной (не групповой) когнитивно-бихевиоральной терапии (КБТ) в снижении риска СП взрослых (но не подростков) для лечения по сравнению с «обычным лечением» [32]. Краткие интенсивные вмешательства основаны на интегрированной мотивационно-волевой модели СП и обещают снизить риск рецидива СП в повседневных условиях. Психосоциальные вмешательства (включая КБТ) не более эффективны в снижении риска СП больничных острых больных, чем контрольные вмешательства [32, 33]. Психосоциальные

и поведенческие вмешательства, непосредственно направленные на устранение суицидальных мыслей и поведения, эффективны сразу после лечения и в долгосрочной перспективе. Для сохранения долгосрочной эффективности требуеться постоянный контакт с пациентом.

Групповая терапия и интернет-терапия экономически эффективны [34]. Мало известно, распространяются ли положительные эффекты психотерапии для предотвращения самоубийств за пределы РКИ.

Онлайн-вмешательства доступны в любом месте и в любое время, относительно дешевы и конфиденциальны, эффективны в управлении суицидальными мыслями. Привлечено внимание к суицидальным мыслям как цели лечения, а не как эпифеноменам психического расстройства. Предстоит клинические испытания эффективности специфических для СП стратегий профилактики и вмешательства.

Школьные программы при поддержке сверстников направлены на обучение навыкам преодоления трудностей и жизнестойкости; своевременного обращения за помощью. Скрининг способствует выявлению групп риска СП [35].

Психофармакотерапия. Скромны доказательства антисуицидального эффекта. Наилучшие доказательства у клозапина, лития и сочетанного эффекта психосоциального и лекарственного лечения. Ряд факторов риска (как депрессия, контроль эмоций) поддается изменению с помощью целенаправленного вмешательства, подчеркивая важность всесторонней и динамической оценки пациентов.

#### Привлечение обученных добровольцев.

*Я знаю глубину. Я в неё проникла  
Корнем. Но ты боишься глубин.  
А я не боюсь — я там была, я привыкла.*

*Сильвия Платт. Душа ивы*

Важны разработка и совершенствование лечения и профилактики СП с опорой на личный опыт совладания с суицидальным кризисом и в изображении СП в СМИ; участие медицинских и социальных работников в разработке учебных программ, тренингов по предотвращению самоубийств [36].

Следует выявлять и помогать справиться с суицидальными мыслями на ранних стадиях суицидального процесса, улучшить навыки совладания, социальные навыки и способность решать проблемы. Мало специфичных для СП методов лечения, доступных в реальном мире. Необходимы исследования приемлемости и осуществимости конкретных вмешательств и их сочетания с определением механизмов действия, объясняющих терапевтические изменения; анализы экономической эффективности и полезности подходов лечения и предотвращения СП [37].

Большинство исследований сосредоточены на краткосрочном остром риске и лечении СП. Недостаточны доказательства эффективности психо- и фармакотерапии и профилактики СП в повседневной практике. РКИ недостаточно действенны для выявления изменений в уровнях самоубийств и, в лучшем случае, используют попытки самоубийства в качестве основного результата. Преемственности способствуют исследования с общими конечными точками результатов, облегчая мета-анализы. Размеры выборок исключают возможность уточнения эффективности вмешательств в определенных группах участников, (например, женщин). Создание национальных и международных сетей или центров исследования самоубийств облегчит крупномасштабные РКИ. Необходима разработка и распространение методов лечения, направленных на суицидальные мысли, особо для группы пожилых мужчин (например, в центрах социального обслуживания, интернатах) с наибольшим уровнем самоубийств.

Определение механизмов действия позволит разработать эффективные, целенаправленные методы лечения и может дать представление, какие методы лечения и для кого работают лучше всего. Систематическая регистрация проб уменьшит «эффект картотеки» (отрицательные результаты утаивают от общественности).

#### Бремя СП.

Негативные последствия таких поступков... тяжелым бременем ложатся на его семью и на общество в целом. Это и дурной пример для детей и других членов семьи, это и вдовство, сиротство, одинокая старость матерей и отцов, а в случае суицидальных попыток — разрушение здоровья суицидента, часто инвалидизация и, кроме того, — необходимость медицинского вмешательства — персонала машин «скорой помощи», реаниматологов, специалистов общей терапии и хирургии [25].

Объективизация социально-экономического бремени СП с привлечением «неуловимых» затрат (как чувство вины, самостигматизация) — обосновывает развитие программ профилактики с гуманным и ресурсосберегающим (жизнесберегающим) потенциалом [37] и указывает на актуальность и ресурсосберегающий потенциал профилактической программы. Важно сопоставление бремени СП с таковым болезней, приоритетных для финансирования здравоохранения (как сердечно-сосудистые и онкологические).

#### СП и эвтаназия.

Самоубийство станет социально приемлемым, а долгая жизнь будет восприниматься — эгоизмом. *Прогноз консультативной компании «Network» для конгресса США на ближайшие 30 лет.*

Право на жизнь и свободу не оправдывает и не легализует «естественный выбор» само-

убийства или «обязанность умереть». Пожилые (инвалиды) могут счесть себя бременем близким (обществу и государству). Этические проблемы очевидны: *предлагают убивать только тех, кто самому себе в тягость; но скоро так поступят и с теми, кто в тягость другим. Честертон.*

Уход за смертельно больными всё более дорогостоящий, не будет ли это стимулировать суициды неимущих? Не детализированы вопросы об эвтаназии несовершеннолетних (младенцев), прекращении жизни пациента без прямой просьбы (вынужденная эвтаназия).

*Воздержимся от окончательного суждения, предоставив опыту самому разрешить эту проблему. — З. Фрейд,* закрывая посвященное проблеме самоубийства заседание Венского психоаналитического общества.

«Разумное самоубийство» сегодня поддержано 1/2 общественности и медицинского сообщества при непереносимой боли и смертельной изнурительной телесной болезни «в здравом уме». Стalkingаются стремление общества регулировать срок смерти и желание индивида решать вопрос самостоятельно. Муки старости и недуга неизменно трогают имеющего гран эмпатии. Участие СМИ в общественных дебатах о легализации «суицида при помощи» необходимо, ведь у людей «мало опыта». Но порой СМИ, ратующие за личную независимость, оправдывают «милосердные убийства» руками близких как этически и социально приемлемые. В перспективе для России — актуально повышение качества и количества (доступности) паллиативной помощи. Как альтернатива добровольной смерти с 60-х гг. XX в. В мире открыты хосписы с реабилитационными программами (модулями обучения уходить из жизни естественно и достойно).

**Научно доказательные подходы профилактики СП** [37] следует тиражировать и адаптировать к местным условиям.

*Нужно бежать со всех ног, чтобы только оставаться на месте, а чтобы куда-то попасть, надо бежать как минимум вдвое быстрее!*

*Л. Кэрролл. Алиса в стране чудес*

Многоуровневая система профилактики (универсальная, селективная, индикативная) формирует основу деятельности по предотвращению самоубийств во всем мире. Обширны пробелы знаний, что именно помогает предотвратить СП и как взаимодействуют уровни профилактики, каков синергизм компонентов стратегий предотвращения самоубийств. В свете смены парадигмы, отхода от «одинакового» подхода к предотвращению СП важны доказательства успешности стратегий профилактики в различных группах риска населения и условиях (например, в школах). Следует изучить эффективность методов предотвращения СП в многопрофильных больницах (как междисциплинарного обследования

ния в постсуициде); психиатрических учреждениях и особо по выписке из больниц, ведения больных с «двойным диагнозом».

Целостная стратегия «Нулевое самоубийство» [38] утверждает, что каждое самоубийство можно предотвратить при своевременной, персонифицированной помощи в рамках радикальной, преобразующей и систематической программы. «Ликвидация самоубийств» становится центральной целью на национальном, государственном, городском и деревенском уровнях.

Полезно выявить компоненты успешных вмешательств в повседневной практике и улучшить доступность доказательно эффективных методов диагностики и лечения СП. Например, в сельской местности технологии телемедицины, приложения для смартфонов, текстовые сообщения, веб-вмешательства или чаты как самостоятельные вмешательства или дополнение к очным методам. Новые протоколы включают все, что, согласно результатам исследований, приносит наибольшую пользу. Дополнительной краткосрочной целью служит разработка мероприятий для групп высокого риска, например, представителей ЛГБТК сообщества, выживших (поственция).

*Мир, вероятно, спасти уже не удастся, но отдельного человека всегда можно.*

*Иосиф Бродский*

Научно-доказательной базой Национальной программы предупреждения суицидов и предшествующих ей стандартов антикризисной (суицидологической) помощи станет ряд логично связанных и последовательных действий. Предстоит многосторонняя (клинико-социальная и экономическая) и многоаспектная (включая позиции суицидентов и их близких) динамическая оценка деятельности континуума функционально-структурных звеньев службы в русле внедрения нового типа, ориентированного на личностно-социальное восстановление, а не изоляцию и попечение. Необходимы оценка ресурсов и резервов местных суицидологических служб (подразделения, кадры), выявление их потребностей (уточнение функциональных обязанностей и нагрузки работников) и резервов улучшения эффективности; систематический мониторинг СП на уровнях психиатрической службы, региона, страны с привязкой к клиническим, социально-экономическим, этно-культуральным факторам. Будет продолжен поиск клинических и нейробиологических маркеров и изучение прогностических факторов СП в социо-демографических, профессиональных и клинических группах риска (при масштабных скринингах), защитных (антисуицидальных) факторов, в том числе, рациональная фармакотерапия, формальная и неформальная помощь и поддержка. Перспективны анти-

суицидальные сайты с участием обученных добровольцев (с опытом успешного преодоления кризисных состояний) и онлайн консультирования профессионалов. Предстоит развитие сети мобильной и гибкой социально-психологической помощи в территориальных поликлиниках, вузах, центрах занятости населения, социальных центрах обслуживания; в зонах особого риска СП — селяне, бездомные, правонарушители. Мало задействован ресурс духовной (религиозной) поддержки, модулей развития жизнестойкости (повышения стрессоустойчивости). Организационной проблемой остается обеспечение преемственности помощи суицидентам и их близким (вторичная и третичная профилактика СП соответственно). Следует заняться целевым обучением и повышением квалификации работников службы, интернистов (особо — выявлению депрессии), преподавателей, работодателей, командиров РА, полицейских, школьных и армейских психологов. Неотъемлемыми частями типовой профилактической программы служат широкая просветительская (разъяснительная) работа с населением; мероприятия по ограничению доступа к средствам суицида (не только огнестрельное оружие: безрецептурная продажа медикаментов, защитные заграждения в метро и на мостах), разработка рекомендаций для СМИ по не-предвзятому освещению СП.

**Куда податься в «позолоченный век»:  
в ожидании Года**

*Профессор: Самоубийство? Что такое «самоубийство»? (Ищет в словаре)... Нашел «самоубийство». (Удивленно). Вы стреляли в себя? Приговор? Суд? Ревтрибунал?*

*В. Маяковский. Клон*

Суицид сегодня и завтра — более не социальное табу (стигматизация суицида, как и психических недугов характерна для консервативных сообществ).

Прогноз консультативной компании «Network» для конгресса США на ближайшие 30 лет: ...самоубийство станет социально приемлемым, а долгая жизнь восприниматься — эгоизмом.

В историко-философском (аксиологическом) аспекте сдвиг отношения к суициду от страха и отвержения к терпимости, сочувствию указывает меру понимания СП. Жертва вызывает сострадание (невыносима мука бытия), самоубийство менее вызывает ужас и общественное осуждение как отклоняющееся поведение, что снижает порог страха смерти.

*Ступай к другим. Уже написан Вертер,  
А в наши дни и воздух пахнет смертью:  
Открыть окно что жили отворить.*

*Б. Пастернак*

*Моральные оценки поступков зависят от их необратимости.*

*С. Лем*

*Если бы мы могли воскрешать мертвых, убийство (и самоубийство), оставаясь дурным поступком, перестало бы быть преступлением*

*Герой фантастического цикла убивает себя 777 раз... Однако ненависть к себе была не настолько сильна, чтобы счесть себя погибшим навеки. Думать так значило поставить себя особняком, преисполниться преступной гордыни и спеси, черпая в этом некое странное самодовольство. Была, однако, и опасность впасть в гордыню, не совершая выше называемых грехов. Возгордиться тем, что ты так смирен.*

*Ф. Фармер. Мир реки*

*Философы, художники, психологи превратили самоубийство в лабораторию важнейших проблем бытия: душа и тело, субъект и объект, человек и Бог, человек и общество, часть и целое [И. Паперно, 1999, цит. по 39]. Предстоит осознать и одолеть «антропологическую катастрофу»:*

*...современный человек почти полностью находится во власти сил, стремящихся отнять у него доверие к собственному мышлению.*

*Альберт Швейцер.*

*Ответственное поле деятельности» XXI столетия возвращении человеку понимания следствий его поступков. Актуализирована «идея личного спасения»: Наша жизнь в обществе и сегодня ведь определяется нашей попыткой выскоочить из того, что не наше, собрать себя... и попыткой начать такую жизнь, которую можно было бы отсчитывать от самого себя.*

*М. К. Мамардашвили.  
Опыт физической метафизики*

**Жизнь и смерть: присутствие и тайна**

*Пытаясь понять человеческую жизнь, нельзя забывать о самоубийстве.*

*К. Ясперс*

В Дuinских элегиях Рильке объясняет (прелюдия О. Слободкиной): Смерть — сторона Жизни, где маячат далеко-близко потеря, изменение, боль, болезнь, горе,очные страхи, чувство разности к остальному творению... И неистребимо стремление понимания двух неделимых сфер. Вездесущее проникновение погружает в сокровенное бытие.

*Таинственна ли жизнь еще?  
Таинственна еще.*

*А. Кушнер*

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Дюркгейм Э. Самоубийство: Социологический этюд. Пер. сокр. М.: Мысль, 1994. 400.

