

ISSN 1028-8554

НЕЗАВИСИМАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ АССОЦИАЦИЯ РОССИИ  
INDEPENDENT PSYCHIATRIC ASSOCIATION OF RUSSIA

---

---

**НЕЗАВИСИМЫЙ  
ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ  
ЖУРНАЛ**

**INDEPENDENT  
PSYCHIATRIC  
JOURNAL**

**ВЕСТНИК НПА  
IPA HERALD**

**III**

**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.*  
101000, Москва, Б. Златоустинский пер., 8/7, стр. 1, оф. 312.  
Тел.: +7 925 200 81 69.

**Комиссия специалистов (по предварительному назначению)**  
работает по вторникам с 16 до 20 час., там же.  
E-mail: [nparinfo@gmail.com](mailto:nparinfo@gmail.com); [info@npar.ru](mailto:info@npar.ru)

## **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 ИПА  
IPA HERALD**

**III**

**2023**

МОСКВА

## Издание НПА

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 17.09.2023. Подписано в печать 25.09.2023. Формат 60×84 <sup>1</sup>/<sub>8</sub>.  
Бумага типографская офсет № 1. Гарнитура “Таймс”. Печать офсетная.  
Заказ № 2023-3-РА.

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

ТРАВЛЯ В АКАДЕМИЧЕСКОЙ СРЕДЕ. НЕВЫУЧИВАЕМЫЕ УРОКИ . . . . .	5
<b>К 130-летию Михаила Яковлевича Басова . . . . .</b>	<b>6</b>
<b>К 140-летию Леона Абгаровича Орбели . . . . .</b>	<b>9</b>
<b>ИЗ МЕМОРИАЛЬНОЙ КЛАССИКИ</b>	
<b>О Сессии «двух академий». Илья Аркадьевич Аршавский . . . . .</b>	<b>16</b>
<b>АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ</b>	
<b>Формальные нарушения мышления (психопатологическое и прогностическое значение) — В. И. Крылов (Санкт-Петербург) . . . . .</b>	<b>19</b>
<b>Пилотная оценка в стационаре клинических особенностей пограничного личностного расстройства у подростков — Е. В. Корень, Т. А. Куприянова . . . . .</b>	<b>28</b>
<b>КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ</b>	
<b>Что скрывается за психопатоподобным фасадом — генуинная эпилепсия или психопатоподобная шизофрения? — А. А. Шмилович, О. А. Гладкова . . . . .</b>	<b>34</b>
<b>ПСИХИАТРИЯ И ПРАВО</b>	
<b>Как гарантируют права пациента поправки в Закон о психиатрической помощи? — Ю. Н. Аргунова . . . . .</b>	<b>60</b>
<b>ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА</b>	
<b>Почему эксперты так редко рекомендуют амбулаторное принудительное лечение? . . . . .</b>	<b>66</b>
<b>ОТКЛИКИ, ОБСУЖДЕНИЯ, РЕЦЕНЗИИ</b>	
<b><i>Отклики на отмену 38-й статьи Закона о психиатрической помощи</i></b>	
<b>Госдума похоронила сразу два законопроекта, разработанных общественными организациями — Л. Н. Виноградова . . . . .</b>	<b>73</b>
<b>Правозащитники поднялись в психическую атаку — Н. Костарнова . . . . .</b>	<b>75</b>
<b><i>Чего не достаёт Рекомендациям в отношении ПТСР?</i></b>	
<b>Взгляд психолога — Л. Н. Виноградова . . . . .</b>	<b>77</b>
<b>Взгляд психиатра — Ю. С. Савенко . . . . .</b>	<b>79</b>
<b><i>По поводу запрета на смену пола</i></b>	
<b>Обращение НПА в Минздрав России . . . . .</b>	<b>81</b>
<b>Интервью о смене пола — А. Я. Перехов (Ростов-на-Дону) . . . . .</b>	<b>82</b>
<b>«Какие последствия нас ждут?». Письмо в НПА — крик о помощи . . . . .</b>	<b>86</b>
<b>Умозрение в красках — Б. Л. Лихтерман . . . . .</b>	<b>87</b>
<b>ХРОНИКА</b>	
<b>Обнута 38-я статья Закона о психиатрической помощи . . . . .</b>	<b>89</b>
<b>Ликвидированы Сахаровский центр и «АГОРА» . . . . .</b>	<b>89</b>
<b>Минздрав запретил аборт частным клиникам . . . . .</b>	<b>90</b>
<b>Очередная безрезультатная попытка повлиять на законодателя . . . . .</b>	<b>90</b>
<b>Дума запретила перемену пола . . . . .</b>	<b>91</b>
<b>Экспансия военного стиля . . . . .</b>	<b>91</b>
<b>Судьба якутского шамана как зеркало нашего судопроизводства . . . . .</b>	<b>91</b>
<b>ИЗ ПРАКТИКИ</b>	
<b>Комическое и драматическое в психиатрической практике — Б. Н. Пивень (Барнаул) . . . . .</b>	<b>93</b>
<b>ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ТВОРЧЕСТВО</b>	
<b>Жак Калло. Из серии офортов «Большие бедствия войны» . . . . .</b>	<b>95</b>
<b>НЕКРОЛОГИ</b>	
<b>Борис Васильевич Воронков . . . . .</b>	<b>98</b>
<b>Эмма Максимовна Рутман . . . . .</b>	<b>100</b>
<b>РЕКОМЕНДАЦИИ . . . . .</b>	<b>101</b>
<b>АННОТАЦИИ . . . . .</b>	<b>102</b>

# CONTENTS

BULLYING IN ACADEMIC ENVIRONMENTS. UNLEARNED LESSONS . . . . .	5
To the 130 <sup>th</sup> anniversary of Mikhail Yakovlevich Basov . . . . .	6
To the 140 <sup>th</sup> anniversary of Leon Abgarovich Orbeli . . . . .	9
FROM MEMORIAL CLASSICS	
About the Session of the «Two Academies». Ilya Arkadyevich Arshavsky . . . . .	16
URGENT PROBLEMS OF PSYCHIATRY	
Formal thinking disorders (psychopathological and prognostic significance) — V. I. Krylov (St. Petersburg) . . . . .	19
Pilot inpatient assessment of clinical features of borderline personality disorder in adolescents — E. V. Koren, T. A. Kupriyanova . . . . .	28
DISCUSSION OF CLINICAL CASE	
What is hidden behind the psychopath-like façade-genuine epilepsy or psychopath-like schizophrenia? — A. A. Shmilovich, O. A. Gladkova . . . . .	34
PSYCHIATRY AND LAW	
How do amendments to the Law on Psychiatric Care guarantee patient's rights? — Yu. N. Argunova . . . . .	60
FROM AN EXPERT'S DOSSIER	
Why do experts so rarely recommend involuntary outpatient treatment? . . . . .	66
RESPONSES, DISCUSSIONS, REVIEWS	
<i>Responses to the repeal of Article 38 of the Law on Psychiatric Care</i>	
The State Duma buried two bills developed by public organizations at once — L. N. Vinogradova . . . . .	73
Human rights activists launched a mental attack — N. Kostarnova . . . . .	75
<i>What is missing from the PTSD Guidelines?</i>	
The view of a psychologist — L. N. Vinogradova . . . . .	77
The view of a psychiatrist — Yu. S. Savenko . . . . .	79
<i>Regarding the ban on gender reassignment</i>	
The IPA Appeal to the Ministry of Health of Russia . . . . .	81
Interview about gender reassignment — A. Ya. Perekhov (Rostov-on-Don) . . . . .	82
«What consequences await us?» A letter to the IPA is a cry for help . . . . .	86
Speculation in colors — B. L. Likhтерman . . . . .	87
CHRONICLE	
Article 38 of the Law on Psychiatric Care has been nullified . . . . .	89
The Sakharov Center and AGORA were liquidated . . . . .	89
The Ministry of Health has banned abortions in private clinics . . . . .	90
Another unsuccessful attempt to influence the legislator . . . . .	90
The Duma banned gender reassignment . . . . .	91
Expansion of military style . . . . .	91
The fate of the Yakut shaman as a mirror of our legal proceedings . . . . .	91
FROM PRACTICE	
Comic and dramatic in psychiatric practice — B. N. Piven (Barnaul) . . . . .	93
PSYCHOPATHOLOGY AND CREATIVITY	
Jacques Callot. From the series of etchings «Great Disasters of War» . . . . .	95
OBITUARY	
Boris Vasilievich Voronkov . . . . .	98
Emma Maksimovna Rutman . . . . .	100
RECOMMENDATIONS . . . . .	101
ABSTRACTS . . . . .	102

# ТРАВЛЯ В АКАДЕМИЧЕСКОЙ СРЕДЕ. НЕВЫУЧИВАЕМЫЕ УРОКИ 1931, 1951 ГГ.

---

Приводятся две характерных истории травли коллегами выдающихся учёных в условиях тоталитарного режима в результате вмешательства властей в сферу науки, на примере одного из лидеров отечественной педологии Михаила Басова (1931 г.) и преемника И. П. Павлова физиолога акад. Леона Орбели. Эта тема снова становится актуальной.

---

**Ключевые слова:** история науки, репрессии науки в СССР, этика научного сообщества.

Юбилейный повод дает возможность напомнить не столько биографические данные и научные вклады двух выдающихся ученых, сколько поведение коллег: травлю, ostracism, игнорирование, проясняющие существо их общего фундаментального источника.