2. Franklin J. C., Ribeiro J. D., Fox K. R., et al. Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: a meta-analysis of 50 years of research. *Psychol. Bull.* 2017; 143, 187 – 232.
3. Предотвращение самоубийств: глобальный императив. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2014; 102.
4. Myin-Germeys I., Oorschot M., Collip D., et al. Experience sampling research in psychopathology: opening the black box of daily life. *Psychol. Med.* 2009; 39:1533 – 47.
5. Любов Е. Б., Антохин Е. А., Палаева Р. И. Двулиткая паутина: Вертер vs Папагено. *Суицидология*. 2017. 7; 4 (25): 41 – 50.
6. Sobell L. C., Sobell M. B. «Timeline followback: a technique for assessing self-reported alcohol consumption.» *Measuring Alcohol Consumption: Psychosocial and Biological Methods*. R. Litten, J. Allen, eds. Totowa, NJ: Humana Press, 1992.
7. Burke T. A., Ammerman B. A., Jacobucci R. The use of machine learning in the study of suicidal and non-suicidal self-injurious thoughts and behaviors: A systematic review. *J. Affect. Disord.* 2019; 245: 869 – 84.
8. Любов Е. Б., Носова Е. С. Сетевой подход в суицидологии: проблемы и перспективы развития. *Суицидология*. 2018; 9 (1): 58 – 61.
9. Любов Е. Б., Зотов П. Б., Куликов А. Н. Качественные исследования в суицидологии: зачем и почему. *Суицидология*. 2021; 12 (2): 139 – 57.
10. Любов Е. Б. Клинико-социальное бремя близких жертв суицида: если бы... *Суицидология*. 2017; 8 (4): 56 – 76.
11. Чистопольская К. А., Ениколовов С. Н., Магурдумова Л. Г. Медико-психологические и социально-психологические концепции суицидального поведения. *Суицидология*. 2013; 4 (3):26 – 36.
12. Положий Б. С. Интегративная модель суицидального поведения. *Российский психиатрический журнал*. 2010; 4:55 – 62.
13. Shneidman E. S. *Definition of Suicide*. Chichester: John Wiley & Sons, 1985.
14. Van Orden K. A., Witte T. K., Cukrowicz K. C. et al. The interpersonal theory of suicide. *Psychol. Rev.* 2010; 117: 575 – 600.
15. O'Connor R. C., Kirtley O. J. The integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. *Philos Trans R. Soc. Lond. B. Biol. Sci.* 2018; 373(1754):20170268.
16. Klonsky E. D., May A. M. The three-step theory (3ST): a new theory of suicide rooted in the «Ideation-to-Action» framework. *Int. J. Cognit. Ther.* 2015; 8, 114 – 29.
17. Galynker I. The suicidal crisis: Clinical guide to the assessment of imminent suicide risk. NY: Oxford University Press, 2017: 328.
18. Амбрумова А. Г., Тихоненко В. А. Диагностика суицидального поведения. М., 1980.
19. Cohen L. J., Gorman B., Briggs J., et al. The suicidal narrative and its relationship to the suicide crisis syndrome and recent suicidal behavior. *Suicide Life — Threat. Behav.* 2019; 49 (2): 413– 22.
20. Batty G. D., Kivimaki M., Bell S., et al. Psychosocial characteristics as potential predictors of suicide in adults: an overview of the evidence with new results from prospective cohort studies. *Trans. Psychiatry*. 2018; 8:15.
21. Glenn C. R., Kleiman E. M., Cha C. B., et al. Understanding suicide risk within the research domain cri- teria (rdoc) framework: a meta-analytic review. *Depress Anxiety*. 2018; 35: 65 – 88.
22. Любов Е. Б., Зотов П. Б. Нарушения сна и суицидальное поведение. Сообщение I: распространённость, влияния и взаимосвязи. *Суицидология*. 2020;11 (1):98 – 116.
23. Зотов П. Б., Любов Е. Б., Фёдоров Н. М., Бычков В. Г. Хроническая боль среди факторов суицидального риска *Суицидология* 2019. 10 (2): 99 – 115.
24. Амбрумова А. Г. Суицидальное поведение как объект комплексного изучения. Сб. научных трудов. М.: Изд. Моск. НИИ психиатрии МЗ СССР, 1986: 7 – 25.
25. Положий Б. С. Суицидология как мультидисциплинарная область знаний. *Суицидология*. 2017; 8 (4): 3 – 9.
26. Любов Е. Б. Суицидальный кризис: Ангелы рядом. *Суицидология*. 2021; 12 (43):23 – 30.
27. Любов Е. Б., Зотов П. Б., Положий Б. С. Пандемии и суицид: Идеальный штурм и момент истины. *Суицидология*. 2020; 11 (1):3 – 38.
28. Любов Е. Б., Магурдумова Л. Г., Цупрун В. Е. Суицидальное поведение пожилых. *Суицидология*. 2017; 8 (1): 3 – 16.
29. Амбрумова А. Г. Непатологические ситуационные реакции в суицидологической практике. М.: Научные и организационные проблемы суицидологии, 1983: 40 – 51.
30. Любов Е. Б., Петухов В. В. Клинико-социальная характеристика суицидентов, обратившихся в институтскую клинику. *Российский психиатрический журнал*. 2020; 1: 21 – 6.
31. Любов Е. Б., Зотов П. Б. Намеренные несуицидальные самоповреждения подростков. Часть I: поиск медицинской помощи или «Путь далёкий до Типперери». *Суицидология*. 2020; 11 (39):15 – 32.
32. Yiu H. W., Rowe S., Wood L. A systematic review and meta-analysis of psychosocial interventions aiming to reduce risks of suicide and self-harm in psychiatric inpatients. *Psychiatry Res.* 2021; 305:114175.
33. Itzhaky L., Davaasambuu S., Ellis S. P., et al. Twenty-six years of psychosocial interventions to reduce suicide risk in adolescents: Systematic review and meta-analysis. *J. Affect. Disord.* 2022; 300:511 – 31.
34. Mündez-Bustos P., Calati R., Rubio-Ramirez F., et al. Effectiveness of Psychotherapy on Suicidal Risk: A Systematic Review of Observational Studies. *Front. Psychol.* 2019; 10:277.
35. Miller D. N. *Child and Adolescent Suicidal Behavior: School-Based Prevention, Assessment, and Intervention*. Guilford Publications, 2021; 248
36. Любов Е. Б., Зотов П. Б., Розанов В. А., Севастьянов А. А. Суицидология в подготовке медицинского профессионала: междисциплинарный подход *Суицидология*. 2019. 10 (3): 93 – 101.
37. Любов Е. Б., Зотов П. Б., Носова Е. С. Научная доказательность и экономическое обоснование предупреждения суицидов. *Суицидология*. 2019; 10 (2): 23 – 31.
38. Brodsky B. S., Spruch-Feiner A., Stanley B. The Zero Suicide Model: Applying Evidence-Based Suicide Prevention Practices to Clinical Care. *Front. Psychiatry*. 2018; 9:33.
39. Любов Е. Б., Зотов П. Б. К истории отношения общества к суициду. *Суицидология*. 2017; 8, 4 (29): 9 – 30.

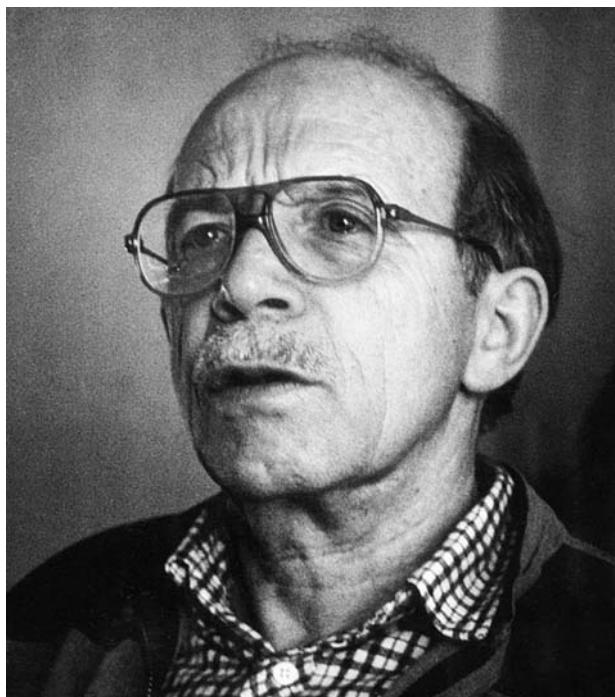
# ИСТОРИЯ

## 1948, 1953, 1987/8 — 75, 70 и 35 лет назад Михаил Яковлевич Гефтер (1918 – 1995)

Иным кажется, что народ измельчал, что лучшие бежали, высланы, уничтожены, но — и парадокс ли это? — измельчали правители, их клики, их опричники и лакеи, а народ умно, по-научному обманут, прозревшие же запуганы и разобрали все маски и роли для выживания вот уже лет 800 как со временем ига, как уверяют иные, тогда как в природе всегда преобладает фантастическое многообразие. Все на одно лицо только для незаинтересованного наблюдателя. Это не значит, что ничего не меняется. Например, убеждение, что всегда все врали, — жрецы и власти, летописцы и продавцы, льстецы и завистники, — неверно: врут неверующие в то, что говорят, тогда как летописцы в массе своей простодушно верили, что Бог всегда всё видит. Но кто похитрее, с многорядной рефлексией, умел обмануть и себя.

Последняя плеяда историков нашей страны после В. и Г. Вернадских и П. Милюкова — Н. Эйдельман, М. Гефтер, М. Геллер, Лев Клейн, Яков Этингер, Г. Костырченко, А. Б. Зубов, Ю. Г. Фельтишинский, А. Л. Янов, И. А. Яковенко (называю, кого много прочел), восхищает. Но не они определяют школьные учебники.

Приводим отрывки из двух статей М. Я. Гефтера<sup>1</sup>



М. Я. Гефтер родился в Крыму, пионером просил у бабушки ее молитвенную книгу для ко- стра из религиозной литературы («Боже! Дай

мене такой скорый конец — и увидеть в последний миг закрытое лицо бабушки. Кто любил меня, не думая о себе. Она и еще Топ, который вообще был особаченным дельфином, человеком, лучше человека»). Окончил исторический факультет МГУ 23 июня 1941 г. Мать и брат уничтожены при оккупации Симферополя. Ушел на войну добровольцем, тяжело ранен под Ржевом, получил орден Славы. Работал в Институте истории Академии наук, занимался экономической историей России дореволюционной эпохи. Один из организаторов и авторов 10-томной «Всемирной истории». В 1964 г. создал сектор методологии истории, закрытый в 1970 г. по требованию ЦК. С этого времени «запрещенный автор», до 1987 г. Один из организаторов самиздатского журнала «Поиски». С 1992 г. первый президент научно-просветительского центра «Холокост». После кончины в 1995 г. издательская группа при журнале «Век XX и мир» планировала издание 8-томного собрания его трудов. В 2004 г. вышло тезисное изложение 12 тем его публицистики — «Там, где сознанию узко и больно» — завершающееся «Кодексом гражданского сопротивления». В многочисленных опубликованных интервью и беседах, в частности, с Глебом Павловским, открыто и честно обсуждал самые жгущие проблемы современности. Такой же характер носит с тех пор интернет-журнал «Гефтер».

<sup>1</sup> Михаил Гефтер. Эхо Холокоста и русский еврейский вопрос. — М., 1995.

## Endlösung: Домашний проект От расправы с ЕАК — к «Делу врачей» с дополнением Я. Я. Этингера

I

Судьба Еврейского антифашистского комитета — еще не прочитанная страница истории. В прологе — потемки. В конце лета 1941 г. из советской тюрьмы были выпущены видные деятели польского Бунда и II Интернационала Генрих Эрлих и Виктор Альтер. Они занялись разработкой проекта создания Еврейского антигитлеровского комитета, который призван был объединить усилия евреев разных стран, прежде всего СССР и США. Спустя короткое время зачинатели Комитета арестовали вновь. Эрлих покончил с собой в куйбышевской тюрьме в мае 1942-го, а Альтера расстреляли там же в феврале 1943-го — спустя две недели после того, как, отвечая на запросы союзных держав, Народный комиссариат иностранных дел известил, что Эрлих и Альтер будто бы еще в декабре 1941 были казнены «за измену Родине».

Есть достаточно оснований полагать, что советское руководство (документирована роль Берия и Молотова, за которыми, безусловно, стоял Сталин) не захотело иметь дело с людьми независимой политической ориентации и опасалось, что проектируемый ими международный Комитет выйдет из-под контроля соответствующих служб. Однако сама идея Комитета была слишком заманчивой, чтобы перечеркнуть ее вовсе. Давление военных обстоятельств заставляло Сталина идти навстречу тому, что было противно его натуре. Так на пересечении коридоров власти и патриотического порыва советских евреев возник «Еврейский антифашистский комитет» в СССР. В феврале 1942-го его возглавил великий артист Солomon Михоэлс.

Внутри страны Комитет действовал словом призыва. Он издавал газету на идиш, с самого начала приступил к сбору материалов о нацистском геноциде. Поездки С. Михоэлса и И. Фефера в 1943 г. в США и в Англию принесли миллионы пожертвований в фонд сражающейся России.

В 1946 ЕАК был подчинен Отделу внешней политики ЦК ВКП(б). Разыгрывалась палестинская карта. Дальнейший график диктовался напором «холодной войны». Космополитизм или то, что стали именовать так, был объявлен вне закона. Всякое сочувствие национально-государственному становлению Израиля рассматривалось как крамола. ЕАК был уже не только неудобен. Попытки ЕАК взять в свои руки обустройство евреев, возвращающихся на пепелища, использовались Сталиным как повод к решительным действиям. В одном ряду — убийство С. Михоэлса агентами госбезопасности в 1948 г., закрытие органов печати ЕАК, арест его членов

в ноябре 1948-го. Следствие длилось 3,5 года<sup>2</sup>. Муки страдальцев неисчислимые. Никому не поставишь в вину признания, вырванные пыткой. Но справедливость требует отметить мужество на суде 74-летнего Соломона Лозовского и главного врача Боткинской больницы Бориса Шимелиовича, так и не признавшего себя виновным. 18 июля 1952 г. Военная коллегия Верховного суда СССР вынесла смертный приговор бывшему заместителю Начальника Совинформбюро и заместителю Министра иностранных дел СССР Соломону Лозовскому, писателям и поэтам Льву Квитко, Перецу Маркишу, Давиду Бергельсону, Давиду Гофштейну, Ицику Феферу, актеру Вениамину Зускину, Борису Шимелиовичу и др... Свыше 100 человек, причастных к деятельности ЕАК, были осуждены ранее, в том числе десять из них — расстреляны...

Сталин шаг за шагом, натураой и биографией шел к своему «окончательному решению»...

III

Поразительна череда дат, круглых дат и юбилеев — скорби. 1903-й — Кишиневский, который ввел в жизненный — житейский обиход России слово ПОГРОМ; 1913-й — дело Бейлиса, кровное французской дрейфусиаде, с отечественными режиссерами спектакля, но и со своими, российскими же, Золя.

Еще две даты — две вехи: 23-й и 33-й. Этапы движения к власти политического честолюбца и расчетливого фанатика, в голове которого химера тысячелетнего царства соединилась на мертвую с замыслом поголовного уничтожения евреев и этнической чистки всего подвластного ему населения земного шара.

Затем — год 43-й; пик нацистского геноцида и явственные приметы превращения антисемитизма в государственную политику Кремля, но вместе с тем и год, символически соединивший в двуединство отчаяние и мужество, имя которого — восстание в Варшавском гетто.

И вот мы с вами уже в преддверии 53-го года — чудовищного, освободительного.

<sup>2</sup> Комиссия М. А. Суслова признала пользу ЕАК исчерпанной, он якобы превратился в очаг национализма, начались аресты, заготавливались «признательные показания» для процесса 1952 г.: в марте начато следствие в отношении 213 человек, среди них И. Эренбург, В. Гроссман, С. Маршак, М. Блантер, Б. Слуцкий, акад. Б. Збарский... Сжигались книги еврейских писателей, 16 ноября 1946 г. закрыли все 14 еврейских театров страны (Я. Этингер).

Года порогового. Передо мною, закрывши ли глаза или открыв их, встают люди того времени. Я вижу их, многих из которых уже нет. Я слышу слова, которые тогда звучали, и хочу сказать: скольких нет, мало живых свидетелей того времени, но напоминают о нем слова, страшно близкие, до жути похожие на те, что слышались в прежние роковые даты.

И когда на съезде народных депутатов раздается кликушеский крик «Вон в США, в Израиль или хотя бы на Канарские острова!», трудно понять, в 93-м ли я году или в том 53-м, когда раскололось наше поколение, когда померкло что-то в нашем сознании, стало трудно дышать, когда мы еще мало понимали, оставаясь втянутыми в ту страшную оргию, что готовило всем «Дело врачей».

В нашу общую дверь тогда стучалась смерть. Что дверь была общей, вовсе не только к евреям вела, — это было понятно и раньше. Но только сейчас — документировано..

*Вот что сообщает другой известный историк Яков Этингер<sup>3</sup> на основании бесед с Булганиным, Хрущевым, секретарем специальной комиссии Н. Поляковым, акад. Е. Тарле и многих других источников.*

«Дело врачей» стало апофеозом государственного антисемитизма, хотя Сталин использовал его в качестве политического инструмента, а не самоцели. Предлогом стал донос 29 августа 1948 г. о неправильном лечении партруководства. Но первым арестованым после разветвленного на 70 дел следствия, только 18 ноября 1950 г. оказался кардиолог с мировым именем, номинант Нобелевской премии проф. Я. Г. Этингер, умерший под пытками. Официально объявлено о деле врачей было 10 января 1953 г. Пресса нагнетала массовый психоз. Относительно нескольких арестованных русских профессоров — В. Н. Виноградова, В. Х. Василенко, П. И. Егорова — МГБ распространяло слухи, что они «перекрещенные евреи». Организатором всего был Сталин, который лично указывал метод следствия: бить, бить и бить. Но не протесты Эйзенхауэра, Черчилля, Бен Гуриона, Эйнштейна, Жолио Кюри, а только инсульт, парализовавший Сталина в ночь на 1 марта, и его смерть 5 марта 1953 г. пресекли зловещий план.