С 1918 г. тотальная политизация сопровождалась травлей и разгромами в отношении академических и прикладных наук. Это ни что иное, как буллинг в академической среде, хотя русский термин «травля» понятнее и выразительнее. Травля неискоренимо выше в подростковом возрасте, в школе, а теперь и в соцсетях, в интернете. Рост этого животного атавизма выражает деградацию общественных отношений — традиций благородства, великодушия, рыцарственности, отворачивания, когда скопом нападают на одного, вместо утерянного естественного правила: защищать слабого или оказавшегося в меньшинстве, зачищать меньшинства. Этот принципиально необходимый стиль поведения перестал культивироваться с момента большевистского переворота и узурпации власти сторонниками примитивно толкуемой демократии.

Неоднократные упреки НПА и лично меня в политизации привычным образом называли так нашу критику реальной тотальной политизации науки. Необходимо знать историю советской медицины и науки без косметики. Об этом есть большая литература. Выразительным фоном для двух приводимых здесь примеров является судьба Института экспериментальной медицины (ИЭМ).

Запланированное и поддержанное после Февральской революции Временным правительством расширение, созданного в 1890 г. Института экспериментальной медицины в Петербурге, было продолжено после Октябрьского переворота. ИЭМ стал в 1932 г. Всесоюзным (ВИЭМ). Повсеместно внедрялся вульгаризованный марксизм, что вызвало резкий протест И. П. Павлова, как «величайшее насилие над научной мыслью» («диалектический материализм при его теперешней постановке ни на волос не отличается от теологии и космологии инквизиции»). Профилактическое направление в психиатрии, задуманное Л. М. Розенштейном еще накануне Первой мировой войны, а в здравоохранении проводимое З. П. Соловьевым, привело к столкновению с экономическими интересами государства — ранней и, таким образом, «расширительной диагностикой» и выявлению вредностей на производстве. В результате в 1934 г. было принято Постановление Совнаркома о реорганизации научно-исследовательских учреждений, что привело к закрытию Института социальной гигиены и 38 научно-исследовательских институтов социально-гигиенического профиля. В этом контексте понятна смерть Л. М. Розенштейна в том же году, в 49 лет, после длительной травли — фактически косвенное убийство. Профилактическое движение «успешнее» всего осуществлялось органами НКВД в отношении «вредительства». Были расстреляны выдающиеся ученые ВИЭМ иммунолог А. И. Кузнецов и биофизик И. А. Ремезов, арестованы Н. Н. Бадмаев и все ламы, была закрыта ла-

боратория специальной психофизиологии, а ее руководитель, директор ВИЭМ Н. Н. Никитин, выбросился из окна. А в 1932 г. он упрекал И. П. Павлова: «Под свободой, Иван Петрович, как это известно всем, Вы понимаете свободу злостной клеветы на советскую власть...». Почти всех сотрудников его лаборатории репрессировали. В 1936 г. в ВИЭМ перешла псевдонаучная лаборатория О. Б. Лепешинской. В 1937 г. в череде массовых арестов, расстрелов, ликвидации отделов и лабораторий ВИЭМ расстрелян бежавший в Советский Союз один из основоположников теоретической биологии Эрвин Бауэр. Был арестован и погиб основоположник советской кардиологии и психосоматики Д. Д. Плетнев. Особенно большое число жертв пришлось на микробиологов. Был закрыт Медико-генетический институт С. Г. Левита и неврологическая клиника С. Н. Давиденкова. Сохранился огромный массив доносов. Книги репрессированных как «вредная литература» были изъяты из обращения независимо от содержания. Чистки библиотек начались с 1930 г.

После войны директор ВИЭМ Д. А. Бирюков принял участие в борьбе с космополитами (особенно «школки Л. С. Штерн») за приоритет во всем отечественной науки (предостерегая от пиетета к Шеррингтону), был в первых рядах поносителей Л. А. Орбели.

**Предтеча отечественной педологии**  
**А. П. Нечаев (1870 – 1948)** организовал первую экспериментальную лабораторию педагогической психологии в 1901 г. и Педагогическую академию в 1907 г., организовал Первый Всероссийский съезд педагогической психологии (1906, 1909), и экспериментальной педагогики в Санкт-Петербурге (1910, 1913, 1916), **директор Московского**



**института психиатрии в 1922 – 1924 гг.**, ликвидированного, когда он на Втором съезде в 1924 г. открыто выступил против особой советской психологии. В 1935 г. он был арестован и сослан в Среднюю Азию, где разрабатывал психофизиологические нормы проф.отбора, утомляемости и воспитания памяти. Впоследствии стал первым ректором Самаркандского университета.

Из пяти ведущих педологов только П. П. Блонский (1884 – 1941) и А. Б. Залкинд (1886 – 1936) были в числе ликвидированного психоаналитического направления.

## К 130-летию Михаила Яковлевича Басова (1892 – 1931)

Михаил Яковлевич Басов, выдающийся психолог, один из лидеров отечественной педологии, родился в глухой деревне на Псковщине, старшим из 10 детей в крестьянской семье. Проявил редкое упорство в стремлении учиться, несмотря на многочисленные препятствия. В 1908 г., в 15 лет

за участие в социал-демократическом кружке полгода провел в тюрьме с запретом поступать в средние учебные заведения. В 1916 г. поступил в Петербургский Психоневрологический институт, «ввиду его свободного духа», и уже на втором курсе по предложению своего учителя психиатра

и психолога А. Ф. Лазурского<sup>1</sup>, который сразу его очень высоко оценил, избран секретарем редакции журнала «Вестник психологии» (до 1918 г.) и секретарем Общества психологов. Был докладчиком на II Всероссийском съезде психологов в 1914 г. В 1921 г. избран профессором Института ритма и Института внешкольного образования. В 1923 – 1925 гг. доцент кафедры психологии Ленинградского университета, но из-за перевода психологии в необязательные предметы перешел в Педагогический институт им. А. И. Герцена. Был беспартийным.

После первых публикаций 1913 – 1914 гг. его наиболее крупными работами были «**Воля, как предмет функциональной психологии**» (1922), «**Методика психологических наблюдений над детьми**» (1923, 1924, 1926, а в 1926 и на немецком языке) и «**Общие основы педологии**» (1927, 1931).

Работа «Воля, как предмет функциональной психологии» до сих пор сохраняет свою актуальность, так как оперирует не только обсуждением многообразных эмпирических данных, а пронизательной опорой на самые значимые труды — Штумпфа, Гуссерля, Бергсона и Меймана, а из отечественных С. Л. Франка, Г. Л. Трошина, С. И. Топалова и др. Он представил и собственный экспериментальный материал. «Воля — регуляция внешней деятельности» — фундаментальная характеристика личности, без которой мы обречены на рабскую зависимость от среды.

Михаил Яковлевич разрабатывал свои методики психологического наблюдения над детьми дошкольного возраста в **естественных условиях**, так же как его учитель А. Ф. Лазурский, работая в среде рефлексологов. Он видел «объективное средство познания субъективного» в функции воли...



Чтобы отграничить свой подход от рефлексологического, как приспособительного поведения животных, он взамен понятия «поведение» впервые в истории советской психологии вводит понятие «деятельность» без ограничительных определений как «высшая нервная», как у Павлова или «соотносительная» у Бехтерева. Благодаря этому, человек становится активным деятелем, вводя в среду социально-культурное содержание, которое уже не является психологическим образованием». Тем самым, между стимулом и реакцией он вводит в качестве промежуточной переменной организующую и регулирующую деятельность. Это смыкалось с культурно-исторической концепцией Л. С. Выготского, что объединило их усилия. К этому времени появление сознания уже

<sup>1</sup> Александр Федорович Лазурский (1874 – 1917) окончил Санкт-Петербургскую Военно-медицинскую академию, работал у В. М. Бехтерева в клинике душевных и нервных болезней и во впервые организованной школе для слаборазвитых детей, а после защиты диссертации в 1900 г. в психиатрической клинике Крепелина в Гейдельберге и Психологическом институте Вундта в Лейпциге. В 1903 – 1917 гг. профессор Психоневрологического института, где разработал «Программу исследования личности» (1908), организовал психологическую лабораторию. (1909) и создал знаменитую методику «естественного эксперимента» (1911). Организатор съездов и автор многих монографий по характерологии, общей и экспериментальной психологии, в частности, «К учению о психической активности» (1916), внося крупный вклад в педагогическую психологию.

объяснялось Эдуардом Клапередом и Джоном Дьюи трудностями приспособления организма к среде, которая выступает как физическая (тропизмы), экологическая (условные рефлексy) и социокультурная. Точку опоры для анализа развития человека как деятеля в среде Басов видел в «огромной области человеческого труда, в разнообразии его профессиональных различий».

«Общие основы педологии» Басова до сих пор впечатляют синтезом грандиозного богатства и разнообразия литературы и собственных экспериментальных данных. **Басов определяет педологию, «как научный синтез всего того, что составляет существенные результаты отдельных научных дисциплин, изучающих развивающегося человека, каждая со своей особенной стороны, ... не простая совокупность, не сумма, а органичное целое, которое нельзя сужать «симптомокомплексами различных эпох, фаз и стадий детского возраста в их временной последовательности, в их зависимости от различных условий»** как у П. П. Блонского. Но и у П. П. Блонского (1884 – 1941), и у Л. С. Выготского (1896 – 1934), как и у М. Я. Басова, у всех троих ясно виден гомологичный ряд с психиатрией, и не только детской. Педология — это то биопсихосоциодуховное целое, которое является предметом антропологии, а не психологии. Структура этого выдающегося руководства складывалась из 30 глав. Первая часть включала наследственность, среду, рост организма, развитие пола и нервной системы, и конституцию; вторая — основы психологии, ее предмет, методы, структурный анализ организации процесса поведения, его формы, внутренние механизмы поведения, эмоциональные установки, формы активности: моторную, восприятие, воспроизведение, речь, мышление, одаренность; третья часть — психологическое развитие человека, как активного деятеля: игра, детский труд, детские коллективы, развитие социальных отношений (сотрудничество — антагонизм и борьба, симпатия — антипатия, властвование — подчинение); детское мировоззрение, его развитие и социальную действительность. Приводилась «пример-

ная программа» для изучения детского мировоззрения методом клинической беседы из большой серии вопросов по 12 рубрикам. Монография составляла 777 страниц.

Когда на рубеже 1927 – 1928 гг. состоялся Первый педологический съезд, педология получила официальное признание, видимость объединения, и более трех лет была на взлете. Но уже в начале 1930 г. Всесоюзный съезд по изучению человека положил начало публичным идеологическим доносам. В начале 1931 г. в журнале «Педология» и последовавшей дискуссией по второму изданию «Общих основ педологии» Басова было решено, что это работа «по своей сути реакционна и может принести студенчеству только вред». Его увольняют из ЛГПИ им. Герцена. Осенью он уходит «осознавать свои ошибки» у станка простым рабочим и нелепо гибнет якобы от заражения крови, что скорее всего явный суицид. В газете Института вместе с некрологом приводилась его предсмертная записка. *«Студентам, аспирантам, профессорам, преподавателям педологического отделения и моим Сотрудникам. Дорогие товарищи! Нелепая случайность, осложненная трудностями овладения производством нашим братом, вырвала меня из ваших рядов. Конечно, я жалею об этом, так как я мог еще работать так, как это нужно для нашей великой социалистической страны. Помните, что всякая потеря в рядах компенсируется усилением энергии оставшихся. Вперед за марксистско-ленинскую педологию — науку о закономерностях развития социалистического человека на нашем историческом этапе. М. Я. Басов»*. Ему не было еще 39 лет. Он с Л. С. Выготским были, как и многие энтузиасты 20-х годов, людьми, глубоко преданными тогдашней идеологии. Б. В. Зейгарник рассказывала, как травимый в 30-е годы Выготский однажды при ней, своей сотруднице, метался по клинике и повторял: *«Я не хочу жить, они не считают меня марксистом»*. Если в 1935 г. ближайший сотрудник Басова В. С. Мерлин в «Вопросах психологии» еще воздал должное наследию Басова, то вскоре педология была окончательно запрещена Постановлением ЦК ВКП(б) 1936 г. За этим стоял удар, направленный

на Н. К. Крупскую, Н. И. Бухарина, А. В. Луначарского<sup>2</sup>. В 1937 г. помимо огромных журнальных статей, вышла брошюра С. А. Каменева «Педологическая лженаука в «трудах» Басова», М. Учпедгиз, 32 стр.

И только в 1968 г. 75-летие Басова было отмечено вечером воспоминаний сотрудников, друзей и учеников Басова на кафедре психологии ЛГПИ им. Герцена, в частности, В. Н. Мясищева, почти ровесника Басова, 20 лет с 1939 г. возглавлявшего Психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева и также психологический факультет ЛГУ. Он отметил, что не случайно первое крупное произведение Басова было посвящено воле —

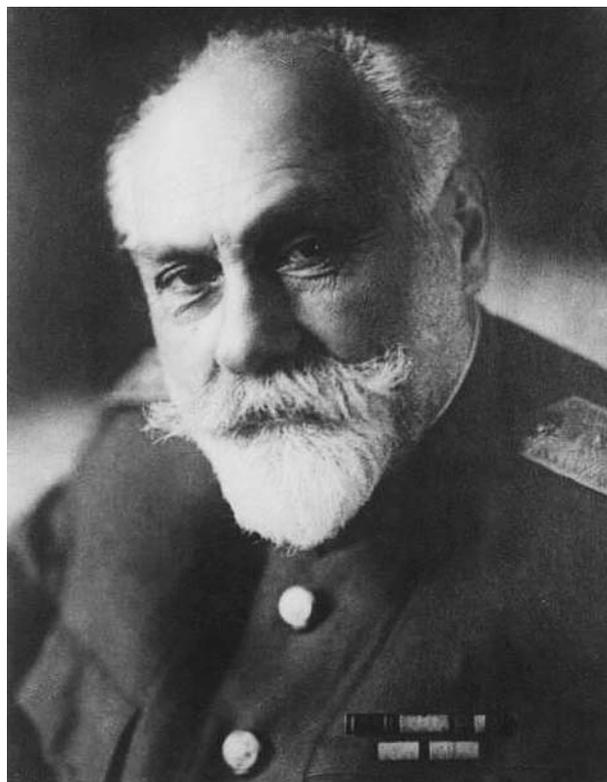
от сам был «человеком исключительных волевых качеств и исключительной яркости того, что характеризуется волей, т.е. организованности, самоорганизованности и способности организовывать все», а как педолог и психолог стремился совместить многообразие и единство «как общественное средство преодолеть шаблонизацию понятия личности». За этим последовали статьи А. А. Бодалева, Н. А. Менчинской, М. Г. Ярошевского, И. Е. Сироткиной и мн.др., которые писали о Басове, как пионере деятельностного подхода, который впервые ввел это понятие в отечественную психологию, о чем долго умалчивалось.

## К 140-летию Леона Абгаровича Орбели (1882 – 1958)

Никакие заслуги — ни научные, ни преподавательские, ни организационные, ни прогосударственные, ни даже человеческого поведения не уберегали от катка советского режима. Речь ни об одном избранном здесь примере, а о целой плеяде даже более выдающихся ученых, таких как Николай Вавилов, Густав Шпет, Павел Флоренский, Дмитрий Плетнев, Эрвин Бауэр... Тем не менее расстрелянных.

Выдающийся физиолог Леон Абгарович Орбели, естественный преемник Ивана Петровича Павлова, создатель эволюционно-физиологической и адаптационно-трофической концепции вегетативной нервной системы и крупнейшей отечественной физиологической школы, академик, вице-президент Академии наук, ректор Военно-медицинской академии в 1943 – 1950 гг., генерал-полковник медицинской службы Леон Абгарович родился близ Еревана, закончил тифлисскую гимназию, а в 1944 г. военно-медицинскую академию. По рекомендации И. П. Павлова стажировался в Кембридже у Джона Лэнгли, создателя новой концепции вегетативной нервной системы

и Эвальда Геринга в Лейпциге, где занимался изучением органов чувств и выяснил роль в этом симпатической иннервации. Роль вегетативной нервной системы в онтогенезе, в ощущении боли, изучение координации и мн. др.



<sup>2</sup> М. Г. Ярошевский «История психологии». М., 1985, 494 – 498; Репрессированная наука. Вып. II. ред. М. Г. Ярошевского, СПб, 1994, 121 – 139

После смерти И. П. Павлова в феврале 1936 г. Л. А. возглавил Институт физиологии АН и Биологическую станцию ВИЭМ в Колтушах, которая в 1939 г. стала Институтом эволюционной физиологии и патологии высшей нервной деятельности, и как и ВИЭМ в 1944 г. перешла из Наркомздрава в созданную АМН. Л. А. значительно расширил круг подопытных животных, птиц и насекомых и изучение проблем наследственности на однойяцевых близнецах (И. И. Канаев). Орбели унаследовал павловскую традицию — ученый должен быть «хозяйном в собственном деле». Сигналы об этом не могли понравиться Сталину.

**На сессии ВАСХНИЛ в августе 1948 г.** Л. А. Орбели, как академик-секретарь Биологического отделения АН, выступал первым, после вступительных слов президента АН Сергея Вавилова, произнесенных скрипя сердце, — так как его брат, великий ученый Николай Вавилов, президент Академии сельскохозяйственных наук был в 1940 г. арестован и в 1942 г. замучен в саратовской тюрьме, а сессия была торжеством лженаучных происков виновника гибели его брата акад. Т. Д. Лысенко, громившего отрицателей наследования благоприобретенных признаков, заручившегося поддержкой Сталина. В этом выступлении Орбели в сдержанной манере произнес требуемые в то время слова, но еще и другое: «В споре с Кольцовым<sup>3</sup> я услышал от него, что три проблемы должны быть раз и навсегда сняты с обсуждения во всех академиях и ученых обществах мира — квадратура круга, перпетуум мобиле и наследование приобретенных признаков. Вот до какой степени догматичным стало это утверждение... конечно, никто из нас в отделении этой точки зрения не разделял, никто ее не поддерживал, но что хромосомный аппарат как-то связан с наследственным признаком — это несомненно. Нужно только отрицать причинную зависимость, и что вся остальная клеточная масса не имеет никакого значе-

<sup>3</sup> Николай Константинович Кольцов (1872 – 1940) — основоположник отечественной экспериментальной биологии и ее института (ИЭБ, 1917 – 1939), организатор и первый директор Института, первый в мире (1928) предсказал молекулярное строение (двойную спираль) и матричную репродукцию хромосом.