<sup>3</sup> Яков Яковлевич Этингер (1929 – 2014) — доктор исторических наук, проф., почетный член семи зарубежных академий, один из ведущих отечественных африканистов, автор более 500 статей и 11 книг, в частности, воспоминаний «Это невозможно забыть» (М., 2001). В детстве прошел фашистские гетто в Минске, в юности сталинские лагеря, но ничего не подписал. Он приемный сын первого арестованного по делу врачей проф. Я. Г. Этингера. Один из организаторов общества «Мемориал», сопредседатель Московского объединения жертв политических репрессий и организации «Гражданский мир». Один из инициаторов созданной в 1990 г. Ассоциации узников европейских гетто и лагерей.

«За две недели до смерти Сталин приказал подогнать к Москве и другим крупным городам сотни железнодорожных составов, чтобы вывезти всех советских евреев в Сибирь и на Дальний Восток. Предполагалось публично повесить врачей-профессоров на центральных площадях Москвы и других крупных центров, возбудив ненависть народа к евреям вообще. Готовилась передовая статья в «Правде»: «Русский народ спасает еврейский народ». И составлялись списки чистокровных евреев и полукровок для их депортации. Планировалось организовать крушение поездов, «стихийные» нападения «патриотически настроенных граждан» на составы, чтобы до места назначения приехала лишь половина людей. А там уже строились бараки со стенками в одну доску, чтобы в морозы еще половина депортированных погибла. Письмо на имя Сталина с просьбой о депортации отказалось подписать только несколько человек: Вениамин Каверин, Марк Рейзен, Исаак Дунаевский, генерал Крейзер, проф. Иерусалимский и Илья Эренбург.

Депортация лишенных гражданства в 1922 г. цвета отечественной науки и искусства составляла 160 – 200 человек, в период 1966 – 1988 гг. — 170 человек<sup>4</sup>, а в 1953 г. готовилась депортация многих сотен тысяч.

Л. П. Берия, как первый зам. Председателя Совмина, возглавивший объединившиеся МГБ и МВД, 31 марта прекратил это дело, а 3 апреля по его предложению Президиум ЦК партии объявил полную реабилитацию 37 врачей и их семей. Ответственным за все был объявлен руководитель следствия М. Д. Рюмин и расстрелян. А 26 июня арестован Берия и 23 декабря 1953 г. расстрелян. Широкая общественность была долго недовольна оправданием врачей. «Комсомольская правда» 02.12.2002 г. поместила ответ историка Ю. Жукова на вопрос: «Кто организовал дело врачей?» — «Сами и организовали, не нужно неправильные диагнозы ставить».

*От редактора. Специфическая нелепость и масштабы «окончательного решения еврейского вопроса» выдают психическое расстройство хозяина. Его нарастающая подозрительность по типу паранойального развития с момента Туркменской ссылки, скрываемого сотрудничества с царской охранкой, а потом страха контрмер со стороны изгоняемого Льва Троцкого была зафиксирована В. М. Бехтеревым. Сталин не мог понять поведение Троцкого: располагай он такими талантами, славой и силовыми рычагами власти, он действовал бы совершенно иначе. А к 1953 г. он, приписав собственное распоряжение устранить Горького, Кирова, Жданова, Щербакова и др. кремлевским врачам и консультантам, остался без врачей.*

<sup>4</sup> Яков Этингер. От Холокоста до Беслана (сборник статей). — М., 2004.

## М. Я. Гефтер. Я признаю себя виновным

**Август 1987.**

В нашем доме случилось ЧП.

ЧП — судьба крымских татар. Беда давняя и общая. Кто не причастен к ней? Только бездушный скажет: не я. Только отравленный шовинистическим ядом изречет: поделом им... Их ЧП — и мое. Мое — в буквальном смысле.

Я родился и вырос в Крыму, тогда многонациональной автономной республике. Дружил с татарскими детьми, изучал в школе крымско-татарский язык (кто-то, кажется, сомневается ныне в его существовании). С Крымом связаны и счастливые годы моей юности, и самые тяжкие переживания. Моя мать и брат были уничтожены в первые дни немецкой оккупации Симферополя.

Сказанное дает мне нравственное право настаивать на соучастии в решении вопроса.

К тому же я историк, люди моей профессии — посредники между живыми и мертвыми, погибшими до срока. Историкам известно, как «случайное» и производное в общественной жизни обретает страшную силу необратимости, жаждущую все новых жертв. Так было и раньше, но XX-й век превзошел в этом — быть может, более всего этом — предшествующие столетия. И потому также я призываю правительство к прекращению репрессий в отношении представителей крымских татар и к возобновлению переговоров с ними на открытой и равноправной основе..

**Октябрь 1987**

[Отрывки из дневников времени первого инфаркта..., когда на помощь пришел томик Толстого].

**20.X.1987.**

...От «Казаков» перехожу — скачком — к «Хаджи-Мурату», последнему слову и истинному завещанию Толстого. Восемь лет, десять редакций! «Хаджи-Муратом» Толстой справился с Николаем Павловичем и всей николаевщиной в характерах и душах: с этим принуждением человека быть одним и тем же, НЕ СМЕТЬ МЕНЯТЬСЯ.

**26.X.**

...«Хаджи-Мурат» зовет. Зверь-человек среди не-людей. То есть не вполне так. В последнем своем творении (в великом «кавказском» ряду русского слова и мысли) ни единой капли романтизма. Толстой не на стороне горцев как таковых. Они близки ему своей страшной, почти не задетой цивилизацией, гармонией природы и человека, неотделимого от гор, — живых действующих лиц. В «Казаках», в сущности, нет горцев, они — враги и жертвы. Они интересны ему лишь как неотъемлемость захватившего его казачьего

строя жизни. Тут — иначе: горцы в центре. Все отражено светом их жизни, неизменяемой так же, как обманчивая близость и красота снежных вершин. Шамиль — зверь, и Хаджи-Мурат, геройский и простодушный и вместе с тем умный и тонкий, — тоже зверь. Но их зверство оправдано. Не оправдано же все, что идет от николаевской России: сам владыка и холопы его «сверху донизу». Единственный просвет (и как это важно для Толстого!) — Авдеев, вырванный из своей естественной деревенской среды. Все остальное — ложь в широчайшем спектре от беспомощной доброты до исполнительского рвения убийц. Ложь, которой живет (создавая ее) Николай и которая поглощает, раньше или позже, все иное в людях, которые на поверхку нелюди, «живорозы», как говорит кровная (смыслом и духом) Авдееву Марья Дмитриевна, сожительница добродушного пьяницы майора. Жесткая, жестокая, страшная, великая поэма — вызов «Кавказскому пленнику».

Одно место не могу не выписать. Это набег на аул Садо — типический по отсутствию здравой мысли и крупицы человечности. Толстой «передает» реакцию сокрушенных горцев: «О ненависти к русским никто не говорил. Чувство, которое испытывали все чеченцы от мала до велика, было сильнее ненависти. Это была не ненависть, а непризнание этих русских собак людьми и такое отвращение, гадливость и недоумение перед нелепой жестокостью этих существ, что желание истребления их, как желание истребления крыс, ядовитых пауков и волков, было таким же естественным чувством, как чувство самосохранения».

Не только умом, но и больным сердцем я почувствовал эти строки адресованными мне,ющими от меня непременного ответа. Вспомнил давнишний (44-го г.) разговор с С. П. Т-ым, его уверенные слова: горцы были главной помехой главному делу — спасению христианских народов, вообще Закавказья, от чужестранного геноцида. Тогда меня это не то чтобы убедило, но заставило сильно колебнуться в сторону от инстинкта и привычного чувства. Не буду вспоминать дальнейшее. Я не настолько туп, чтобы считать себя «исправившимся». Напротив. Все сильнее вопрос (внутри): кто же я, кто — в конце жизни? Кто я — по отношению к России и русскому, к единственному, что знаю душой, глазами, телом, всем существом своим?

Кто же я?

Вопрос точит, не уходит, возвращаясь к ночи, — кто же я в конце концов? Русский космополит? Аутсайдер на собственный лад? А сыны? Понимают ли они меня? Мою трагедию самоискания, самонахождения, самоутраты?

**28.X.**

...Только что кончил «Хаджи-Мурата» — с неожиданно сильным чувством прикосновения к какой-то особой правде, которая не принадлежит никому в отдельности, никому вообще, а всем людям незаметно для них самих. Это правда жизни, концом которой является смерть. Разная и, несмотря на все ее различия, сближающая людей больше, чем все остальное на свете, соединяющая их поступки, успехи, подвиги и подлости, идеальное и скверное, добирающая в одно — жизнь. Эту тайну Толстой открывал с первых своих шагов и, открывши, не уставал открывать снова и снова. И десять редакций «Хаджи-Мурата» не от старости, а от этой неотвязности, неукротимой жажды и силы открывания, которой был он сам как человек, иначе утративший бы смысл собственного существования...

**Апрель 1988.**

...Бековые распри, территориальные споры трудно, едва ли возможно решить полумерами. На очереди дня — конституционная реформа, а на подступах к ней — открытый референдум, где страдание и даже заблуждение должны получить право голоса, где единственный и категорический запрет: не сметь насилиничать, не сметь звать к насилию. И кровь Сумгайта, и выдержка Степанакерта и Еревана — аргументы: один в пользу запрета, другой — в пользу законной и нелимитированной открытости..

**Ноябрь 1988.**

...Выборочная память и выборочная правда набирают ныне силу и исподволь совращают души. А совращенные души — хрупкая защита от самого страшного — от ненависти и взращенной ею крови.

Какая злоба дня сегодня злее, чем беда, пршедшая в Закавказье, а оттуда к нам, стучащая-

ся в каждую дверь? Кто вне этой беды? Она поистине всеобщая. И эта всеобщность ее была бы на пользу, была бы как раз во спасение, если бы, втянутые в беду, мы руководствовались сознанием и знанием. Одно без другого — пустышка. Сознание требует: факты на стол! А где они?

Конечно, нужно время, чтобы узреть корни. И время, и слова. И на это нужно согласие тех, кто ведает печатным станком. И много больше надо, то самое, чеховское: выдавливание из себя раба. И не только раба уже заклейменных нравов и установлений, но и раба слов, доставшихся в наследство. Другой раз подумаешь: а вроде и винить некого. Виновных как будто нет — среди близких, среди похожих. Виновных будто нет, а вина — вот она. Изначально громадная и все растущая. Она, правда, не одинаковая, не на один ранжир. Но если живешь в Москве, если тебя отдаляют от хроники несчастий Кавказский хребет и еще многие сотни километров, то можешь ли чувствовать себя вне вины? Я отключаю это преимущество. Я, проживший молодые годы при Сталине и под Сталиным, и еще не утративший памяти о том, что среди поднимавших в знак согласия рук была и моя, — я отказываюсь от духовного комфорта непричастности. Сегодня я в виновных.

...Вчера как не сказать было: мы живем после Чернобыля. Вначале ужаснулись, затем свыклились. Ведь живем — кто жив. По прежним правилам человеческого существования — так. Но правильны ли ныне ТЕ правила? Или другие вступают на место тех и согласно этим, другим — живем, но после, стало быть, не можем жить, как до. То есть практически способны, но сама эта способность «радиоактивна», травит и мертвят. Сегодня в этот же ряд встал Сумгайт. После того, что произошло там, нигде невозможно жить, как — до...

# ХРОНИКА

---

## Калейдоскоп событий

Фарисейски благостная атмосфера и неощущимость в повседневной жизни наших столиц, что уже больше года идет кровавая бойня, уже не локальная, начавшаяся 9 лет назад, и с ошеломительными жертвами, уже одним этим контрастом сродни зловещему предштормовому затишью. Люди прячут глаза, вытесняют чудовищную нелепость происходящего. Впрочем, многочисленные комментаторы всех толков и уровня широко используют психиатрическую лексику. Это стало подобием «черного ящика», хотя для большинства не менее туманны вход и выход. Ясно одно: для всех граждан нашей страны мир необратимо изменился, пожалуй, также как с началом Первой Мировой войны. Последствия будут тяжелым бременем для нескольких будущих поколений. А для нашего — после раздора во многих семьях и между друзьями, по опыту Афганской и Чеченских войн — неизгладимой травмой. Сквозь туман дезинформации проступают только контуры верхушки айсberга, с которым столкнулась страна. Но именно пассивность, как и наивная беспечная радость 33 и 9 лет назад сделали нас заложниками ответственными за происходящее.

Продолжается, в фарватере разрушительной реформы здравоохранения, сокращение медицинских учреждений, в частности за счет их перепрофилирования для тяжело заболевших в эпидемию ковида, а в течение последних месяцев в госпитали для раненых в tragической бойне в Украине. Официальная информация о ней отождествляется с реальностью, а любое противоречие наказывается серьёзным штрафом, даже сроком. Все это легитимизируется потоком законотворчества: массовая выпечка законов, как пирожков, под злобу дня, без независимого общественного и экспертного обсуждения, бесцеремонно вмешивается в приватный мир людей, стремясь к единообразию ради удобства контроля и управления. Очередной новацией стал готовящийся правительственный закон о расширении принудительной геномной регистрации осужденных за тяжкие и особо тяжкие преступления и на подозреваемых. Нетрудно предвидеть, что расширение будет продолжаться: закон экономии усилий (умственных и физических) Маха безграниччен. А Минздрав открыл безграничную

возможность не только заместительного дистанционного консультирования и обучения, но и медицинской реабилитации на дому. Очевидные преимущества современной информационной техники преподносятся без заблаговременного обсуждения многообразных отрицательных сторон, без учета предупредительных мер, прежде всего, устранения фундаментальной роли непосредственного контакта со специалистами и формирования критериев, когда подмена дистанционным воздействием противопоказана. Без этого накопившиеся издержки уподобятся лавине. Недавно робот написал успешную диссертацию.

Многие зарубежные фармацевтические фирмы ушли из России, далеко не все удалось заполнить менее качественной продукцией даже стоматологам. Но устрашает перспектива отсутствия срочно необходимых лекарств, подобно памятным перебоям с наличием инсулина. Поражает далеко не внове проект приказа Минздрава лечить за счет средств ОМС только больных на поздних стадиях фиброза и с циррозом печени С.

Высоко востребованными стали психокоррекционные, психотерапевтические и реабилитационные методы, часто вступающие в конфликт с установками военкоматов в связи с мобилизацией, поспешно осуществляющей по упрощенной схеме и со многими нарушениями.

В условиях глубокого кризиса в сложившейся ситуации, как это всегда бывает, отмечается пышный расцвет парапаука, парапедицины, парапсихологии, всевозможных суеверий и мошенничества, в частности, это выступает и в предложениях моноэтнического оружия, биологического, например, в виде «боевых комаров», психотронного оружия и сохраняющихся штатных лозоходцев и экстрасенсов в армии. Наиболее быстро растущим сегментом он-лайн образования в России по итогам 2022 года стала эзотерика (нумерология, Таро, «Исполнение желаний» и т.д.), превратившаяся в выгодный бизнес. Для действия властей характерно сочетание информационной закрытости с демонстративными репрессивными методами. Чехарда противоположных мер сеет тревогу и растерянность, однако чревата столь же противоположными реакциями, но их латентные и маскированные формы создают иллюзию успеха у их авторов.

Забывается, что благоразумнее исходить из худших прогнозов. Тем более, что военная история учит, что поражение в конечном счете полезнее победы.

Правозащитная деятельность в стране шаг за шагом теряла позиции: уполномоченного по правам человека в Российской Федерации В. П. Лукина сменила Э. А. Панфилова, а ее Т. Н. Москалькова. Совет по правам человека при Президенте РФ после Панфиловой сейчас возглавляет В. А. Фадеев — оба быстро уступили провластному курсу, для которого права человека — бельмо на глазу. Выдающиеся Российское и Международное общества «Мемориал», потом Московская Хельсинкская группа, а потом Сахаровский центр и квартира-музей А. Д. Сахарова, вслед за РИЦ по правам человека и многими другими были объявлены иностранными агентами, им предписано эвакуироваться из занимаемых помещений.