ния... Полностью и безраздельно мной был допущен известный либерализм... Я недооценил идеологической борьбы, которая за этим отчасти скрывалась... Отделение должно очиститься от всей идеалистической метафизической шелухи, которая прокрадлась в науку... Признавая свои ошибки, полагаю, что Президиум поступит правильно, сняв с меня обязанность руководителя Отделения биологических наук...». Но министр высшего образования заявил, что этот доклад «не может удовлетворить настоящее собрание... доклад был не самокритичным, мягко выражаясь, деляческим, обывательским». Он обрушился на предисловие Орбели, в котором тот дал «самую высокую оценку книге С. Н. Давиденкова «Эволюционно-генетические проблемы в невропатологии» (1947), как якобы «антинаучной и бесспорно вредной». Из медиков к этому побоищу приложил руку чл.-корр. АН Н. И. Гращенков. В заключительном слове Орбели отверг упрек в недостаточной самокритике — «Трудно представить себе большую степень самокритики, если я всю вину за то, что происходило за 10 лет в Биологическом отделении Академии целиком и полностью принял на себя и не попытался свалить ответственность на других лиц... в порядке тыкания пальцем в сторону соседа... На этот путь я не хочу становиться и не стану». В резолюции было сказано: «Сессия ВАСХНИЛ вскрыла реакционную, антинародную сущность вейсманистско-морганистско-менделеевского направления биологических наук, разоблачила его конкретных носителей...». От Орбели потребовали освободить от работы двух сотрудников-генетиков Р. А. Мазина и И. И. Канаева, но он не проявил податливости и даже взял к себе в Институт им. И. П. Павлова в Колтушах уволенного декана биологического факультета ЛГУ генетика М. Б. Лобашова, за что был осужден комиссией АН на сессии 1949 г. в составе Л. И. Федорова, К. М. Быкова, И. П. Разенкова, Э. А. Асратяна и лысенковца И. Е. Глущенко, а работа Института физиологии была признана неудовлетворительной. В решительном протесте Орбели дал детальное обоснование несостоятельности ее выводов, в частности, указав на высокую оценку его учреждения двумя из пяти членов комиссии Быкова и Разенкова за год до этого. Но был

нанесен удар по его заместителю А. Г. Гинецинскому руками его сотрудницы, которую принудил к этому зав. отделом науки ЦК партии Ю. А. Жданов.

**В 1950 г. (28.06 – 04.07) на Павловской сессии в физиологии** последовал полный разгром в виде грандиозного спектакля, где главным обвиняемым был Орбели, а также А. Д. Сперанский<sup>4</sup>, П. К. Анохин<sup>5</sup> и И. С. Бериташвили<sup>6</sup>. В результате Правительство решило создать новый Институт физиологии ЦНС во главе с Быковым. Сессия разгромила генетическое и эволюционное направления физиологии. Место самого близкого ученика Павлова — Орбели — занял Быков, которого Павлов удалил от себя еще в 20-х гг., когда убедился, что тот, в угоду ему, фальсифицировал данные экспериментов, а механистически мыслившему Иванову-Смоленскому на «Средах» как-то сказал: «Вы ужасно придаете значение словам, незаконно больше, чем фактам. Оставьте слова... Сморите факты». А в другой раз: «Необходимо спрашивать о том, что переживает человек... Нельзя третировать человека, как собаку, тем напрасно сужая круг своего исследования». А в предисловии к книге Иванова-Смоленского еще в 1939 г. написал: «Наступает и наступит, осуществится естественное и неизбежное сближение и, наконец, слитие психологического с физиологическим, субъективного с объективным... Случаи для этого сближения все чаще представляются при болезнях человека». На сессии против Орбели наперебой выступали его сотрудники и ученики, которые были многим обязаны ему, например, Э. Ш. Айрапетянц, которого во время войны он спас от трибунала. Но было и несколько мужественных выступлений в защиту — Гинецинского, Гершуни, Н. А. Рожанского. Спустя две

недели после сессии три физиологических института были преобразованы в один во главе с Быковым, активным помощником которого стал Айрапетянц. Орбели снят с директорства двух институтов и кафедры Военно-медицинской академии, которую возглавлял 25 лет, и отправлен в отставку, устранен с поста главного редактора Физиологического журнала им. И. М. Сеченова (заменен Д. А. Бирюковым), председателя Всесоюзного общества физиологов (заменен И. П. Разенковым) и председателя многих комиссий. Он остался руководителем только Физиологической лаборатории института им. Лесгафта АПН РСФСР, с которой он начал свою деятельность. Но в сентябре 1950 г. его пригласили возглавить кафедру физиологии и патологии ВНД в ленинградском ГИДУВе. С ним осталось около 10 давних учеников. Орбели решил заняться изучением ВНД в процессе становления у детей и получил поддержку профессора педиатрии Ленинградского педиатрического института А. Ф. Тура и профессора психиатрии И. Ф. Случевского из Ленинградского института усовершенствования врачей. Вместе с сотрудниками он составил план работы, который был обсужден в Институте Лесгафта и в АПН. Требовалось пройти обсуждение АМН и АН СССР, которые после сессии создали Научный совет по физиологическому учению акад. Павлова для предотвращения отступлений от «Павловского учения» во главе с Быковым, его зам. Ивановым-Смоленским, секретарем Айрапетянцем, членами Бирюковым, Усиевичем, Купаловым и др. Трехдневное заседание этого научного совета в июле 1951 г. превратилось в позорное издевательство — добивание повергнутого льва. Быков выражал неудовлетворенность ответами, Купалов возвращался к диссертации Орбели 1908 г.: он даже принес ее! Орбели ответил на это: «Посмотрите, кто был официальным оппонентом. Это был Павлов. За эту диссертацию Иван Петрович представил меня к заграничной командировке. И почему Иван Петрович представил меня в академики? Потому, что я шел против него? Почему нельзя отделять Геринга-физиолога от Геринга-философа? Иван Петрович поручил мне поехать в лаборато-

<sup>4</sup> Алексей Дмитриевич Сперанский (1887 – 1961) — физиолог, ассистент Павлова в 1923 – 1928 гг., в 1930 – 1940-х гг. зав. Отделением патологической физиологии ВИЭМ в Москве.

<sup>5</sup> Петр Кузьмич Анохин (1898 – 1974) — нейрофизиолог, академик АМН (1945) и АН (1966).

<sup>6</sup> Иван Соломонович Бериташвили (1884 – 1974) — нейрофизиолог, ученик Н. Я. Введенского, академик АН СССР (1949), создатель грузинской физиологической школы.

рию Геринга...». Все, казалось бы, неотразимые ответы Орбели перемежались едкими отрицательными уколами председателя Быкова. Относительно генетики и общения с Кольцовым Орбели отвечал, что с ним консультировался и Павлов. Быков снова обвинил Орбели за одобрительную рецензию на книгу Давиденкова. Вопрос Быкова: «Считаете ли Вы, что учение Павлова о ВНД нуждается в какой-то проверке вообще?». На этот провокационный вопрос Орбели четко разъяснил: «Иван Петрович хотел взять в сферу естествознания весь безраздельно человеческий организм, со всем его субъективным миром». Опять Бирюков: «Это Ваше указание, что Иван Петрович поставил памятник Менделю?». Орбели: «Это сейчас мы объединяем менделизм-вейсманизм и морганизм, но если вникнуть в историю...». Снова Бирюков: «Вы употребляете в книге выражение «подсознательная сфера» без кавычек». Айрапетянц: «Я утверждаю, что академик Орбели в своих ответах запутывает дело... Признаете ли Вы свои ошибки по изучению симпатической нервной системы без учета ведущей роли коры головного мозга? Пока мы не будем знать, что он целиком и безоговорочно стоит на павловских позициях, мы не можем вынести положительного суждения...». Орбели: «Я в каждой работе не повторяю этого — это я признаю. Это была моя ошибка, вегетативная нервная система всегда вступает в действие в рефлексорном порядке..., все учение об условных рефлексах основано на вегетативных рефлексах... на примере слюнной железы». В многочасовых прениях все профессора — Колбановский, Федоров, Бирюков, А. Н. Леонтьев, Н. И. Гращенков и мн. др сошлись на том, что ответы Орбели обнаружили идеалистическую сущность философских взглядов, теорию психофизического параллелизма... «Великого Павлова и мракобеса Шеррингтона он ставит на одну доску!». Но откровеннее и точнее всех с непосредственностью механиста охарактеризовал ответы Орбели Иванов-Смоленский, этот очередной главный «прокурор» в последовавшей второй Павловской сессии в неврологи и психиатрии 1951 г. Он уловил «снисходительно-иронический тон»: «Создается впечатление раз-

говора какого-то исполина с какими-то ничтожными пигмеями, где-то копошащимися у его ног». Выступавшие винили себя за еще недавно высокую оценку работ Орбели, а теперь отказывали ему в каких-либо научных заслугах. Купалов: «Весь эволюционный принцип Орбели неверен». Гращенков: «Экспериментальные исследования Орбели бесплодны». Айрапетянц: «Оказывается, Орбели, ученик Павлова, ВНД не знает. Нельзя назвать итоги работ институтов Орбели иначе, как провал, что он представляет собой как человек? Научная и административная жадность, алчность, честолюбие, тщеславие.... Он большой ученый, но любит, когда что-нибудь такое не совсем хорошо лежит на месте, присвоить это себе или своим сотрудникам... Ничто не стесняло Орбели: сотрудники работают в одном институте, числятся в двух-трех и получают зарплату в двух-трех, чтобы поддержать подхалимов...». Асратян горячо поддержал Иванова-Смоленского: «На тех, кто мало или недостаточно знал Леона Абгаровича, действовало безусловно и бесспорно присущее ему исключительное внешнее обаяние...отшлифованный фасад, артистически художественно выполненный фасад...». Так понимались душевная доброта, благожелательность к людям и благородство Орбели. Айрапетянц, основной активист этого разгрома, учувший заказ власти, в пространной речи призвал Научный совет «до конца сказать свое мнение об ошибках акад. Орбели, руководствуясь положениями товарища Сталина, ... полную невозможность принять план исследований, представленный Орбели». Опираясь на цитату из выступления А. А. Жданова, Айрапетянц достиг сущих высот: «Орбели вытащил отвратительное оружие, специально направленное на дискредитацию и компрометацию великого физиолога И. П. Павлова. Спасая себя, он стремился «испачкать» Павлова, например, он приписывал Павлову терпимое отношение к субъективному методу или говорил, что Павлов поставил памятник Менделю. Для чего это было сказано?... Чтобы навести тень на чистую кристальную позицию Павлова в борьбе против менделизма».

Орбели снова признавал свои ошибки, снова обещал принять все меры, но на заключительном заседании Научного совета Быков заявил, что «была абсолютная (я это утверждаю) свободная, беспристрастная, дружеская критика в общих интересах... Это ведь новая форма научной деятельности и ... нужно встать на правильную точку зрения, которую нам указал И. В. Сталин в своем гениальном произведении по вопросам языкознания. Никакого навязывания со стороны кого-нибудь не было... Совершенная свобода в науке нам была предоставлена, и было сказано, что это наше дело... Поэтому мы ждем, что Л. А. со своими сотрудниками либо совсем отмежуется от нас, либо встанет на наш общий путь... Врагов-то ведь много в этом направлении, лазеек-то ведь очень много». Айрапетянц зачитал заключение: «Научный совет отмечает, что акад. Л. А. Орбели лишь формально признает критику..., оставаясь по существу на своих прежних антипавловских позициях... Представленный Орбели план научной работы признан неудовлетворительным и нуждается в коренной переработке...».

**28.06 — 04.07 1951 г. в Ленинграде состоялась Павловская сессия АН и АМН в неврологии и психиатрии**, на которой, наряду с неврологическим (психоморфологическим) направлением в психиатрии, аналогичному шельмованию подвергся акад. И. С. Бериташвили. Его обвинили, как и Орбели, в кантианской (т.е. критической) идеологии. После этого отношение дирекции Института Лесгафта в отношении Орбели стало враждебным. Ему отказано реализовать составленный план, а сотрудникам — в месте работы. В ноябре 1952 г. состоялась очередная сессия Научного совета, накануне которой от Орбели потребовали отказаться от его взгляда на изучение субъективного мира человека наряду с его объективными проявлениями. Орбели пишет письмо Сталину, Маленкову и новому президенту АН А. Н. Несмеянову, сменившему умершего в 1951 г. С. И. Вавилова. Но в «Правде» в январе 1953 г. появляется статья Ю. А. Жданова о том, что «павловский объективный метод подвергся открытым нападкам идеалистически настроенных ученых», наиболее

активными он назвал Орбели, Бериташвили и Анохина. Накануне этого Орбели в течение двух дней активно атаковали Бирюков и Купалов: «Значит, Вы можете допустить, что антропоиды — это прямая линия, а люди — боковая? Так можно говорить и об обществе: может быть развитие к коммунизму есть прямая линия, а может быть и боковая линия прогресса». С большой речью в защиту Орбели выступил педиатр акад. А. Ф. Тур: «Мне много говорили и в правое ухо, и в левое: Как Вы портите свое доброе имя, связываясь с Леоном Абгаровичем? Я этих предостережений не боюсь». Последовала острая дискуссия Тура с Ивановым-Смоленским и Купаловым. Постановление Научного совета «О неблагополучном положении в коллективах, руководимых акад. Л. А. Орбели» было окончательно принято 27 декабря 1952 г. и утверждено Президиумом АН СССР 23.02.1953 г. с публикацией в «Физиологическом журнале» (т. 39, вып. 1). Руководителей Научного совета обеспокоило, что Орбели проявил упорство: кто стоит за Орбели? Им даже в голову не приходило, что ученый может просто иметь убеждения и отстаивать их. 23.03.1953 г. Айрапетянц организовал заседание Общества физиологов, биохимиков и фармакологов и выступил с обличительной речью, продолжая травлю Орбели и выражая убежденность, что все осудят Орбели. Он привел в качестве доказательств его неисправимости заключительную реплику Орбели на последнем заседании Научного совета: «Через два года Вы убедитесь, что я был прав». Но в аналогичном ключе выступили только Д. А. Бирюков и директор Института им. Лесгафта Шибанов, который предложил Орбели искать для своей академической группы другое учреждение. Орбели пишет в Президиум АПН письмо о том, что руководители Научного совета «сослужили плохую службу советской науке, введя в заблуждение общественное мнение... Была исключена возможность моей работы в третьей психиатрической клинике...». В 1954 г. состоялась последняя сессия Научного совета, на которой яркую речь произнес виднейший ученик Орбели А. Г. Гинецинский, уволенный в 1950 г. со своих постов в Ленинграде,

уехавший в Новосибирск, где создал в медицинском институте передовую в стране кафедру физиологии. Он сказал, что целый ряд бесспорных физиологических положений оказался под запретом не только как объект исследования, но и как объект преподавания: «Кто-то когда-то сказал, что ... «закон Старлинга» противоречит нервизму, и теперь только отдельные смельчаки решаются говорить об этом в медицинских вузах... Кажется крайне подозрительным, что изолированное сердце сокращается. Вегетативная нервная система в ее симпатической части фактически отменена, от нее остались только «ошибки Орбели»... Отрицается как антипавловская ересь представление о прямой биохимической реакции между гормоном и клеткой. Гормон обязан действовать рефлекторным путем через интеррецептор или исчезнуть...». Но должен был пройти еще год, чтобы оценка деятельности Научного совета в отчете Орбели и выступлении Гинецинского были приняты VIII Всесоюзным съездом физиологов. Появление Леона Абгаровича на трибуне съезда вызвало шквал аплодисментов вставшего зала. Съезд резко осудил деятельность прежнего Центрального совета Всесоюзного общества, а в новый избрал Л. А. Орбели. К. М. Быков в этот совет не вошел. В марте 1956 г. лаборатория Орбели была реорганизована в Институт эволюционной физиологии им. И. М. Сеченова, а 30 октября 1956 г. Президиум АН принял решение о реорганизации Научного совета по проблемам учения И. П. Павлова в заурядную комиссию по одной из многих физиологических проблем. В июле 1957 г. было торжественно отмечено 75-летие Орбели, он был награжден четвертым орденом Ленина, но в результате глубоких переживаний заболел и 9 декабря 1958 г. ушел из жизни.

Представленный здесь пересказ замечательной книги верного ученика Л. А. Орбели — Льва Германовича Лейбсона «Академик Л. А. Орбели. Неопубликованные главы биографии» (Ленинград, «Наука», 1990) не включает изложение его же биографии «Леон Абгарович Орбели» (Ленинград, 1973). Мы опирались также на работу М. Г. Ярошевского «Как предали Ивана

Павлова» и А. Е. Личко. Но значительная часть материалов не опубликована до сих пор. А опубликованные стенограммы Сессии ВАСХНИЛ и двух Павловских сессий, хотя и были урезаны цензурой, могут служить мощным стимулятором.

При всем величии И. П. Павлова не следовало делать из него культ по образцу культа вождей, — наука не политика, но политика в ней всегда присутствует в меру демократичности государственного устройства. XV Международный конгресс физиологов 1935 г., — первый такой крупный научный форум в России после 1917 г., — собравший около тысячи зарубежных ученых, был организован Павловым и преимущественно Орбели, так как Павлову было уже 86 лет, и спустя полгода он умер. Участники конгресса провозгласили Павлова старейшиной физиологов мира. Об этом конгрессе А. А. Ухтомский<sup>7</sup> писал: «И. П. Павлов и еще более Л. А. Орбели принимали все зависящие от них меры к тому, чтобы оттеснить нас и университетскую физиологию от сколько-нибудь заметного участия в Конгрессе. В Организационный комитет от нас не было введено никого! Орбели доказывал везде, где мог, что в Университетскую лабораторию конгрессиистов пускать не следует. Наконец, во время самого Конгресса он делал все, что мог, для предотвращения поездок к нам и вникания в нашу работу»<sup>8</sup>.

Дело в том, что в физиологии сосуществовали макро- (у Павлова) и микро- (у Шеррингтона в Европе и Н. Е. Введенского в России) исследовательские направления,

<sup>7</sup> Алексей Алексеевич Ухтомский (1875 – 1942) — грандиозная фигура мировой физиологии, человек универсальных способностей, который внес мощную гуманистическую ноту в научную проблематику. С 1919 г. Введенский передал ему кафедру, а в 1934 г. он создал Физиологический НИИ при ЛГУ. Кандидат богословия (1898), в 1921 г. принял тайный монашеский постриг, чл.-корр. (1932), академик (1938) АН. В начале 1930 г. он не ушел из ЛГУ в отличие от основоположника первой в стране кафедры генетики Ю. А. Филипченко (1882 – 1930) и основоположника кафедры энтомологии М. Н. Римского-Корсакова в связи с науськиванием студентов зав. каф. диалектики природы и эволюционного учения И. И. Презента. Умер в блокаду Ленинграда.

<sup>8</sup> А. А. Ухтомский. «Лицо другого человека». СПб., 2008, с. 650.