Оппоненты официального курса оказались в парадоксальном положении: публикуемая ими фактическая информация рассматривается как дискредитирующая армию и правительство. Вместо необходимых, следующих из нее мер, она пресекается и наказывается, а отсутствие критической обратной связи обрекает на поражение,

реальными виновниками которого оказываются цензоры, судьи, силовики, а оппоненты — защитниками власти. Комментаторы, использующие психиатрическую лексику в адрес власти («безумие», «бред», «шизофрения»), также снимают с нее ответственность и девальвируют ди-вергентно-творческое мышление наших больных, которому человечество обязано многими прорывными открытиями. Против власти работает даже невмешательство.

Трагикомично, что причиной опрокидывания преследуемых руководством страны целей навыворот сыграло масштабное двуединство дезинформации и коррупции. Основная битва разворачивается все же не на поле боя, а в умах и сердцах людей. Но информационно-психологическая война — пресловутое «промывание мозгов» — имеет срок жизни, нуждается в обновлениях и поддержке.

Когда вы идете среди небоскребов, железобетонных дорожных развязок и других конструкций, не чувствуйте себя мошкой. Все это все еще далеко не самое крупное достижение человеческого духа, в каждом из нас дремлет божественная искра и возможность духовных постижений и построений, не уступающих этим небоскребам.

Происходящее не учит ничему новому: не надо врать, воровать и убивать.

## **Грандиозный успех пропаганды**

Спустя год после начала специальной военной операции (СВО) россияне не поменяли своего отношения к ней. Это следует из свежего опроса исследовательской службы Russian Field. Большинство (69 % опрошенных) по-прежнему поддерживают военную операцию, не поддерживают лишь 22 % респондентов. Только 34 % россиян отменили бы решение о ее начале, если бы у

них была такая возможность, 52 % не стали бы ничего менять. При этом число противников и сторонников дальнейшего углубление боевых действий примерно поровну — 52 % и 42 %. Самый низкий уровень поддержки, в 59 %, показали замеры, сделанные в конце февраля прошлого года.

## **Оказывается, даже сейчас еще есть чему изумляться**

03.03.23 «Психологическая газета» представила традиционное обращение перед началом очередного учебного года ректора Восточно-Европейского института психоанализа (основанного им в 2000 г. после выхода в отставку) полковника медслужбы докт. психол. наук. и канд. мед. наук., проф. Михаила Михайловича Решетникова. Каюсь, что только сейчас, благодаря присланному нам тексту, мы узнали, что, начиная с февраля 2019 г. М. М. Решетников ежегодно, уже пятый раз выдвигался на Нобелевскую премию по медицине и физиологии за разработку «Нематериальной теории психики».

Представленный текст представляет разъяснение «в чем суть новой теории и открытия». Этот текст ошеломляет, вызывает изумление. Зная М. М. как непосредственного участника ликвидатора Чернобыльской катастрофы, Спитакского землетрясения, Афганской войны, автора вызывающих восхищение антивоенных глав монографии «Психология войны», не верится, что он автор этого текста и самой теории, этот текст явно написал за него робот, а пять номинаций на Нобелевскую премию — мистификация славы ради, а на деле дурная слава, дискредитирующая

его теми, кто выдвигал на премию, или попытка унизить саму премию, если это реальность.

В 2001 г. в 3-ем и 4-ом выпусках «Независимый психиатрический журнал» с горечью опубликовал текст-предупреждение — «Признаки упадка отечественной психиатрии». Там, в частности, упоминалось выдвижение на Нобелевскую премию четырьмя известными профессорами-психиатрами во главе с акад. Г. В. Морозовым успешного целителя Столбунова за излечение

разработанным им методом группы больных с некурабельной до этого шизофренией. Даже руководящие психиатры Минздрава были тогда шокированы. Но теория М. М. Решетникова значительно превосходит тогдашнюю нашу реакцию и заслуживает Нобелевскую премию. Ведь он, оказывается, обнаружил (понял, наконец), чем психология отличается от физиологии, тогда как 100 лет назад те из большевиков, что были именно за ее нематериальность, — ведь идеализм!

## Языческие страхи власти

Очередная комиссия оставила якутского шамана Александра Габышева еще на полгода — до июля 2023 г. — в спасибо больнице, вопреки его психическому состоянию по свидетельству посетивших его юристов и членов ОНК. — Очередное доказательное свидетельство верховенства политических соображений (А. Габышев объявлен Amnesty International «политическим заключен-

ным») над профессиональными и гуманными. Хотя и политические сомнительны: топорное принуждение держать его под двумя замками и сроками вызывает намного большую и широкую протестную реакцию на его родине, хотя он от нее незаконно оторван, чем если бы его деятельность была проигнорирована. Но власти суеверны.

## Как психиатры Алтая, Сибири и Приморья воспринимают максимуму: «Члены ОНК приходят не проверять, а помогать»

НПА России продолжает проект по мониторингу соблюдения прав человека в психиатрических больницах и экспертных отделениях. Теперь он называется «Новые аспекты в деятельности ОНК» и направлен, прежде всего, на улучшение условий пребывания пациентов в психиатрических больницах, установление конструктивных отношений с администрацией и персоналом, внедрение критериев уважения человеческого достоинства пациентов. Разработанные в рамках предыдущего проекта критерии были посланы в Минздрав РФ и встретили там заинтересованное отношение. К сожалению, не во всех регионах страны работа ведется так же активно, как это было в 2020 – 2021 гг., хотя, казалось бы, тогда было больше ограничений в связи с пандемией. Однако, в некоторых отдален-

ных регионах страны (Приморский край, Уральский и Сибирский федеральные округа) члены Общественных наблюдательных комиссий посещают психиатрические больницы на регулярной основе, обсуждают положение пациентов с руководством больниц, Общественными палатами, уполномоченными по правам человека и местными органами управления здравоохранением. Это дает надежду на то, что условия содержания пациентов и соблюдение их прав постепенно изменятся к лучшему. Предлагаем Вашему вниманию информацию о семинаре и круглом столе в Алтайском крае, а также доклад председателя ОНК Томской области Геннадия Постникова и интервью председателя ОНК Приморского края Владимира Найдина о соблюдении прав человека в психиатрических больницах края.

## Проблемы общественного контроля в психиатрических стационарах Алтайского края

20 декабря 2022 г. в Барнауле состоялся семинар под названием «Основы прав пациентов психиатрических учреждений», который был орга-

низован региональным координатором проекта «Новые акценты в деятельности общественных наблюдательных комиссий (ОНК)» по Сибирско-

му федеральному округу Геннадием Постниковым совместно с Независимой психиатрической ассоциацией России. Это уже не первый семинар в Сибири для сотрудников психиатрических учреждений, целью которого является 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. Дело в том, что в процессе работы ОНК выяснилось, что многие сотрудники психиатрических учреждений незнакомы с концепцией прав человека, понимают права пациентов очень формально, а во многих случаях даже не знают, что это такое. Как сказал ведущий семинара Геннадий Постников: «Права человека нарушаются не по злой воле, а по незнанию». На этот раз была опробована интересная идея — объединить представителей психиатрических учреждений и новых членов ОНК.

В результате в семинаре участвовали сотрудники Алтайской краевой клинической психиатрической больницы им. Ю. К. Эрдмана во главе с главным врачом больницы В. Д. Нарожновым и главным внештатным психиатром края М. Г. Вдовиной (всего 21 чел.), а также 11 членов ОНК различных регионов Сибирского федерального округа (Алтайский край, Республика Алтай, Новосибирская, Омская и Томская области).

В программу семинара входили такие темы как «Концепция прав человека: основные понятия» и «Стандарты соблюдения прав человека» (Г. Н. Постников), «Соответствие российского законодательства, регулирующего права лиц с психическими расстройствами, международным стандартам и решениям» (К. А. Бекетов), «Права пациентов психиатрических больниц и экспертных отделений. Основания для применения принудительных мер» (Л. Н. Виноградова), «Критерии уважения достоинства пациента в рамках проекта «Новые акценты в работе ОНК» (М. И. Афанасьева, Г. Н. Постников), а также «Деятельность ОНК в психиатрических учреждениях: основы контроля, возможности и ограничения» (Г. Н. Постников, К. А. Бекетов, А. Г. Яковенко). Последняя тема сопровождалась упражнением, в котором членам ОНК предлагалось сформулировать алгоритм своих действий по поступившей к ним жалобе. Предполагалось таким образом отработать навыки взаимодействия сотрудников психиатрического учреждения и членов Общественных наблюдательных комиссий. Однако обсуждение этого простого задания вылилось в бурю возмущения со стороны некоторых сотрудников больницы: что это за новый контролирующий орган? почему они должны обсуждать с пациентами их лечение («дал один раз в приемном покое «информированное согласие» и достаточно») зачем каждый раз регистрировать

в истории болезни ограничения прав пациентов, да еще и с указанием срока и оснований таких ограничений? и т.п. Стало понятно, что сотрудники больницы совершенно не информированы о ФЗ «Об общественном контроле за обеспечением прав человека в местах принудительного содержания...» и утверждённом Минздравом РФ еще в феврале 2020 г. «Порядке посещения членами общественных наблюдательных комиссий (ОНК) медицинских организаций, оказывающих психиатрическую помощь», но и не слишком хорошо разбираются в положениях ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и даже Закона «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

Эти вопросы стали предметом обсуждения на круглом столе, который состоялся на следующий день в Общественной палате Алтайского Края. Главный врач ПКБ В. Д. Нарожнов рассказал о том, как организована психиатрическая помощь в крае, и о тех проблемах, с которыми они сталкиваются, представитель прокуратуры сообщила о многочисленных проверках, которые они регулярно проводят, и отметила те нарушения прав пациентов, которые обсуждались на круглом столе. Координатор проекта Г. Н. Постников выступил с докладом о результатах работы членов ОНК в некоторых регионах Сибирского федерального округа, и остановился на тех позитивных изменениях, которых удалось добиться там, где установлено конструктивное взаимодействие между региональными ОНК и руководством психиатрических учреждений. Его фраза о том, что «члены ОНК приходят не проверять, а помогать», помогла переломить ситуацию, и круглый стол закончился обменом телефонами между главным врачом и членами ОНК Алтайского края, а также обещанием принимать их в любое время.

Итак, первые негативные эмоции со стороны сотрудников психиатрической службы нашли свой выход, первый шаг на пути к взаимодействию сделан, однако все понимают, что теперь предстоит долгий путь к налаживанию действительно конструктивных отношений, основанных на взаимном уважении и доверии. В ОНК Алтайского края есть грамотные люди с опытом работы в различных государственных структурах и являющиеся приверженцами идеи прав человека. Их задача — организовать эффективный общественный контроль обеспечения прав человека в психиатрических больницах, не вмешиваясь при этом в медицинскую и экспертную деятельность. В резолюции круглого стола в качестве пожеланий председателям общественных наблюдательных комиссий регионов записано:

- 1) Содействовать организации и проведению обучающих семинаров по вопросам осуществления общественного контроля за соблюдением прав человека в психиатрических учреждениях.

2) Содействовать организации просветительской работы в области прав человека среди медицинского персонала психиатрических учреждений.

3) Наладить взаимодействие с региональными общественными палатами по вопросам осуществления общественного контроля за соблюдением прав человека в психиатрических учреждениях.

Независимой психиатрической ассоциации России рекомендуется продолжить работу по обучению и просвещению членов ОНК регионов СФО и медицинских работников психиатрических учреждений по проблемам осуществления общественного контроля за обеспечением прав человека в психиатрических стационарах и экспертных учреждениях.

Пожелаем всем успеха!

## Уважение человеческого достоинства в психиатрических стационарах Сибири

**Достоинство** — морально нравственная категория, означающая уважение и самоуважение человеческой личности. Достоинство — неотъемлемое свойство человека, принадлежащее ему независимо от того, как он сам и окружающие люди воспринимают и оценивают его личность. Достоинство принадлежит человеку от рождения, неотчуждаемо и непередаваемо.

Согласно ст. 21 Конституции Российской Федерации, «**Достоинство личности охраняется государством. Ничто не может быть основанием для его умаления. Никто не должен подвергаться пыткам, насилию, другому жестокому или унижающему человеческое достоинство обращению или наказанию**».

Эти положения сполна относятся к людям с психическими расстройствами. Так, Принципы защиты психически больных, принятые ООН в 1991 г., говорят о том, что «Ко всем лицам, которые страдают психическим заболеванием или считаются таковыми, следует относиться гуманно и с уважением к неотъемлемому достоинству человеческой личности». Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» также предписывает уважительное и гуманное отношение, исключающее унижение человеческого достоинства.

Однако на практике «уважительное и гуманное отношение, исключающее унижение человеческого достоинства» встречается в психиатрических больницах не так часто, хотя уважение человеческого достоинства является важным фактором терапии, делая пациента активным участником этого процесса и на порядок повышая его эффективность. Между тем, попав в психиатрическую больницу, пациент обычно чувствует себя полностью изолированным от внешнего мира, бесправным и беспомощным.

Приводимые нами в докладе ниже критерии «уважения человеческого достоинства» в основном прописаны в нормативно-правовых актах, однако обычно сформулированы довольно общими

ми словами и на практике наиболее часто не соблюдаются.

### Томск. Томская клиническая психиатрическая больница

Члены Общественной наблюдательной комиссии Томской области (К. Бекетов, С. Махов, И. Шевелёв) посетили ТКПБ 23 мая и 25 августа 2022 года с целью проверки соблюдения критериев уважения человеческого достоинства пациентов отделений с принудительным лечением. Отделения:

1. Общепсихиатрическое отделение № 6 (женское) с койками для стационарной судебно-психиатрической экспертизы и койками для принудительного лечения общего типа с лимитом наполнения — 65 человек (23.05 — 43 человека);

2. Отделение № 10 (мужское) специализированного типа для принудительного лечения лиц, страдающих психическими расстройствами, с лимитом наполнения — 50 человек (23.05 — 68 человек);

3. Общее психиатрическое отделение № 17 (мужское) с койками для стационарной судебно-психиатрической экспертизы и койками для принудительного лечения общего типа, с лимитом наполнения — 60 человек (23.05 — 69 человек);

4. Отделение № 23 (мужское) принудительного лечения общего типа, с лимитом наполнения — 63 человека (23.05 — 71 человек).

### Омск. Клиническая психиатрическая больница имени Н. Н. Солодникова

Члены ОНК Омской области 25.08.2022г. при участии представителя аппарата УПЧ по Омской области Медведюк Е. Ю. посетили отделения (с надзорными палатами):

1. 11 отделение с лимитом 55/49 пациентов-мужчин.

2. 3 отделение с лимитом 55/49 пациентов-мужчин.

Предварительно рабочие вопросы перед обходом обсуждались с главным врачом учреждения

## Хроника

Чепериным Андреем Игоревичем. В сопровождении его заместителя Каратюк В. И. поочередно осматривались отделения, находящиеся в разных корпусах.

Ранее ОНК был пополнен библиотечный фонд обоих отделений в размере 450 книг (художественной литературы). Сотрудниками учреждения были высказаны пожелания по наборам для групповых работ пациентов с психологом, наборы были предоставлены в оба отделения.

### Новосибирск. Областная психиатрическая больница № 6 специализированного типа

*Наблюдатели: Бабенкова Ю. К., Чевозерова С. А.*

Отделения:

1. Амбулаторных судебно-психиатрических экспертиз;
  2. Психиатрическое мужское отделение № 1;
  3. Психиатрическое мужское отделение № 2.
- 1) Уважительное отношение — обращение на «Вы», по имени-отчеству, если пациент сам не просит о другом.

**Томск:** В «Правилах внутреннего распорядка в ОГАУЗ «ТКПБ» (далее — ПВР) указано: «Пациент имеет право на уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала».

На практике мы очень редко слышали обращения на «Вы» сотрудников учреждения к пациентам. Кроме того, в каждый наш приход пациенты обращаются с жалобами на отдельных медсестер и санитаров, которые позволяют себе высказывать грубость и угрозы. Некоторые врачи в беседах с нами высказываются о пациентах пренебрежительно и пытаются убедить нас, что «что с них взять, они же психи...»

**Омск, Новосибирск:** Врачи и иные сотрудники обращаются к пациенту на «Вы» или по ФИО. Можно услышать фразу: «Пациент Иванов, вас просят пройти на процедуры». (точно в присутствии наблюдателей).