причем второе до сих пор доминирует. Ухтомский был учеником Введенского, его выдающееся открытие доминанты универсально для обоих подходов. Случайное наблюдение 1904 г. вылилось в стройную концепцию в 1910 г. В ее формулировании, по словам Ухтомского, сыграли роль идеи Введенского, Шеррингтона и Бехтерева. Школа Павлова не оценила этого открытия<sup>9</sup>, как и идей Бехтерева. — Явная тенденция к доминированию, тоже доминанта. Наиболее активный критик Орбели Эрвант Шамирович Айрапетянц (1906 – 1975) был учеником Ухтомского. Обе школы дополняли друг друга — тотальный «невизм» гуморальной регуляцией, а потом и биохимической, а Ухтомский высказывался о необходимости сопряжения и с иммунологическим подходом.

До Павловской сессии отношения школ Павлова и Введенского никогда не переходили за грань политиканства.

30 января 1937 г. А. А. Ухтомский записал в дневнике: «Нет такой деятельности человеческой, которая не сложилась бы постепенно в традицию. Тут есть своя хорошая сторона. Но есть и порочная, опасная сторона! «Ничего», «все благополучно» — вот как характеризуется для нас привычное, традиционное, успокаивающее своей традиционностью. В порядке привыкания и обыкновения «ничего», «все благополучно» постепенно превращаются в тяжкие пороки обыденной жизни и безобразные раны общественной жизни, искажающие достоинство человека! Вот почему самоутверждение, норовящее всегда укрепить и обеспечить человеку привычное «ничего» и «все благополучно» так часто и типично служит укреплению зла в мире и, во всяком случае, ни за что доброе

само по себе не ручается, чаще же всего служит укреплению порока. «Ничего», «все благополучно» — это адаптация к тому, что только что перед этим вызывало отвращение и ужас!».

Потребовалось более десятилетия после Павловской сессии, чтобы власть осознала вредность прямого вмешательства в науку. Но в нынешние времена таких примеров уже достаточно. Самыми крупными являются — фактический разгром («реформа») Академии Наук со слиянием с АМН и АПН в 2013 г. и передачей семи НИИ в подчинение Курчатовскому институту в 2023 г., т.е. Михаилу Ковальчуку, архитектору этого проекта, которого упорно не выбирали в действительные члены Академии; растянувшаяся на 15 лет «реформа оптимизации» здравоохранения, стоившая психиатрии ликвидации самостоятельности Московского НИИ психиатрии и Национального наркологического центра, поглощенных Центром им В. П. Сербского; ликвидации исторического центра отечественной психотерапии (ПБ № 12 им. Ю. В. Каннабиха), который так бы пригодился для реабилитации военнослужащих с ПТСР; и переписывание истории в школьных учебниках по Медынскому, по которым будут учиться с 1 сентября этого года. Знаменательно, что его докторскую диссертацию смогла признать, вопреки мнению профессионального сообщества, только министр образования, и вопреки советскому опыту, который учит, что последующее разочарование перекрывает первоначальный успех.

**Ю. С. Савенко**

<sup>9</sup> В школе Павлова бытовало мнение, что доминанта скорее богословская, чем физиологическая концепция, что было высказано в монографии В. В. Савича (1924, 1927), что опиралось на известный факт, что князь А. А. Ухтомский, ведший родословную от Юрия Долгорукова, окончил Духовную Академию и оставался старообрядцем. В 1920 г. едва не был расстрелян, а в 1923 г. два месяца провел на Лубянке. Ухтомский в своих работах отдавал Павлову должное, а своему приятелю Савичу возражал, что человек руководствуется не инстинктами, он — не машина».

# ИЗ MEMOPIAЛЬHOЙ KЛACCIKI

## О Сессии «двух академий»<sup>1</sup>

И. А. Аршавский

*Автор — Илья Аркадьевич Аршавский (1903 – 1996) — физиолог, доктор медицинских наук (1936), академик АН СССР, ученик Алексея Алексеевича Ухтомского (1929 – 1932). Один из основоположников возрастной физиологии, автор негэнтропийной (термодинамической) теории индивидуального развития, на основе идей Ухтомского «о неравновесности живых систем и физиологической классификации периодов индивидуального развития, ставших основой многих практических новаций в детском здравоохранении, методах компенсации физиологической незрелости и ее профилактики, в геронтологической и сельскохозяйственной физиологии. С 1934 по 1980 гг. работал в ВИЭМ, где организовал и возглавил лабораторию возрастной физиологии и патологии. В 1953 г., в связи с «делом врачей», лаборатория была в течение года закрыта.*

Первым докладом на Павловской сессии (1950 г.) был доклад К. М. Быкова. О том, что он отредактирован и просмотрен самим Сталиным, мы узнали уже на сессии. Об этом мне сказал хорошо информированный об общей ситуации Д. Бирюков, кое-что рассказывал А. Д. Сперанский. Быков сам не скрывал этого в кулуарах сессии.

Думаю, что Сталина устраивала в учении Павлова формула «стимул – реакция», позволяющая рассматривать человека как простой автомат, поведением которого можно легко управлять. Если бы Сталин не считал, что павловское учение дает возможность научно обосновать ту рабскую психологию, которая была ему необходима, никакой Павловской сессии не состоялось бы. Конечно, сам Павлов не понимал, что его учение может быть использовано в политических целях. Но сам Павлов не нужен был Сталину. Я бывал на так называемых павловских средах, и мне известно, что свои лекции в Военно-медицинской академии Павлов начинал не с физиологических, а с общих вопросов, имеющих прямое отношение к политике.

Павлов был гражданин и патриот в самом высоком смысле слова. Если Ленину Павлов нужен был как ученый (и поэтому появился

известный декрет о создании наилучших условий для его работы), то Сталину нужно было обоснование психологии автомата («чего изволите»). В 1936 г. Павлов как гражданин и патриот мог откровенно сказать то, что смогло бы помешать в 1937 г. Поэтому перед 37-м годом не стало ни Павлова, ни Горького. Я знаю, что от начала до конца болезни Павлова при нем находился В. Галкин, который считал себя как учеником Павлова, так и учеником Сперанского. В 1937 или 1938 г. Сперанский рассказал мне, ссылаясь на Галкина, о том, что при лечении Павлова, который хотя и был болен, но уже выздоравливал (вообще он был «скроен» не менее, чем на 100 лет), были заменены все врачи. Павлов сделал свое дело и был убран, а его учение должно быть сохранено. Всю физиологию надо было мобилизовать на разработку того, чем занимался Павлов, на «стимул – реакцию», с использованием тех же павловских методов.

Чтобы провести задуманную Сталиным сессию, нужны были надежные люди из физиологов. На вождизм в этой науке тогда претендовали многие. Я не знаю другой физиологической школы по количеству квалифицированных физиологов, нежели то, что было сделано Орбели, но и он хотел монополизировать физиологию. В основную борьбу перед сессией включились Быков, Сперанский и в особенности Анохин, который за год до сессии возглавил комиссию по проверке

<sup>1</sup> Из книги «Репрессированная наука, ...», в которой допущена дезориентирующая опечатка в инициалах автора: «М. А. Аршавский» вместо И. А. Аршавский.

работы павловского института, которым руководил Л. А. Орбели. Приехав в Москву, Анохин выступил в Доме ученых, где, дожив о результатах обследования, не просто обливал Орбели помоями, но объявил его учение антипавловским. Тогда было почти традицией, что тот, кто возглавлял проверочную комиссию, становился на место снятого директора.

В своем докладе Анохин прямо утверждал, что смог бы возглавить физиологический институт. Широкую деятельность развернул и Сперанский со своей группой. Через Айрапетьянца, который был вхож к заведующему Отделом науки ЦК Ю. А. Жданову, в борьбу включился Быков. Айрапетьянец держал Быкова «на мушке», так как знал о его службе в армии Колчака. Рвался к власти и Асратян. Л. Н. Федоров много раз ездил в ЦК, умаляя роль Орбели, доказывая, что физиологию в России должен возглавить русский человек. Анохина отклонили из-за его патологического честолюбия. И возглавить сессию было поручено Быкову.

Я приехал на сессию из Ленинграда; на столе — письмо. Меня вызывают в Дом ученых. Я пришел в одну из комнат этого дома, где сидели Айрапетьянец и Бирюков. «Вот, Илья, ты знаешь о сессии». Я говорю: «Ничего не знаю о сессии». — «Ну вот, должна быть через два дня сессия, ты включен в список выступающих. Мы знаем, что ты не согласен со взглядами Орбели по поводу времени возникновения функций симпатической нервной системы; вот тебе и поручается бить по Орбели». Так и было сказано: «Бить по Орбели». Я сказал, что «бить по Орбели» не собираюсь; если я и не согласен, так как же я могу в такой ситуации использовать кафедру, чтобы выражать свое несогласие? Вижу, что здесь не все гладко. «Так что ты собираешься говорить?» — «Раз вы меня вызвали, я могу сказать, какое значение имеет школа Введенского-Ухтомского для того, что вы называете «павловской физиологией».

Меня выгнали, сопроводив нецензурными словами, такой матерщиной, которой я еще не слышал на своем веку. Как ни странно, Быков позвал меня к себе. «Вот, Илья Аркадьевич, мы имели в виду, что Вы выступите». Я сказал: «Нет, Константин Михайлович». — «Но Вы знаете, что готовят против Вас выступление, но я постараюсь его смягчить». Я думаю, что в этом смысле я ему обязан, потому что все ограничилось тем, что

Худорожева должна была сказать в своем выступлении, что Аршавский занимается «не тем онтогенезом», каким полагается заниматься в связи с требованиями павловской физиологии.