2) Уважение этических ценностей, национальных традиций и религиозных убеждений, предоставление возможности соблюдать диетические предпочтения и отправлять религиозные обряды в той степени, в которой это не нарушает права других пациентов.

В практической деятельности наблюдатели никогда не сталкивались с проблемами и жалобами по этим вопросам.

**Томск:** в учреждении имеется православный храм, открытый в 2006 году. Икон или книг религиозного содержания в отделениях не видно.

**Омск:** Несколько пациентов мусульмане (употребляющие сало) — религиозные традиции и ценности, по словам сотрудников не нарушались.

**Новосибирск:** Есть пациенты, которые используют в своих религиозных обрядах коврики, четки. Администрация учреждения не препятствует, и в больнице есть, так называемые, религиозные уголки.

3) Информирование пациента и/или его представителя о причинах госпитализации и возможных сроках лечения, обсуждение с ними избранных врачом способов и средств терапии.

Во время посещений наблюдателей при обращении больных с соответствующими вопросами, врачи давали исчерпывающие ответы с объяснениями и с ознакомлением с документами. Если в Омске и Новосибирске прецедентов не было, то в Томске вопросы о причинах госпитализации и сроках лечения задаются при каждом посещении членов ОНК, что позволяет думать, что вне посещений на такие вопросы врачи пациентам не отвечают.

4) Информирование пациента о его правах и возможных действиях в случае их нарушения, содействие в контактах с адвокатом, уполномоченным по правам человека или его представителем, членом общественной наблюдательной комиссии.

На информационных стенах дана контактная информация УПЧ и ОНК, есть выписки о правах и обязанностях из Закона о психиатрической помощи.

**В Омске** во время посещения отделений ОНК проводили индивидуальные занятия с медицинским персоналом о критериях уважения человеческого достоинства.

**В Новосибирске** в комнате досуга есть бумага и ручки для написания обращений, а для встреч с адвокатом имеется отдельное помещение. Администрация при поступлении пациента уведомляет и разъясняет ему его права.

**В Томске** в ПВР учреждения ничего не сказано об информировании пациентов о правах и возможных действиях в случае их нарушения, содействии в контактах с адвокатом, уполномоченным по правам человека или его представителем, членом общественной наблюдательной комиссии.

5) Доступность врачей и администрации для жалоб и личного обращения, налаживание ими диалога с пациентом и его представителем.

Таких проблем не возникало, доступность (особенно во время посещений) полная, диалог между пациентами и сотрудниками наложен.

Однако в Томске и Омске указывают на то, что у врачей в отделениях большая нагрузка (на два врача 70 пациентов, а по должностным инструкциям 20), поэтому, если даже не учитывать отпуска и больничные, встает вопрос: хватает ли врачам времени для диалога?

6) Уважение частной жизни пациента, обеспечение возможности общаться с близкими без необоснованных ограничений, соблюдение кон-

фиденциальности разговоров при посещениях и дистанционных контактах с ними.

К сожалению, право на частную жизнь пациентов в ПВР учреждений не прописано. Но надо иметь в виду, что право на частную жизнь — неотъемлемо от человека, даже если оно не прописано в ПВР.

Мы не рассматривали ограничения, налагаемые:

- карантином, считая их обоснованными (хотя в ряде случаев карантинные ограничения бывают чрезмерными);

- врачом по состоянию здоровья больного и другие обоснованные ограничения.

В **Новосибирске** работает видеосвязь.

Везде нарушаются конфиденциальность при свидании с родственниками, так как в одном помещении (как правило, столовая или вестибюль) находится несколько семей. Причём встречи с родственниками происходят в рабочее время, когда родственники могут находиться на работе.

Сложно с телефонными переговорами, которые разрешаются очень редко (2 – 3 раза в неделю) и дозировано (10 – 15 минут). В **Омске** разговаривать можно со стационарного телефона, но там может быть затруднён выход на сотовую связь.

7) Обеспечение личного пространства пациента, недопустимость стоящих вплотную кроватей, предоставление мест для хранения личных вещей, возможности пользоваться личной одеждой, получение согласия на использование видео-камер в палатах.

Если с согласием на использование видео-камер в палатах везде хорошо — камер просто нет, то с возможность пользоваться личной одеждой уже сложнее — в Новосибирске и Томске пользоваться личной одеждой не запрещено. В **Омске** есть проблемы с её получением (места для её хранения в палатах нет), так как доступ к ней ограничен сестрой хозяйкой.

В **Томске** и **Омске** существует проблема с личным пространством: соприкосновение кроватей и нехватка тумбочек. И если в Омске неполная наполнемость больницы пока позволяет пациентам не спать на сдвоенных кроватях, то в Томске при превышении лимита это не удается. В **Томске** в мужских отделениях большая проблема с тумбочками, и о личном пространстве пациентам приходится только мечтать.

8) Приватность отправления естественных потребностей, наличие перегородок в туалетах и душевых комнатах, наличие дверей в палатах

Во всех заведениях (Новосибирск, Омск и Томск) во всех туалетных и душевых помещениях приватность соблюдается, причём в Омске и Томске это стало результатом взаимодействия наблюдателей и руководства учреждений.

В **Томске** также исчезли жалобы на невозможность посещения туалета.

В **Новосибирске** двери в палатах не везде.

9) Организация досуга с учетом интересов и пожеланий пациента, возможность пользоваться библиотекой, определенными интернет-ресурсами и иными средствами коммуникации при отсутствии медицинских противопоказаний.

Тяжело ориентироваться на пожелания пациентов, которых просто нет — пациенты их либо не имеют, либо привыкли к тому, что им предлагаются. Предложений и возможностей достаточно много: от библиотеки до обучающих мероприятий. Это просмотр телевизора, занятие с психологом (пазлы, рисование и пр.), настольные игры, настольный теннис, игра на музыкальных инструментах, прогулка в прогулочных двориках с наличием спортивного инвентаря и так далее. Можно пользоваться и интернет ресурсами.

Вопрос в другом:

- Оборудование, книги — мало и старое. Везде библиотечный фонд маленький и изношенный, так же как и спорт инвентарь;
- Отсутствие достаточного количества помещений. **Томск**: в женском отделении в столовой, которая является также и общим холлом, одновременно могут слушать музыку и смотреть ТВ, так как других помещений нет;
- Ограничения в пользовании различными предметами. **Томск**: прослушивание плейера только в строго отведённое время, письменные принадлежности выдаются лишь на два часа в сутки. **Омск**: просмотр телевизора строго по распорядку дня.

10) Запрет на использование пациентов в различных хозяйственных работах без их согласия и в обмен на получение привилегий по сравнению с другими пациентами, в т.ч. предметов или вещей, на которые они и так имеют право.

Вопрос покрыт мраком!

В рамках прошлого проекта, когда изучались основные нарушения прав человека в психиатрических больницах, использование пациентов в обмен на получение привилегий практиковалось везде и достаточно часто. То ли произошли изменения к лучшему, то ли вопрос «ушёл в глубь», то ли наблюдатели пригляделись.

Такая проблема осталась только в **Томске**, где члены ОНК продолжают сталкиваться с жалобами, что пациентам приходится мыть помещения (вплоть до туалетов) в обмен на возможность лишний раз покурить или на посул, что «чем чаще ты будешь работать, тем быстрее тебя выпишут из больницы».

Интересна практика **Омска**, где проблему с запретом курить в лечебных учреждениях решают путём акции, в которой и пациенты и со-

трудники учреждения вместе бросают курить с 1.09.2022 года.

В Новосибирске использование пациентов в хозяйственных работах происходит только с письменного согласия пациента и с учетом его волеизъявления. Хочется посмотреть, как выглядит это письменное согласие, но пока наблюдателям не предоставили такой возможности.

11) Предоставление возможности трудиться при соблюдении установленных федеральным законом условий и минимального размера оплаты труда, отсутствие любого вида дискриминации.

Вопрос очень сложный, так как отсутствует законодательный термин «трудотерапия», а трудовые отношения между администрацией и пациентами в ПВР не прописаны. С другой стороны, не каждая работа подойдет для пациента. Так называемая «трудотерапия» заключается в неквалифицированных работах, изготовлении коробочек (**Томск**), производстве игрушки на продажу (**Новосибирск**), но каких-то регламентов по этой деятельности членам ОНК не предоставляли.

Критерии уважения человеческого достоинства должны быть прописаны в правилах внутреннего распорядка. Эти правила должны быть единообразны для больниц одного типа и должны содержать правила поведения, как для больных, так и для персонала.

**Положительное:**

1. Тяжело однозначно утверждать, что те улучшения в жизни пациентов, которые на сегодняшний день происходят в психиатрических больницах (ремонты помещений и прогулочных двориков), а также покупка нового оборудования, пополнение библиотечного фонда в отделениях произошли исключительно из-за ОНК. Однако надо отдать должное, что на многое наблюдатели указывали.

2. Большие успехи произошли во многих больницах (и не только СФО) в направлении соблюдения приватности в туалетах и душевых комнатах. Замечания о несоблюдении приватности теперь единичны, если вообще имеются.

3. Улучшилось отношение и взаимопонимание между медицинским персоналом и пациентами: исчезли жалобы на побои, уменьшаются жалобы на неуважительное отношение к пациентам со стороны сотрудников больницы, информационные стенды стали отражать спортивную и досуговую жизнь пациентов, участились посещения отделений представителями религии, вещи в комнате хранения аккуратно подписываются. Совместные же обязательства пациентов и медицинского персонала отделения 11 Омской психиатрической больницы вообще достойны восхищения!

4. Настороженное отношение между сотрудниками больницы и членами ОНК сменилось взаимопониманием, складываются доброжелательные рабочие отношения. Членов ОНК руководство больницы приглашает проводить информационные мероприятия для сотрудников больницы на тему прав человека, критерии уважения человеческого достоинства и прочее.

5. Члены ОНК, как представители общественности стали понимать, что без их помощи государству сложно самостоятельно контролировать соблюдение прав человека среди пациентов и улучшать их жизнь. Общественники включаются в общее дело, помогая не только советом, но и материально.

Мощных прорывов пока нет, но их никто и не ожидал.

Главное, что работа ведётся, взаимопонимание присутствует, а значит и результату быть!

**Г. Н. Постников (Томск)**

## **Ситуация в психиатрических больницах Приморья. Шесть лет без права на прогулку**

Краевая Общественная наблюдательная комиссия (ОНК) реализует проект по формированию уважительного отношения к людям с психическими расстройствами, находящимися в психиатрических больницах и экспертных учреждениях. В прошлом году общественники побывали в специализированных заведениях Владивостока, Лесозаводска, Находки, Спасска-Дальнего, Уссурийска и села Заречное, где содержатся больные на принудительном лечении и недобровольной госпитализации. Результаты посеще-

ний изложили в докладе, который передадут в Минздрав Приморья.

Специфика учреждений состоит в неосведомлённости пациентов, их неспособности и невозможности апеллировать к какой-либо инстанции.

Больные часто беззащитны перед персоналом и уязвимы в осуществлении элементарных жизненных функций. Отношение к ним не всегда можно назвать уважительным, напротив, «врач всегда прав». Многие сотрудники, особенно среднего и младшего звена, получая низкие зарпла-

ты, не заинтересованы в том, чтобы «надрываться». Однако есть место и сочувству: медики, жалея подопечных, покупают им за свои деньги сигареты, гигиенические средства, еду.

Чаще всего пациенты жалуются на питание. Говорят, еда невкусная, однообразная. Бывает, в расписании заявлен полдник, но его получают только те, кому продукты принесли родные, остальные остаются ни с чем. Есть вопросы и к тому, где именно принимают пищу. Так, в психбольнице Владивостока вместо столовой — коридор.

В большинстве учреждений нет мест для прогулок. Больные годами не бывают на свежем воздухе. Например, в экспертном отделении Уссурийска людей уже шесть лет не выводят на улицу. Медики оправдываются: не хватает персонала, больные могут сбежать, и вообще, надо бороться с пандемией коронавируса. Но карантинные ограничения уже сняты.

Плотность «населения» в палатах иногда доходит до минимума — 1,8 кв. м на человека (норма — 6 кв.). Кровати сдвинуты почти впритык, личное пространство отсутствует. Вещи пациентам хранить негде, вместо тумбочек и прикроватных столиков используют перевёрнутые вёдра, бачки с водой, стопки книг.

Двери и тем более защёлки в больницах, как правило, не предусмотрены. Часто приватность в душевых — это хлипкая целлофановая шторка на верёвке, слегка прикрывающая душ от унитаза. Да и это появилось совсем недавно, под давлением ОНК. В некоторых туалетах и такого нет, а двери стеклянные, как, например, в Заречном.

Санузлы практически во всех учреждениях нуждаются в капитальном ремонте. Санитарные нормы нарушены, повсюду сырость, плесень, общая разруха. Нет элементарного — туалетной бумаги. По утрам из-за нехватки раковин и унитазов собирается очередь. Самое гнетущее, что эти помещения одновременно используют

и мужчины, и женщины. Для инвалидов не предусмотрено спецприспособлений. В больнице Владивостока туалет превратили в курилку.

Зимой в палатах холодно, а летом жарко. Кондиционеры — редкость, в комнатах стоит тяжёлый запах. Много жалоб на освещение. Солнце сюда заглядывает редко, а лампочек явно меньше, чем нужно. В больнице Лесозаводска проблемы с электропроводкой, щитовая кабина не опечатана. Это может спровоцировать возгорания, удары током.

Комната отдыха нет, как и доступа к прессе, интернету. Роль места для досуга, как правило, выполняют коридоры и столовые. Вся культурная составляющая сводится к шкафу с ветхими книгами, и даже они есть не везде. Телевизоры в основном старые, кинескопные, маленькие.

«Лечат не только лекарства. Ещё несколько лет назад пациенты могли работать на грядках, которые разбивали во дворах больниц, занимались рукоделием, что-то мастерили. Сейчас такого нет, а это серьёзная помеха для успешного лечения и реабилитации», — говорится в докладе.

Раз в неделю больным выдают сотовые телефоны, говорить можно не больше 15 минут. Это ограничение незаконно и ущемляет права пациентов на связь с внешним миром. Оно создаёт информационный и эмоциональный вакuum, люди чувствуют себя изолированными.

В руководстве больниц не всегда рады наблюдателям, но они готовы продолжать свою работу. Противоречия накапливались годами, и небольшие шаги по устранению мелких бытовых неудобств не решают основную проблему. Надо пересмотреть сами принципы жизнеобеспечения, лечения и реабилитации пациентов. Медики постоянно говорят: на это нужны деньги, а их нет. Но на самом деле, многое можно сделать и своими силами.

**Владимир Найдин (Владивосток)**

## Конгресс Европейской психиатрической ассоциации

Поскольку членство Российского общества психиатров в Европейской психиатрической ассоциации заморожено, на конгрессе в Париже официальным представителем от России оказалась только Независимая психиатрическая ассо-

циация России. Впрочем, это не означало невозможности присутствия на съезде членов Российского общества психиатров в личном качестве, а только невозможность принять участие в голосовании.

# ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ТВОРЧЕСТВО

Александр Рапопорт<sup>1</sup>

Александр Моисеевич Рапопорт (1960, Одесса) — поэт, журналист. Стихи публикует в периодике с 1977 года. Получил образование инженера-строителя, работал в разных городах России, принимал участие в реставрации зданий-памятников истории и культуры. Автор книг стихов «Образ жизни» (М., 2001), «Имя и Число» (М., 2004) и ряда поэтических публикаций в журналах «Арион», «Октябрь», «Континент», «Новый журнал», «22» и других изданиях. Живет в Москве.

## ОДЕССКИЕ ТЕРЦИНЫ

Старуха Рейф всегда была стара,  
другой ее никто уже не помнит.  
Негласная старейшина двора,  
  
она с утра уйдет из душных комнат,  
сметает в палисаднике листву,  
подвязывает ветку, Барсика покормит,  
  
пройдет метлою в смешанном лесу  
из альчи, плюща и шелковицы,  
затем очки поправит на носу  
  
и развернет офсетные страницы  
«Коммуны Черноморской», чтобы вслух  
начать ее как раз с передовицы.  
  
Пока она читает, все вокруг  
колеблется, — идут круги от камня —  
включаются движение и звук:  
  
отъедут занавески, стукнет ставня  
и донесутся с улицы гудки,  
прибой толпы, а там и «вира-майна».  
  
День начался. Воздушные мелки  
его тот час расчертят на квадраты  
неловки пальцы маленькой руки,  
  
они еще ни в чем не виноваты,  
нет прошлого в отсутствие вины  
ни опыта, ни страха, ни утраты.  
  
О годовщине мировой войны,  
о подвигах, о доблестях, о славе  
в газете речь. И мне слова слышны,  
  
видны очки в пластмассовой оправе,  
тяжелый гребень над седой копной —  
трофей, добытый в городе Бреславле.

Ни музыка, ни смех, ни шум дневной  
не отвлекут теперь ее вниманья,  
отгородясь газетой, как стеной,  
она погружена в воспоминанья,  
и во сто крат реальнее Вчера,  
чем-то, чему уже не дать названья.

## ГРЕЧЕСКАЯ ЦЕРКОВЬ

*Теперь так мало греков в Ленинграде,  
что мы сломали Греческую церковь.*

Иосиф Бродский

После войны, в конце сороковых  
мы выслали всех греков из Одессы,  
а Греческую церковь сохранили.  
Мешают люди, а она, напротив,  
была примером сдержанности линий.

Их выселили с наших берегов  
в наш Казахстан из пограничной зоны  
для вящей безопасности границы,  
на всякий случай, проще говоря.

В столп соляной никто не превратился,  
взглянув назад. Метаморфоза эта  
произошла уже на новом месте.

Скарлато Калофати Хионаки  
Кафеджи Аврамопуло Фианго  
Чапони Андруцаки Григорьянц  
Мавромихали Роксомати Псанти  
Капитанаки Змирли Вальсамаки  
Афрано Каподистрия Варвати  
Граматикати Папазули Лефи  
Барбано Милониди Качиони  
Камбуроглу Констанди Паратино  
Скордили Аргериди Рафтопуло  
Зафири Марагопуло Панголо  
Стратиоглу Инглези Персияни  
Ливани Сербо Сирияни Булгар  
Морайти Прусаки Алжерино  
Румелиоти Буга Войскобуло

<sup>1</sup> Одесса в русской поэзии: поэтическая антология.  
Сост. А.М.Рапопорт. М., Грифон. 2012.

Сидери Ориздатис Миколай  
Теохарида Стой Цицильяно  
Аллести Каламара Стаматаки  
Метакса Антанопуло Кондури  
Верготи Анагнати Провизьяно  
Сурмели Трано Джуси Карайни  
Имбери Сили Биязи Мускати  
Полита Критико Янжули Минчиаки  
Мирони Лука Димо Яни Праси  
Ханджогло Костанжогло Россолимо  
Родостиано Хаджи Дигопуло  
Апостолиди Христо Ангелаки

Внутри прохладно. Несколько старух  
стирают пыль, оплыvший воск счищают,  
горит лампада перед Приснодевой,  
святые здесь напоминают паству,  
которой след давно уже остыл.

Когда звонят колокола соседей  
с Преображенской, с Пушкинской, с Соборной  
им Греческая церковь отвечает,  
как равная, неспешно и спокойно...  
Здесь все, как прежде. Но уже — без греков.

### БАЛЛАДА ИЗГНАНИЯ

*Он был легко одет, перед отплытием  
я подарил ему свою шляпу.*

*Из воспоминаний чекиста*

Как холодно в Одессе в феврале!  
Мерцает Водолей на небосводе,  
бело на море, словно на земле,  
мороз и ветер — кавардак в природе.  
Снег вперемешку с ледяной крупой  
обрушился, как божье наказанье;  
изгой и вождь, преступник и герой  
сегодня отправляется в изгнанье.  
Он смотрит сквозь нечистое стекло  
летящей в белый сумрак спецмашины,  
его везут, ему не повезло  
но будет время выяснить причины.  
Шофер газует, давит на педаль,  
на перекрёстках поминает чёрта...  
«Знакомый город, чуть не ville natale,  
знакомый путь — с окраины до порта.  
Куда как скучно сохранять уклад  
отцом и дедом созданный с любовью,  
и, жизнь ценя, не строить баррикад,  
предпочитая Тору и торговлю.  
Здесь кровь прольют — во время грабежа,  
с иронией воспримут смену флага

и риск поймут лишь ради барыша,  
а не во имя мирового блага».

...От станции Раздельная его  
домчат без остановок до причала,  
где ждёт «Ильич». «Названье каково! —  
он бросит. — Хорошо б не укачало...»

Как холодно в Одессе в феврале  
у берега. Вот человек по трапу  
спускается: «Багаж на корабле.  
Прошу Вас...» И протягивает шляпу.

Куда теперь? И что за морем ждёт?  
Им плыл Улисс, с ним пленная Гекуба...  
Дар ГПУ его убережёт  
от инфлюэнзы, не от ледоруба.

*Греческая церковь* — освящение храма Святой Троицы, что на пересечении Троицкой и Екатерининской улиц, произошло весной 1808-го года. По 1917 г. на территории храма происходили погребения выдающихся греков. С 1936 по 1941 год храм был закрыт, имущество его разграблено. После высылки греков из Одессы греческая община храма перестала существовать. С 1954 по 1999 года при церкви существовало подворье Александрийского патриарха в РПЦ, богослужения совершались на греческом и церковно-славянском языках, а все экзархи были гражданами Греции. В настоящее время Свято-Троицкая церковь — храм Одесской епархии Украинской православной церкви.

В феврале 1929 года прототип этого стихотворения был выслан за пределы СССР, Одесса стала последним пунктом на его пути из алма-атинской ссылки на турецкий остров Принципо.

«...Москва стояла у телеграфного провода и торопила. Срочно развели пары на пароходе «Ильич». В Одессу наш поезд прибыл 10-го ночью. Я глядел через окно на знакомые места: в этом городе я провел семь лет своей ученической жизни. Наш вагон подали к самому пароходу. Стоял лютый мороз. Несмотря на глубокую ночь, пристань была оцеплена агентами и войсками ГПУ. Здесь предстояло проститься с младшим сыном и невесткой, разделявшими наше заточение в течение двух последних недель. <...> «Ильич» без груза и без пассажиров отчалил около часа ночи. На протяжении 60 миль нам покладывал дорогу ледокол. Свирепствовавший здесь штурм лишь слегка захватил нас последним ударом крыла. 12 февраля мы вышли в Босфор». (Лев Троцкий. МОЯ ЖИЗНЬ. ОПЫТ АВТОБИОГРАФИИ, т. 2.)

**Олег Спиридовон**

## **МОИ БАБУШКИ (несколько отрывков из рассказа)**

*Предисловие проф. М. Е. Бурно*

*К практической терапии проникновенно-творческим погружением в прошлое*

Олег Викторович Спиридовон помогал как психолог детям и подросткам, пока был здоров. См. его очерк «Работа психолога с дефензивными детьми и подростками» (Практическое руководство по Терапии творческим самовыражением. Под ред. М. Е. Бурно и Е. А. Добролюбовой. — М.: Академический проект ОППЛ. 2003, 485 – 488) Очерк заканчивается так. «Моя работа с детьми — это и мое творческое самовыражение. В каждом приходящем ребёнке и взрослом я вижу прекрасный, но ещё не распустившийся цветок; ракушку, которая ещё не осознаёт, какая прекрасная жемчужина таится в ней» (с. 488).

Теперь Олег Викторович пишет психотерапевтические рассказы о своём детстве, о своей родине (донской хутор). Попросил меня дать предисловие к ним и помочь где-нибудь опубликовать, чтобы помогали страдающим людям. Рассказы настолько безыскусственно человечны, что способны оживить во многих пациентах целительное желание тоже изучать свою душу, свою прошлую жизнь и писать обо всём этом

В сущности, это есть серьезное побуждение к терапии проникновенно-творческим погружением в прошлое с созданием рассказов о том, что слышал от близких людей и сам пережил. В духе нашей Терапии творческим самовыражением.

Вот несколько отрывков из рассказа «Мои бабушки».

Всю свою жизнь (мне 55 лет) я живу в Москве, а моя душа — на Родине, на Дону.

Так и разрываюсь всегда между семьёй, работой в Москве и Доном.

Родная бабушка Надя и Баба Таня жили в хуторе Теркине Серафимовского района Волгоградской области. Жили они в соседях, и забора между их домами никогда не было. В детстве я чувствовал, что у меня две родные бабушки. Жили они очень скромно, а порой даже бедно.

Всегда мои бабушки жили как родные люди, поддерживая и помогая во всём друг другу.

У моей бабушки Нади муж прошёл всю войну и умер в мирное время от ран. У бабы Тани муж погиб в начале войны. Бабушка Надя одна вырастила двух сыновей. Оба стали подполковниками Советской Армии. Старший — Сергей, младший — Виктор, мой отец. У бабы Тани не было детей.

Всю жизнь бабушки работали в колхозе и выживали, как могли: долгое время за трудодни, без оплаты, без паспортов. Бабушка Надя шила, а чаше перекраивала и перешивала старую одежду землякам. Благодарили её, чем могли. Баба

Таня любыми правдами и неправдами держала корову, сама её пасла и косила сено.

Мой отец, Виктор Владимирович как-то в сердцах сказал, что мои земляки всегда были полуголодными, хотя колхоз был богатым: с огромными сельхозугодьями, коровником, свинарником и птицефермой.

В середине зимы у хуторских крестьян наступал настоящий голод. Всё съедено, животину кормить нечем. За собирание колосков на поле, за горсть комбикорма, за кружку колхозного молока — тюрьма или ссылка. Все ждали прихода весны. С появлением первой травки возникало ощущение продолжения жизни. Собирали и ели всё: крапиву, лебеду, корневище чакана (камыша), птичьи яйца, прошлогодние жёлуди, в прруду днем ловили карасиков. Из-за голода и недостатка сил некоторые мужчины косили траву на коленях.

Если повезёт, мой отец с другими ребятами ловили в степи весенних худых сурчиков. Находили норы в степи, приносили ведро воды, заливали один вход норы водой, а у другого выхода караулили сурчика. Сурчики весной были очень худыми, кожа да кости. Но всё-таки это было мясо! Моя бабушка говорила отцу: «Ну что, сурчиков ел? Тогда не подходи, целоваться не буду!»

Гостить на Дону у моих бабушек я стал с двух лет.

В один из приездов моя мама, Александра Николаевна, очень похудела и осунулась от родов и болезни. Мои бабушки сразу взяли маму под опеку. Лучшая еда, отдых, а главное искренняя душевность и забота. Баба Таня, как только походит корову, рано в 4 – 5 утра, сразу приносила литр теплого парного молока маме. Мама кушала молоко (в хуторах не говорят пить молоко, его едят) Мама кушала молоко и крепко засыпала.

Когда мама уезжала, она очень похорошела и стала гладкой. У нас на Дону есть выражение как оценка здоровья женщины — гладкая. Это значит женщина в теле, не толстая, а именно здоровая, естественная полнота.

Последний раз я видел бабушку Надю у своего брата Владимира в городе Серафимовиче. Она уже тяжело болела и с трудом ходила. Но к нам в Москву бабушка переехать отказалась, не желая покидать родные места. Когда я приехал с отцом, и она нас увидела, она заплакала и всё

время повторяла нараспев: «Милаай мои, милааи мои!»

Баба Таня пережила бабушку Надю на несколько лет. Мы неожиданно приехали с папой в хутор Теркин повидаться с бабушкой Таней. Она уже плохо слышала, и мы её долго звали, так как она была на огороде. Увидев нас, она заплакала. И когда я её обнял, я почувствовал, как она постарела и высохла. Только большие натруженные руки остались такими же ласковыми и тёплыми.

Баба Таня пригласила нас в дом поесть яишенки на сале и чем Бог послал. Я сразу не смог войти в дом, повернулся за угол и горько заплакал, понимая, что вижу бабушку Таню в последний раз. Я рыдал навзрыд, со спазмами, задыхаясь от слёз. Как в калейдоскопе, у меня проносились воспоминания о бабушке Наде, бабушке Тане и о других земляках, которых уже нет.

Так вместе с моими бабушками уходило моё детство.

## **Российская научная конференция «ОШИБКИ И ЗАБЛУЖДЕНИЯ В ПСИХИАТРИИ»**

**17 июня 2023 г., Ростов-на-Дону**

**Цель конференции:** обсуждение сложных и спорных вопросов патогенеза, клиники, дифференциальной диагностики и терапии психических расстройств. Формат конференции – очное образовательное мероприятие. Тезисы можно подать до 17.05.2023

Организаторы: кафедра психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, РОП.

Место проведения: лофт-пространство «Библиотека» (Ростов-на-Дону, 13-ая линия, 34).

Техническим организатором конференции является ООО «Конгресс-бюро «Прогресс»:

www.progrexpo.ru  
8(918)740-48-29. 8(918)740-48-25  
congress progress@mail.ru

## АНТРОПОЛОГИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЯ (курс из 10 лекций он-лайн)

С марта 2023 г. известный психиатр и независимый исследователь из Иерусалима **Иосиф Зислин (Josef Zislin)** начинает читать в СВОБОДНОМ УНИВЕРСИТЕТЕ курс лекций «АНТРОПОЛОГИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЯ».

Цель курса — показать, какие оптики и языки можно использовать для описания как душевной нормы, так и душевой патологии из арсенала лингвистики, социологии, истории, антропологии.

Записаться на курс можно на сайте Свободного университета:  
<https://freemoscow.university> (курс бесплатный).

### ПЛАН ЛЕКЦИЙ

1. Психиатрия как клиническая дисциплина. Психиатрия в XIX – XX вв. Краткий исторический экскурс. Что такое антропология медицины и антропологическая психиатрия. Что общего и в чем различие (три антропологии для психиатрии).
2. Психиатрия клиническая, биологическая, психоаналитическая. динамическая, нарративная, транскультуральная. смена парадигм в XX веке. Проблема классификации в психиатрии. Проблема патологии личности и вопрос о психопатиях («моральное уродство» и «вырождение» — как менялся смысл этих понятий на протяжении 150 лет).
3. Понятия нормы и патологии в психиатрии в сравнении с понятием нормы в других дисциплинах. Эмное и этное в антропологии и психиатрии. Психиатр как историк и психоаналитик как антрополог.
4. Транскультуральная психиатрия от Крепелина до наших дней. Вертикальные и горизонтальные транскультуральные синдромы. Симуляция как культурный феномен. Синдром коро и проблема фольклорного мотива.
5. Лингвистика и психиатрия. Нужна ли «лингвистическая психиатрия». Ностратическая теория и генетика для психиатрии. Текст и реальность в психиатрии. Патографии. Психозы в ситуации двуязычия. (билингвальные психозы и психозы эмигрантов).
6. Шизофрения и депрессия в транскультуральном освещении. Фабула и сюжет бреда.
- 7 – 8. семинары. Слушатели представляют случаи из художественной литературы по собственному выбору и анализируют их.
9. Психиатрия и религия. Иерусалимский синдром, флорентийский синдром. синдром Белого дома. Философия обсессивно-компульсивного нарушения
10. Остенсия. Моральные паники. Суициды. Как общество воспринимает психиатрию. Анализ видеозаписи клинического интервью (разрешенного к публичному просмотру).

Заключение, итоговое собеседование.