Никакой научной дискуссии на сессии не было. Это был шабаш обскурантов. Ни одно выступление (кроме письменного выступления Бериташвили, Генецинского, Рожанского) не было научным выступлением. Оперировали словами условный и безусловный рефлексы, но к науке это не имело отношения.

Какими только ярлыками не награждались истинные ученые! Я должен сказать, что среди павловцев истинным ученым был Купалов. Он подошел к раскрытию геноза произвольной деятельности. Это были совершенно изумительные опыты. Но его раскритиковали, поскольку он обычно не пользовался классической методикой.

Сессия — страшнейший средневековый обскурантизм. Я вспоминаю выступление Гуревича, крупнейшего психиатра. Это было тяжело слушать. Гуревич хотел подспудно показать, что психиатры не могли предпринять что-либо такое, что могло помочь раскрыть душевный мир психически больного человека, но фразы о том, что «мы недооценивали учение Павлова» и т.п., было тяжело слушать.

Те, кто должен был выступить, не только обязаны были обелить линию сессии, но лица, попавшие в черный список, должны были сказать о ненаучности своих исследований. Это было мракобесие! После сессии Усиевич стал директором Института физиологии. Это был ограниченнейший физиолог. Магницкий подал ему план, а Усиевич сказал ему: «Вы опять с симпатической нервной системой, бросьте эти орбелевские штучки!». Симпатической нервной системы не существовало, это были только «орбелевские штучки или выдумки!»! Целый ряд разделов физиологии не признавался. Это по всей стране. Какие же последствия закладывались для всей физиологии!

Несколько слов о «заправилах» сессии.

Айрапетьянец, как физиолог, был один из очень немногих талантливых экспериментаторов. Я не знаю более талантливого и гениального авантюриста. Он мог держать в голове десятки комбинаций, как поступить в том или ином случае, причем действуя чужими руками. Айрапетьянец был вовлечен в игру, так как это соответствовало его жела-

ниям. Во время войны он проштрафился, Орбели его спас, сделав своим личным адъютантом, а потом Айрапетьянц «отблагодарил» Леона Абгаровича. Это показало моральный облик ученика.

Что касается Анохина, то лица, которые хотели возглавить физиологию, понимали, что он будет им помехой.

Другой представитель, павловский ученик Майоров, был средним научным работником, и больше — ничего. Он подвергся нападкам на сессии, так как писал, что учителями Павлова были Цион и Гейденгайн (а тот и другой — иудей).

Что касается Асратяна, то он внутренне считал, что, помимо сделанного Павловым, ничего более серьезного сделать нельзя. Это было искреннее убеждение. Он рвался в верхи, не понимая, что ему не дадут, так же как и Коштоянцу, по национальному признаку. Хотя я считаю, что это пропасть. Коштоянц — талантливый человек, а Асратян — посредственность, как исследователь — также.

После обретения власти они оказались как пауки в банке. Кто पहले? Это была самая неприличная драка на глазах у всей физиологической общественности. Так, например, Асратян считал Анохина жуликом и делал все возможное через ЦК, чтобы помешать ему. «Наверху» к Анохину сохранилось покровительственное отношение. Ему сказали, что он поедет в Рязань, но ненадолго. И он это отлично знал. Вместе с тем Асратян и Бирюков не хотели допускать Анохина к власти, так как считали его не только эгоцентриком, но и боялись его. Выдающемуся физиологу Бернштейну закрыли дорогу задолго до сессии; «клевать» его стали еще в 30-е годы. Его преследовали как истинного ученого, а также как еврея.

В заключение скажу несколько слов по поводу вреда от этой сессии. Было объявлено, что вся медицина должна опираться на павловское учение, так же как педагогика и биология. Широкое распространение получил метод лечения сном. Во что обошлось лечение сном взрослых, мы не знаем. Но лечение сном детей обошлось слишком дорого. Сон считали эффективной формой терапии. Пичкали детей люминалом и превращали их в олигофренов. Кто сейчас прибегает к павловскому пониманию природы сна? Практика имела самые отрицательные последствия для медицины. Барбитураты давали детям с первых недель жизни.

В дни Павловской сессии представители школы Ленинградского университета (Битюков, Голиков и я), поскольку школу хотели переключить на павловские рельсы, решили пойти к Т. Д. Лысенко, который в то время фактически возглавлял биологическую науку. Мы решили убедить Лысенко оказать противодействие уничтожению целого научного направления — школы Введенского — Ухтомского. Добиться свидания с ним было нелегко. Но, когда мы пришли к Лысенко, нас поразила его фраза: «Что же вам от меня надо? Вас много, а я один». Это говорило об его вере в собственную непогрешимость. Когда мы ему изложили свою просьбу, он сказал: «Вы занимаетесь ерундой, вся физиология должна перейти на павловские рельсы, все животноводство. Всех коров, свиней надо кормить по звонку, по лампочке, чтобы они знали, что делать; тогда мы решим проблему животноводства». Это показывало убожество его взглядов, с одной стороны, а с другой — понимание важности воспитания автоматов. Тем не менее, многие годы в животноводстве применялись «павловские» методы. Это была нелепость, невежество.

Анохин, формально якобы пострадавший после сессии, присвоил себе понятие Ухтомского о функциональной системе. Но ничего общего с системными принципами это понятие Анохина не имело. Сам Ухтомский называл Анохина разбойником, ушкуйником с большой дороги. Будучи вхож в ЦК, Анохин добился создания программы по физиологии для медвузов, в которой главным была не физиология, а изучение так называемых функциональных систем. Это имело трагические последствия для нашей медицины, для подготовки врачей. Врач, не знающий физиологии, — не врач. Эта программа до сих пор фактически не отменена.

После сессии, в 1953 году, когда началось «дело врачей», я и моя жена целый год были без работы, находясь в крайне бедственном положении. Однажды ко мне явился Бирюков и сказал: «Вот, Илья, если ты напишешь критическую разгромную статью об Орбели или об Анохине, то твою лабораторию восстановят, я уже обо всем договорился». Моя жена сказала: «Дмитрий, чтобы больше твоей ноги не было в нашем доме». Тогда Бирюков показал нам список лиц, физиологов, работы которых не рекомендовалось цитировать не только у нас в стране, но и в странах народной демократии. Моя фамилия была одной из первых.

## Формальные нарушения мышления (психопатологическое и прогностическое значение)

В. И. Крылов (Санкт-Петербург)

В работе рассматриваются психопатологические особенности, диагностическое и прогностическое значение формальных нарушений мышления. Обсуждаются существенные дискриминирующие признаки, позволяющие разграничить различные клинические варианты формальных нарушений мышления. Сопоставляются традиционные классические дефиниции нарушений мышления и определения, приводимые в глоссариях к современным международным классификациям психических расстройств. Обосновывается необходимость сохранения и развития принципов психопатологического анализа при выявлении и квалификации психических нарушений.

**Ключевые слова:** аутистическое мышление и поведение, разорванное мышление, резонерское мышление, разноплановое мышление, аморфное мышление, тангенциальное мышление, паралогичное мышление.

В классической клинической психиатрии наиболее специфическими и значимыми для диагностики шизофрении наряду с симптомами эмоциональной и волевой дефицитарности традиционно считались формальные или количественные нарушения мышления. В диагностических указаниях к последней редакции международной классификации болезней (МКБ-11) формальные нарушения мышления не вошли в число диагностически значимых признаков расстройств шизофренического спектра.

В большинстве отечественных руководств, учебных и справочных пособий выделяются формальные нарушения мышления или расстройства ассоциативного процесса и нарушений мышления по содержанию. К нарушениям мышления по содержанию традиционно относят навязчивые, сверхценные и бредовые идеи.

Формальные нарушения мышления могут быть разделены на три основные группы: нарушения динамики мыслительной деятельности, нарушение целенаправленности мышления и нарушения вследствие искажения процесса обобщения. В основе данного принципа систематики лежит раз-

деление нарушений ассоциативного процесса, исходя из лежащих в их основе механизмов нарушения психической деятельности (Зейгарник Б. В., 1962). Необходимо отметить условность разделения формальных нарушений мышления на отдельные подгруппы. В частности, такие нарушения как резонерское и символическое мышление в одних систематиках рассматриваются в качестве следствия искажения процессов обобщения, в других систематиках трактуются в качестве клинического проявления нарушения целенаправленности и логической структуры мышления.

В других систематиках формальных нарушений мышления выделяется отдельная группа нарушений ассоциативного процесса, основным клиническим признаком которой является расстройство грамматического строя речи (Солдаткин В. А., 2021). В связи с этим, необходимо отметить, что, несмотря на тесную связь двух психических функций, более обоснованным на наш взгляд является разделение нарушений мышления и речи. Кроме того в рамках данного подхода разорванное мышление может быть отнесено в две различные группы — как к нарушению

ям целенаправленности мышления, так и нарушениям грамматического строя речи.

Формальные расстройства мышления или расстройства ассоциативного процесса в отличие от расстройств мышления по содержанию в процессе клинического обследования больного выявляются вне зависимости от конкретной тематики беседы. Если нарушения содержательной стороны мышления в виде бредовых, сверхценных и навязчивых идей отвечают на вопрос «о чем думает больной», то формальные нарушения мышления отвечают на вопрос «как думает больной». То есть, формальные расстройства мышления являются следствием **нарушения организации ассоциативной деятельности**. Таким образом, формальные нарушения мышления отражают то, как больной выстраивает и излагает свои мысли.