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Белова О.* Этнокультурный стереотип: между нормой и антинормой // Норма и аномалия в славянской и еврейской культурной традиции / Отв. ред. О. В. Белова. М.: 2016.
- Бергер Е.* Шарлатаны, симулянты, колдуны... // Французское общество в эпоху культурного перелома. — М.: 2008, 41–44.
- Березкин Ю.* Африка, миграции, мифология. Ареалы распространения фольклорных мотивов в исторической перспективе. СПб.:2013.
- Гильбурд О.* Шизофрения: Семиотика, герменевтика, социобиология, антропология. М.: 2007.
- Дандес Аллан.* Фольклор: семиотика и/или психоанализ: Сборник статей. / Пер. с англ. Сост. А. С. Архипова. — М., 2003. — 279 с.
- Зислин И.* Три лица психиатрии: этнографический, транскультуральный, антропологический // «Независимый психиатрический Журнал», (часть 1), № 1. 2018, 18 – 25 // ч. 2. 2018. № 2, 13 – 18ю
- Зислин И.* Очерки антропологической психиатрии. М.,2023.
- Коротаев А., Халтурин Д.* Мифы и гены. Глубокая историческая реконструкция. Ленанд. 2022.
- Куперман В.* Зислин И. Симуляция психоза. Семиотика поведения // Сб. ст. Русская литература и медицина. Тело, предписания, социальная практика. Ред. К. Богданов, Ю. Мурашов, Р. Ницколози. М., 2006, 290 – 302.
- Реутин М.* Массовые психозы в Европе позднего средневекования// НАУКА. ИСКУССТВО. КУЛЬТУРА Выпуск 2(6) 2015, 108 – 135.
- Савенко Ю. С.* Введение в психиатрию. Критическая психопатология. М.: Логос. 2014.
- Тогоева О. И.* «Мне день и ночь покоя не дает мой черный человек...»: Демоны одержимых во Франции XVI века // In Umbra: Демонология как семиотическая система / Отв. ред. и сост. Д. И. Антонов, О. Б. Христофорова. Вып. 5. М.: 2016, 239 – 258.
- Томас Хилланд Эриксен.* Что такое антропология? Пер.англ. Москва, 2014
- Христофорова О.* Гнетке — сонный паралич? Необычное между фольклористическими и медицинскими классификациями // Шаги/Steps. Т. 6. № 4. 2020, 101 – 125.
- Якобсон Р.* К языковедческой проблематике сознания и бессознательного//Якобсон Р. Язык и бессознательное. М., 1996.
- Crow T.* Schizophrenia as the price that homo sapiens pays for language: a resolution of the central paradox in the origin of the species // Brain Res Brain Res Rev. 2000 Mar;31(2 – 3):118 – 29.
- Ivana S. Marková, German E. Berrios* Epistemology of Psychiatry // Psychopathology 2012. V. 45. P. 220 – 227. <https://freemoscow.university/schools>.

# НЕКРОЛОГ

---

## Владимир Антонович Точилов (1948 – 2023)



### ОТ РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА ПСИХИАТРОВ

С глубоким прискорбием сообщаем, что 20 января на 75-ом году жизни после тяжёлой болезни ушёл из жизни крупный отечественный психиатр, доктор медицинских наук, профессор, консультант Санкт-Петербургской Психиатрической больницы св. Николая Чудотворца Владимир Антонович Точилов.

Владимир Антонович родился 10 июля 1948 года в г. Архангельске. Своё знакомство с психиатрией он начал в кружке СНО кафедры 1-го ЛМИ. После окончания интернатуры по психиатрии в 1973 г. был аспирантом Психоневрологического института им. В. М. Бехтерева, заведовал одним из отделений психиатрической

больницы им. Скворцова-Степанова, которое в те годы курировал профессор Ю. Л. Нуллер. Начатая там работа под руководством этого выдающегося учёного во многом предопределила всю дальнейшую врачебную и творческую судьбу В. А. Точилова. Своими учителями он также считал доцента С. И. Когана, профессоров В. К. Смирнова и Ф. И. Случевского.

Большая часть жизни В. А. Точилова связана с Психиатрической больницей № 2 (ныне — Психиатрическая больница св. Николая Чудотворца), где он ещё в студенческие годы работал санитаром, а затем прошёл путь от зав. отделением до заместителя главного врача по лечебной рабо-

те. В 1980 году под руководством Ю. Л. Нуллера Владимир Антонович защитил кандидатскую диссертацию «Применение малых транквилизаторов для исследования и лечения эндогенных депрессий». В 1984 году был избран ассистентом кафедры психиатрии и наркологии ЛГСМИ (позже — СПбГМА им. И. И. Мечникова). В 1994 году защитил докторскую диссертацию «Аффективные психозы: клиника, синдромообразование, терапия». С 1993 по 2011 г. заведовал кафедрой. Являлся одним из организаторов городских межвузовских студенческих конференций по психиатрии, одним из инициаторов возобновления издания и ответственным секретарём журнала «Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В. М. Бехтерева», участником Международного фонда «Женевская инициатива в психиатрии». Активно способствовал процессу гуманизации российской психиатрии. В последние годы жизни Владимир Антонович работал консультантом Психиатрической больницы св. Николая Чудотворца и с 2013 по 2019 гг. — профессором научно-клинического и образовательного центра «Психотерапия и клиническая психология» Института высоких технологий СПбГУ. Был членом диссертационного совета при ВМедА им. С. М. Кирова, членом аттестационной комиссии по психиатрии Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга.

В. А. Точилов — крупный специалист в области аффективной патологии и психофармакотерапии. Он являлся автором почти 200 публикаций, посвященных клинике, лечению и профилактике аффективных расстройств, клинической психофармакологии, биоэтике, организации психиатрической службы, истории психиатрии. Под его руководством было защищено более 10 кандидатских диссертаций. Яркий представитель ленинградской школы психиатрии, незаурядная личность, талантливый врач, учёный, педагог и наставник профессор Точилов обладал независимым складом ума, широкой эрудицией и удивительной харизмой, умел пробудить интерес к психиатрии и благодарность у всех присутствовавших на его лекциях и клинических разборах студентов, клинических ординаторов, врачей. Эти события всегда отличались яркостью, живостью, глубоким знанием психопатологии, изобиловали примерами из богатой личной практики, оказывались непревзойдённой школой врачебного мастерства для психиатров нескольких поколений. Владимир Антонович пользуется любовью и уважением коллег и своих многочисленных учеников.

Психиатрическая общественность выражает глубокое соболезнование родным и близким Владимира Антоновича. Мы скорбим вместе с ними и храним о нём добрую, светлую память.

## ОТ НЕЗАВИСИМОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ АССОЦИАЦИИ РОССИИ

Прочувствованное, разделляемое и нами, прощальное слово о Владимире Антоновиче удивительным образом не упоминает о двух его выдающихся нестандартных вкладах — наряду с научной, преподавательской и врачебной деятельностью — поистине китах: пожалуй, самой основательной конструктивной критике МКБ-10 и создание и руководство им Ленинградской психиатрической ассоциацией, которая с его учителем Ю. Л. Нуллером шла параллельным с НПА России курсом, отличаясь в основном только тем, что была еще профсоюзом для своих членов. В течение нескольких лет, в начале 90-х мы сотрудничали с ним и Юлием Львовичем Нуллером, я бывал у них дома и живо помню наше общение. Досадное расхождение по внепрофессиональному для нашей деятельности поводу в наших с ним выступлениях на одной из 6-серийных конференций «КГБ — вчера, сегодня, завтра», организованных С. И. Григорьянцем, активно закреплялось усилиями полит-менеджера Ворена (Брикса), с момента его вынужденного превращения из руководителя организации по борьбе с использованием психиатрии в политических целях (ЛАРУР) в руководителя организации по борьбе с политической психиатрией, названной позднее «Женевской инициативой в психиатрии». Надо ли говорить, что сам этот метаморфоз, последовавший за ликвидацией

в WPA Комитета по расследованию злоупотреблений психиатрией, в наивной радости крушения тоталитарного режима в России, был следствием мощных политических влияний. Во-преки этому наши организации шли общим профессиональным курсом, как и наши выступления на знаковых конференциях в Санкт-Петербурге и Москве, начиная с наших кандидатских диссертаций, в которых мы, в частности, обосновали использование малых транквилизаторов в качестве предикторов психотического уровня депрессионных расстройств, и кончая критикой МКБ-10. Владимир Антонович, как никто другой, наряду с критикой, ясно показал, что использование МКБ-10 в отечественной адаптации очень далеко от строгих общепринятых международных правил с опорой на специальные вопросы, различные версии, дополнительные шкалы и т.п. Этому силовое поле политизированной действительности помешать не могло.

Лучшей и необходимой данью памяти Владимира Антоновича, важной и для всех нас, было издание сборника его работ.

От лица членов нашей Ассоциации приношу глубокие соболезнования родным Владимира Антоновича и его друзьям.

**Ю. С. Савенко**

## РЕКОМЕНДАЦИИ

---

**Ясперс Карл.** Вопрос о виновности. М., 2023.

**Ясперс Карл.** Разум и экзистенция. М., 2013, 2023 (помещены также работы «Философия экзистенции», «Разум и противоразум в наше время»).

**Шелер Макс.** К идее человека. М.-СПб., 2022.

**Хайдеггер М.** Постижение смысла. СПб., 2022.

**Бердяев Николай.** О духовной буржуазности. М., 2022.

**Рассел Бертран.** Введение в математическую философию. М., 2023.

**Никоненко С. В.** Философия Бертрана Рассела в контексте отечественной философской мысли (помещены избр. очерки Б. Рассела). СПб., 2023.

**Хинтикка Яакко.** Принципы математики: новый взгляд. Революция в логике? М., 2022.

\* \* \*

**Уотмор Ричард.** Что такое интеллектуальная история? М., 2023.

Переписка Фридриха Ницше и Эрвина Роде. История одной дружбы. М., 2022.

**Хейзинга Йохан.** Эразм. М., 2022.

**Эйнштейн А.** Относительность. Мои искания и стремления. М., 2020.

**Вольфлин Генрих.** Основные понятия истории искусства. М., 2022.

**Холланд Том.** Доминион. История об одной революционной идее, полностью изменившей западное мировоззрение. М., 2021.

\* \* \*

Атлас по психиатрии (в 2 кн.). Сост. Ю. В. Ковалев (Ижевск). М., 2023.

**Гаррабе Жан.** История шизофрении. СПб., 1999, 2023.

**Жуве Мишель.** Наука о сне. М., 2021.

\* \* \*

**Пастуро Мишель.** Символическая история европейского средневековья. СПб., 2019.

**Пастуро Мишель.** Цвета нашей памяти. СПб., 2019.

**Пастуро Мишель.** Желтый. Синий. Красный. Зеленый. Черный цвет. М., 2022. (5 книг).

\* \* \*

Россия глазами иностранцев. Литературная матрица. Сост. Д. Соловьев СПб., 2023.

**Насонов А. Н.** Монголы и Русь. История татарской политики на Руси. М., 2022.

**Фюрекс Эммануэль.** Оскорбленный взор. Политическое иконоборчество после Французской революции. М. 2022.

**Горовец Брайан.** Владимир Жаботинский. Русские годы (1900 – 1925), М., 2023.

**Белль Г., Копелев Л.** Почему мы стреляли друг в друга. СПб., 2016.

**Вольф Маркус.** Игра на чужом поле: тридцать лет во главе разведки. М., 2023.

**Мишаль Н., Бар-Зохар М.** Амазонки Моссада. М., 2023.

**Коцюбинский Даниил.** Новый тоталитаризм XXI века. СПб., 2022

**Линдгрен Астрид.** Нет насилию. М., 2019.

\* \* \*

**Ионин Леонид.** Драма жизни Макса Вебера. М., 2022

**Василий Розанов.** Глазами современников. СПб., 2022.

**Крюгер Хорст.** Разрушенный дом. Моя юность при Гитлере. М., 2022.

\* \* \*

**Майринг Густав.** Чатрахарна – благородный верблюд. М., 2023.

**Памук Орхан.** Черная книга (роман). М., 2022.

# ABSTRACTS

---

## Free reflections on psychotherapy

*Viktor Kagan*

The article discusses the professional first concept of psychotherapy, psychotherapy as a transdisciplinary practice, based on the author's approach of personological hermeneutics. Persona is understood through the category of Existence. The transdisciplinary model of the person and psychotherapy, including natural-scientific, sociocultural, psychological and metaphysical discourses, is proposed. The possibility of building a therapeutic dialogue based on the proposed model are discussed.

**Keywords:** psychotherapy, transdisciplinary practice, psychotherapy process, psychological hermeneutics

## Psychotherapist personality. Konstorum readings

Presented are the abstracts of the annual, already 27th year, Konstorum Readings — a conference held by the Society of Clinical Psychotherapists under the auspices of the IPA of Russia, dedicated to the founder of Russian clinical psychotherapy Semyon Konstorum. This time the unifying theme was the role of the personality of the psychotherapist-psychiatrist and psychotherapist-psychologist with its congruence to the patient, his situation and the chosen method of psychotherapy — the method of creative self-expression of prof. Mark Burno.

**Keywords:** psychotherapist personality; psychotherapist-psychiatrist; psychotherapist-psychologist; method of therapy by creative self-expression of prof. Mark Burno.

## 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 unlicensed 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.

## Application by the courts of the provisions of the code of administrative procedure of the Russian Federation when considering cases of challenging actions and decisions of psychiatric institutions

*Yu. N. Argunova*

The decision of the Plenum of the Supreme Court of the Russian Federation of June 28, 2022 No. 21 «On some issues of application by the courts of the provisions of Chapter 22 of the Code of Administrative Procedure of the Russian Federation and Chapter 24 of the Arbitration Procedure Code of the Russian Federation» is considered in terms of clarifications regarding the rules for applying Chapter 22 of the CAP of the Russian Federation in resolving disputes between patient and psychiatric organizations.

**Keywords:** patient's rights; appeal against mental health service's actions

## Reflections on suicidal behavior My fine and distant future, please don't be so cruel

*E. B. Lyubov*

Suicidal behavior (SB) is major public health concern. In recent decades, there have been many welcome developments in understanding SB. Despite these developments, though, considerable challenges remain. Accuracy of suicide risk prognosis is no better today than it was half a century ago. The lack of scientific evidence and comprehensive theory delay the development of personalized treatment and prevention of SB. Promising ways of development and growth points of further research are shown. New developments and challenges in research and practice were synthesized, giving due attention to implications for psychosocial interventions. Key new developments and challenges include: employing novel techniques to improve the prediction of SB; testing and applying theoretical models of SB; harnessing new technologies to monitor and intervene in suicide risk; expanding SB prevention activities to low and middle-income countries; moving toward a more refined understanding of risk groups and developing tailored interventions; importance of multidisciplinary working and the challenges of implementing interventions in practice.

**Keywords:** suicidal behavior, challenges, new technologies, risk factors.

# «НЕЗАВИСИМЫЙ ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ»

Индекс для подписчиков: 73291

- 1991, I:** Устав НПА — Антипсихиатрия сегодня — Индукция.
- 1992, I-II:** О предмете советской психиатрии — Проблемы бреда — Доклад комиссии WPA о визите в СССР в 1991 г.
- 1992, III-IV:** Дело генерала Петра Григоренко.
- 1993, I-II:** Интрацепция и ипохондрия — Проблема идентификации — Практика и техника психоанализа.
- 1993, III-IV:** Взгляд на amer. психиатрию XX в. — Границы sch.
- 1994, I:** Нелекарственная терапия психозов — Выбор приоритетов — Типология деперсонализации — Франц. законодат-во.
- 1994, II:** О бреде — Феноменология меланхолии.
- 1994, III:** Деят. НПА за 1989–1993 гг. — Ответствен. за незаконное стационирование — Врач. тайна — О школе Столбунова.
- 1994, IV:** Психоанализ в противоречиях — Биографический метод — Терапия смыслотраты.
- 1995, I:** Валотек. sch. — О диагн. — Мит. Антоний о мед. этике.
- 1995, II:** Об институциональной психотерапии — О границах психотерапии — Об этнопсихиатрии — Дело АУМ.
- 1995, III:** DSM-IV — Бенедетти о психотерапии шизофrenии — Психология свидетельских показаний.
- 1995, IV:** Гематол. психоонколог. — Психохирургия — Представительство интересов психич. б-ных — VII съезд НПА и XII съезд РОП.
- 1996, I:** Ясперс о бреде ревности (1) — Психиатрия и права человека — О мышлении по аналогии — Б-нь Гоголя.
- 1996, II:** Ясперс (2) — Психиатрия и нейрофизиология — Психиатрия в III Рейхе/ГДР и СССР/России — Обращение в Думу.
- 1996, III:** Ясперс (3) — Клинический разбор — Образ человека и мозг — Правовые казусы — О психоанализе.
- 1996, IV:** Ясперс (4) — Конгресс в Мадриде — Психиатрия и религия — Памятка для пациентов об их правах.
- 1997, I:** Интуиция в психиатрии — Новая парадигма. I — Спор.
- 1997, II:** Предложения к Закону — Метод идеальных типов — Новая парадигма. II — Психиатрический ГУЛАГ.
- 1997, III:** Сто лет психоанализа — Новая парадигма. III — Психиатрия и религия — Развитие испанск. психиатрии.
- 1997, IV:** Гуссерль и Ясперс — Новая парадигма. IV — Юбилей Бехтерева — Патографии Ленина и Хрущева.
- 1998, I:** Гуссерль и Ясперс — Новая парадигма. V — Законы о наркотиках — Экспертиза Бехтерева по делу Бейлиса.
- 1998, II:** Деят. НПА в 1997 г. — Разв. психиатрич. помощи в России — Этич. стандарты в психиатрии — Детская психиатрия.
- 1998, III:** Структура идентичности и психоз — О предмете социальной психиатрии — “Тирания психиатрии” и “тирания права” — Сорокин об ошибке русской интеллигенции.
- 1998, IV:** Конц. психопатол. диатеза — Полемика о борьбе с наркоманиями — Психиатрия и религия — Курт Гольдштейн.
- 1999, I:** Курт Шнейдер. Религиозная психопатология (1) — Психотерапия — Эксп. “Свид. Иеговы” — Басня о психотр. оружии.
- 1999, II:** Шнейдер (2) — Социальная психиатрия — Психотерапия — Всероссийский семинар к 10-летию НПА.
- 1999, III:** Шнейдер (3) — Тенд. рос. психиатрии — Экспертиза сайентологов — Психотер. sch. — Веро и культура.
- 1999, IV:** Кризис современной психиатрии — ЭЭГ при молитве и голодании — Психиатрия и религия — Дело Платона Обухова — Этика экспертизы — Принуд. леч. огранич. вмениемых.
- 2000, I:** Рилько — Об-ва родств. б-ных — Полемика — Проект Закона.
- 2000, II:** Кассирер: Техника политических мифов — “Открытый диалог” — Экспертиза парасуицида — Корсаковская экспертиза — Дело Шмита (1) — Клинич. психотер. — Религия.
- 2000, III:** Критика МКБ-10 — Психофармакология — Социальная и судебная психиатрия — Дело Шмита (2).
- 2000, IV:** X-ый съезд НПА России: Проблема доверия — Обсессивный синдром — Опасные действия больных — Ганнушкин — Зейгарник — XIII съезд психиатров России.
- 2001, I:** X съезд НПА России — проблема доверия — Дискуссия о судебно-наркологической экспертизе — Парадоксы невменяемости — Концепция “промывания мозгов” — фальшивка ЦРУ — Об экспертизах сайентологов и иеговистов.
- 2001, II:** Экзистенциальный анализ восприятия князя Мышкина — Психопатол. диатез — О психич. здоровье и состяз. эксп. — Экспансия идеологии на психич. здоровье.
- 2001, III:** Крепелин — Нет — метадону — Признаки упадка психиатрии (1) — Эпическая терапия — Дело Столбунова.
- 2001, IV:** Кронфельд — Психология в психиатрии — Признаки упадка отечественной психиатрии (2) — Положение психически больных в регионах России — Психиатрия и религия.
- 2002, I:** Русский Пинель — Саблер — Кронфельд — Врачебная тайна — Письмо из Бутырок — Наркомания и генетика.
- 2002, II:** Балинский — Кронфельд — Регуляция психиатр. помощи — Психиатрия катастроф — Эксп. Буданова — Доклад ВОЗ.
- 2002, III:** Якобий — Кронфельд — Регуляция психиатр. помощи — Наркология — Экспертиза Буданова — XII конгресс WPA.
- 2002, IV:** Роршах — Пленарные лекции конгресса WPA — Судебно-психиатр. экспертиза и новый ГПК — Иск к Библии — О гипнозе — Съезд психотерапевтов.
- 2003, I:** Н. Гартман — Эксп. Буданова 3 — Пресса и психич. здоровье.
- 2003, II:** Рохлин — Фрумкин — О предмете психиатрии — Мониторинг ПБ России 1 — Феноменология депр.
- 2003, III:** Ясперс — Ануфриев — Критика поправок закона — Эксп. Буданова 4 — Аутистич. мышл. — Фуко.
- 2003, IV:** Штернберг — Есенин-Вольпин — Дело Ракевич — Демедицинация — Эксп. оценка психич. ретардации.
- 2004, I:** Снежневский — Псих. инфантилизм — Мониторинг ПБ — СПЭ.
- 2004, II:** 15-летие НПА России — Патогенез энд. депр. — СПЭ — Что такое “контроль сознания”?
- 2004, III:** Розенштейн — Мониторинг ПБ — Отрав. психоакт. в-вами — Кризис психиатрии — Новая редакция закона.
- 2004, IV:** Корсаков — Шизофrenия — О реформе психиатрической помощи — “Обезьянний процесс” — Тюремная медицина.
- 2005, I:** Кандинский — Наркополитика — Множественная личность — Интервью Ясперса — Восп. об акад. Харитоне.
- 2005, II:** Папа Иоанн Павел II — Конфликт интересов — “Обоснование” упразднения негосуд. СПЭ — Устав НПА.
- 2005, III:** II мировая война — Расстройства памяти — О Ясперсе.
- 2005, IV:** 15 лет НПЖ — Диагностиц. системы — Лат. формы антипс. — Рекур. sch. — Съезды ВПА и РОП — О Ясперсе.
- 2006, I:** Крамер, Снесарев — Феноменологич. подход — Главн. пробл. психопатологии — Вклад феноменол. — Заместит. тер. — Литвак.
- 2006, II:** Крепелин, Фрейд — Факты и ценности в псих. д-зее — Европейский план действий по охране психического здоровья.
- 2006, III:** Уничт. пс. больных — Бассин — Фуко — Суд. пс. — О Ясперсе.
- 2006, IV:** Розанов — Лопес Ибор — Р-во критики — 38 ст. — Права б-х по жилищ. зак-ву — Реформы — Группы поддержки.
- 2007, I:** Кронфельд — Р-во критики — Периодич. болезнь — Установление инвалидности — Розанов 2 — Якобий.
- 2007, II:** XII съезд НПА — Концепция бреда — Аутоперсонамнезия — Политизация экспл. — Р-во критики 2 — Кронфельд.
- 2007, III:** Шпет — 15 лет Закону — Мезич — Реформа пс. службы — Дело Арап и Поповой — Практика Верховного Суда.
- 2007, IV:** 150-летия Бехтерева, Баженова, Яковенко — Соц. опасность — Место культуры в суд. психиатрии — Алекситимия — Кризисы развития — Суициды в армии — Дело Новикова.
- 2008, I:** Реформа пс. помощи — Общ. опасность — Законопроект НПА — Политика в пс.
- 2008, II:** 200 лет ПБ № 3 — Ревизия пс. категорий — Реформа — Леч. наркоманов — Опека недееспособных.
- 2008, III:** Навстречу МКБ-11 — Бред и мономания — Опека недееспособных 2 — 2 обезъянний процесс.
- 2008, IV:** Экспл. Сербского по делу Бейлиса — Феноменол. описание — Бред и сверцен.идеи — Нац.руководство — Аутоперсонамнезия.
- 2009, I:** 20 лет НПА — О состязательной экспертизе — Шизотипическое р-во и алк. — Игромания.
- 2009, II:** Письмо Президенту — Брентано — Штумпф — Гуссерль — Майер-Гросс — Переживание счастья — Симптомы, феномены, синдромы — Воспоминания Фейгенберга.
- 2009, III:** Аставацатуров — Гуревич — Гольдштейн — С экстаза — Груле 1 — О депр. — Горбаневская — Гоголь — О независ. экспл.
- 2009, IV:** Гете — Жислин — Детенгоф — Кризис психиатрии — Наукометрия — Акинезия — Груле 2.
- 2010, I:** Освенцим — Угроза психиатрии? — Груле 3 — Дух, душа, тело — В. Анфимов — Б. М. Сегал.
- 2010, II:** Балинский — Мережеевский — МКБ-11 — Алкогольная ситуация в России — Груле 4.
- 2010, III:** Чехов — Право и этика в рос. психиатрии за 20 лет — Параметричность — Обсессивный синдром — Берце: психология шизофрении 1.
- 2010, IV:** Пирогов — XIII съезд НПА — Антипсихиатрия — О добросовестности иссл. — Берце 2.
- 2011, I:** Мандельштам и ГНЦ им. Сербского — Ануфриев — Кризис науч. рациональности — Берце 3.
- 2011, II:** Дело Бейлиса — Антипсихиатрия — Против унит. концепции депрессии — Берце 4 — Реформа ин-та недееспособности.
- 2011, III:** Павловская сессия — Ипохондрич. р-ва — Алк. галлюцины — Игромания — Берце 5 — Я. Анфимов — Об Иосифе Бродском — Содействие полиции врачам-психиатрам.
- 2011, IV:** 20 лет НПЖ — Шизофазия — Якоб Клези 1 — Зиновьев — Ф. Случевский — В. Хлебников.
- 2012, I:** Дело врачей — Резидуальная sch — Купирование алк. абстиненций — Игромания — Клези 2 — Душевнобольной в церкви и обществе — Права недееспособного пациента.
- 2012, II:** IX том Бумке — Шизофrenия — Майер-Гросс — Резидуальная sch — Зоотерапия — Независимость эксперта.

- 2012, III:** А. Н. Бернштейн — Введение в общую психопатологию — Пространство и время — Клэзи — Ответ Петру Морозову.
- 2012, IV:** 20 лет закону о псих.помощи — Депрессии — Субъективно-избыточные эмоц.реакции — Дело с Болотной площади — Опыт псих. помощи в соматич. б-це — Представитель пац-та.
- 2013, I:** Ясперс: Вопрос виновности. — Критика стандартов и экспансии индукт. подхода. — Ценностная система пс. б-ных. — В ПНИ.
- 2013, II:** Бухановский. — Понимание доказательной медицины. — Рюмке о психотерапии. — “Контроль сознания”. — Ануфриев. — В коридорах власти. — Трагедия в Раменском.
- 2013, III:** Голодомор. — Дело Брэйвика и “русский Брейвик”. — Кронфельд. — Давыдовский. — Спортивная психиатрия. — История отеч. психиатрии. — В интернатах.
- 2013, IV:** 25 лет НПА. — Доказат. медицина в психиатрии. — Межполушарная асимметрия. — Аутизм. — Магаданский процесс. — Баженов: Русская революция. — Дело М. Косенко.
- 2014, I:** 25 лет НПА. Резолюция XIV съезда. — Аутизм. — Стигма. — Политика психич. здоровья. — Амб.тер.творч.самовыражения. — Европ. суд об условиях содержания больных. — Дело М. Косенко. — Выходящие общ. контроля.
- 2014, II:** I и II мировая война. — Исходы sch. — Эпидемиология и пс. помощь в Германии. — XIX Консторумские чтения. О свободе воли. — Диссиденты 1911 г. — Клерамбо. — Слиянне институтов.
- 2014, III:** Профил. направл. в отеч. пс. О доказат. медицине. Свобода воли в пс. Преодоление sch. 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. эксп. Психическое-соматическое. Границы прав прокурора на мед.тайну. Новое в реализации дееспособности. О конформизме. Отн.к ЭСТ. Детский аутизм (обзор). Очернение Сербского. Рос.-Укр. связи. XVI съезд WPA.
- 2015, I:** Война или здоровье? 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 — позиции России. “Норма” в психиатрии. Цинизм экспертов. Против реформы Кассо. Ошибка Википедии. Европ.конгресс пс. Добросовестн. в науке. Съезд Нац.мед. патологии. 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 НПЖ — XV съезд НПА: Деят. в 2014 — 16 гг. — Теоретич и филос. основы психиатрии. — Опыт изуч. Яспера. — Кронфельд. — Уменьш. вменяемость в Беларуси. — ПТСР как опроверг. “ложного диагноза”. — Незаконный перевод в ПНИ. — Психотерапия. — Письмо Баженова.
- 2017, I:** Реформа психиатрии. — Резолюция XV съезда НПА. — Рюмке. — Конгресс ЕАП. — Коморбидность. — Консторумские чтения.
- 2017, II:** 1937. — Клерикализ. наркологии. — СПб и Моск. школы. — Персонализиров. медицина. — Бредовой нарратив.
- 2017, III:** 25 лет Закону о псих.помощи. — Уник.дневник I. — Общ. опасность по-советски. — Каган о психотер. — Психотер. при авторитарном управлении.
- 2017, IV:** Психиатрия за 100 лет. — Уник.дневник II. — 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 словес. — Отн. к старости. — Рюмке. — Недобров.госпит. по иску прокурора. — Психол. помощь б-ным с религ.пережив.
- 2018, IV:** Воробьев. — Маслоу. — Профилактич.псих. — Психич.здоровье. — Тр-фобр-ва. — Рюмке. — Фальсификация в Омске. — Соц.психопатология. — Ист.отеч.психогигиены. — Семашко. — Л. М. Алексеева.
- 2019, I:** 30 лет НПА России. — Психиатрич.образование. — Психич.здравье. — Интернаты и суицид. — Рюмке. — Обжалов.физич.стеснения. — Право быть инаким. — Констор.чтения. — Оптимизация. — Котиков.
- 2019, II:** 100 лет экзистенциализма. — “Психология мировоззрений” Яспера. — 15 лет оптимизации. — Конвейерный перевод в ПНИ. — “Молодой хроник”. — СПЭ “умствен. отсталости”. — Психиатрич.подгот. в ЕС (обзор). — Констор.чт. — Тиганов. — Евтушенко.
- 2019, III:** Эфронимсон. — К теории психиатрии. I- Интердисциплинар. — Патокинез аф.опиоманов. — Федермессер о ПНИ. — Кризис пс. — Ист.пс. — Солдафонский стиль. — Пс/тер. Пьесы — Либерман.
- 2019, IV:** Сеченов. — Шпет. — Педология. — С. Л. Рубинштейн. — К теории пс. 2. — Первичн.мед.пом. и пс. — Суицидология. — Оспаривание пс.д-за. — Европ.комитет против пыток. I. — Обращ.к презид.к реформ. ПНИ. — Рибо. — Бергсон. — Жан. — Права не-дееспос. — Якутский шаман. — Пс. в лит-ре. — Буковский.
- 2020, I:** Гештальт-школа. — К теории пс. 3. — Чел.достоянство. — 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 — Неомрачаемость при маниак. — Гений места 2 — Ист.отеч.псих. — Переименования в пс. — Интервью Воробьева — Восп. Пивеня — Коронавирус в США
- 2020, IV:** Джагаров — 100 лет Центру Сербского — Р-во Я при sch — К теории пс. 6 — Пс. и искусство — Деньги и власть в пси.-культуре — О неомрачаемости — 15 лет упразднения негосуд. СПЭ — 2 волна исп.пс.? — Эпидемия ПТСР в Беларуси — Блейлер — Восп. Пивеня 2 — WPA — 100 лет Моск. НИИП — Семинары НПА — Стихи Кестнера — Ю. Орлов — В. Шкловский
- 2021, I:** В. В. Ковалев и борьба за Устав РОП — 30 лет НПЖ — Иззнака совр. псих. — К теории псих. 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:** Шмарян — Татаренко — Семиотика пс. — Райх о сов. пс. — Феноменол. подх. Бланценбурга — 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
- 2022, I:** Заявл. WPA — Дело врачей — Кропоткин — Семиотика пс. — Теория пс. — Письмо министру Здр. — Призыв НПА к РОП — О качестве СПЭ
- 2022, II:** Ясперс — Депр и тревога — Гнев и дисфория — Констор. чт. 2 — Корейша — Восп.4 — Виноградова — Шевченко
- 2022, III:** Заявл. НПА — Массовые движения — Куда идет отч. пс. — Политич. пс. — Отклики — Опрос ЕРА — Восп.5 — П.Морозов
- 2022, IV:** Богданов — Луначарскому — Континуал. д-ка — Биол. основы депр. — Психотер. в Беларуси — Политика — Иссл.шамана — Новый порядок диспансериз. — Ануфриев — Ист. НПА — Восп. 6

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