В то же время разделение расстройств мышления на количественные и качественные является, в известной мере, условным. В клинических проявлениях бредовых переживаний мы видим и проявление формальных нарушений мышления — аутистического, символического, паралогического мышления. Символическое мышление может определять развитие идеаторных и двигательных ритуалов, рассматриваемых в качестве навязчивых нарушений.

В большинстве случаев формальные расстройства мышления не являются предметом жалоб больного при обращении за медицинской помощью. Они рассматриваются больными в качестве их естественных индивидуальных характерологических особенностей.

Формальные нарушения мышления представляют собой гетерогенную в клиническом отношении группу расстройств. Выделение отдельных вариантов формальных нарушений мышления основывается на изменении темпа и последовательности процесса мышления, а также логических особенностей его построения.

В одних случаях диагностика формальных нарушений мышления основывается преимущественно на вербальном отчете больных о субъективных переживаниях. К нарушениям, имеющим преимущественно

субъективный характер, могут быть отнесены ментизм и шперунг. В других случаях, напротив, формальные нарушения мышления могут не осознаваться и диагностироваться на основе анализа речевой продукции больных.

По-разному в рамках дименсиональной модели психических расстройств трактуются формальные нарушения мышления. Одни авторы относят формальные нарушения мышления к позитивной либо негативной симптоматике, другие выделяют формальные нарушения мышления в качестве относительно автономной группы. Существование различных точек зрения по данному вопросу во многом определяется клинической гетерогенностью формальных нарушений мышления.

Определенный интерес представляет анализ систематики формальных нарушений мышления в глоссариях в шкалах для количественной оценки выраженности психических нарушений SAPS и PANSS. В глоссарии к шкале SAPS формальные нарушения мышления разделены на «недефицитарные» (позитивные) и дефицитарные (негативные). Недефицитарные нарушения мышления противопоставляются дефицитарным нарушениям мышления в частности феномену алогии.

В глоссарии к шкале PANSS «специфические нарушения мышления», имеющие в своей основе «концептуальную дезорганизацию мышления», противопоставляются нарушениям абстрактного мышления и стереотипному мышлению.

Выявление и квалификация формальных расстройств мышления проводится на основе клинической беседы продолжительностью не менее 40 – 50 минут. В рамках более короткого интервью обнаружить различные варианты формальных нарушений мышления бывает сложно. Чтобы выявить и оценить количественные нарушения мышления, надо предоставить больному возможность спонтанно рассуждать на любую значимую для него тему. Необходимо просить больного уточнить и пояснить значение тех высказываний, которые кажутся спорными.

**Аутистическое мышление** — одно из проявлений феномена аутизма, затрагивающего различные сферы психической деятельности. Аутистическое (греч. *autos* — сам) мышление, грубо оторванное от реальной действительности, противоречит реальности и не корректируется реальностью. Аутистическое мышление является антиподом так называемого реалистического мышления. Отказ от законов формальной логики — один из главных признаков аутистического мышления. При этом роль субъективного фактора доведена до предела. Мышление лишено конкретики, характеризуется отчетливым преобладанием аффективного мышления над логическим мышлением.

В литературе аутистическое мышление определяют как «недисциплинированное» или «тенденциозное мышление (Блейлер Е., 1927). Аутистическое мышление «осуществляет желания, устраняет препятствия и превращает невозможное в возможное, так как совершенно не учитывает конкретных, объективных, реальных обстоятельств». Характеризуется погружением в мир собственных переживаний с отгороженностью, отрывом от внешнего мира. Суждения больного обусловлены преимущественно его внутренними переживаниями — эмоциями и фантазиями

Аутистическое мышление — это «само сосредоточение в собственном изолированном мире», «мышление, направленное внутрь, сконцентрированное на собственных фантазиях, безотносительно к реальности», «с неспособностью различать реальность как таковую и должным образом учитывать ее». Суждения и умозаключения больных недостаточно соотносятся с реальностью, оторваны от действительности. Больные не делают очевидных выводов из фактов и ситуаций реальной жизни», «сами больные не обнаруживают ничего загадочного в том, что им кажется в том, что им кажется непонятным» (Ясперс К., 1997).

Аутистическое мышление отражает лишь внутренний миру больного, который «поворачивается спиной к окружающему миру». В основе аутизма лежит «ассоциативная слабость» — снижение направленности мышления на реальные предметы. Это мышление,

обусловленное субъективными установками, желаниями больного. Суждения и умозаключения больных не подчиняются законам логики, непонятны окружающим. Окружающая действительность не является для больных критерием истины. Больные не пытаются проверить истинность своих суждений, не нуждаются в доказательствах своей правоты, игнорируют очевидные противоречия. Самые разные желания и представления могут сосуществовать друг с другом, независимо от того, противоречат они друг другу или нет. Пациенты с аутизмом полагают, что можно быть одновременно живым и мертвым, жить одновременно в XVI и XXI веке.

Больных практически не интересует мнение окружающих. Как правило, они неразговорчивы, производят впечатление замкнутых, нелюдимых личностей. В то же время многие из них охотно излагают свои мысли в письменной форме. Больные полностью погружены в абстрактные, философские размышления. Характерной является полная отгороженность даже от самых близких родственников, так называемый «болезненный прагматизм» — *rationalisme morbide* (Minkowsky E., 1937).

В трактровке Е. Bleuler (1912) аутистическое мышление — это мышление «осуществляющее желание», «превращающее невозможное в возможное и реальное». Аутизм может рассматриваться в качестве одного из проявлений **схизиса** — расщепления между внутренним и внешним миром.

Многие больные с аутистическим мышлением практически ничего не сообщают о своих переживаниях, не стараются убедить в них окружающих (так называемый «бедный аутизм»). Для больных с «бедным аутизмом» характерна замкнутость, отгороженность от окружающих, недоступность контакту, бедность эмоциональной жизни. «Бедный аутизм» наблюдается при прогрессивных расстройствах шизофренического спектра.

Для больных с «богатым аутизмом» характерна склонность к фантазированию, восторженность, яркая гамма эмоциональных переживаний. Больные многоречивы, сообщают о фантастических невероятных событиях прошлого и настоящего, имеющих

к ним прямое отношение. «Богатый аутизм» наблюдается при малопрогрессирующих формах расстройств шизофренического спектра.

Истинный или первичный аутизм, не имеющий в своей основе нарушений каких-либо психических процессов и функций, необходимо отграничивать от так называемого «астенического аутизма» (Снежневский А. В., 2004) и «телесного аутизма» (Смулевич А. Б., 2011). В первом случае погружение в собственные переживания с отрывом от реальности определяется повышенной истоцаемостью, непереносимостью любых нагрузок. Во втором случае погруженность в мир собственных переживаний связана с болезненной убежденностью в наличии тяжелого, представляющего угрозу жизни заболевания.

Обратной стороной аутизма являются два близких, но не идентичных психопатологических феномена — **регрессивная синтонность** и **патологическая аутистическая активность**. Одно из рассматриваемых понятий (регрессивная синтонность) может быть отнесено в группу эмоциональных нарушений, другой феномен (патологическая аутистическая активность) включен в группу поведенческих симптомов.

О регрессивной синтонности речь идет в случаях чрезмерной, неуместной откровенности больных, без учета ситуационных факторов и культуральных норм. Больные охотно отвечают на бестактные вопросы, делятся подробностями своей интимной жизни с малознакомыми людьми.

Аутистическое мышление традиционно рассматривается в качестве основного симптома шизофрении. Кроме того, аутистическое мышление характерно для других расстройств шизофренического спектра — шизотипического расстройства личности и шизоидной психопатии. В современных международных классификациях психических и поведенческих расстройств выделена отдельная диагностическая рубрика — расстройств аутистического спектра.

**Символическое мышление.** Мышление, при котором общепринятым понятиям и терминам придается недоступный для окружающих, понятный только самому боль-

ному смысл. Символическое мышление тесно связано с аутистическим мышлением. Символическое мышление оперирует символами образов и понятий, лично значимых для больного, но недоступных пониманию окружающих. Символика мышления может рассматриваться в качестве аутизма на уровне одного понятия, своеобразного «терминологического или семантического аутизма».

Детальное рассмотрение вопросов, связанных с клиническими проявлениями, типологией, психологическими механизмами и диагностическим значением символического мышления будет представлено во второй части данного сообщения.

**Разорванность мышления** характеризуется нарушением внутренней содержательной смысловой связи между частями предложения при сохранности грамматической структуры фразы. Происходит «разъединение логически вытекающих друг из друга ассоциаций». Проявление разорванного мышления — «семантическая диссоциация при синтаксической сохранности». Отдельные понятия «нанизываются» друг на друга вне всякой логической связи.

В основе разорванного мышления лежит «ассоциативный разрыв» — разъединение логически вытекающих друг из друга ассоциаций (Блейлер Е., 1991). Разорванность мышления рассматривается как «семантическая диссоциация при известной сохранности синтаксической стороны речи».

При разорванном мышлении имеет место «разрыв цепи ассоциаций», отсутствие логической связи между отдельными суждениями и умозаключениями. Происходит «расползание и разъезжание» мыслей (Крепелин Э., 1912), «соединение не связанных общим смыслом мыслей».

Важно отметить, что разорванность мышления проявляется у больных даже при отсутствии собеседника, при ничем не вызванной спонтанной речи (так называемый **симптом монолога**). Особенно хорошо разорванность мышления выявляется при анализе письменной продукции больных.

Крайняя степень разорванности мышления определяется как «словесный салат» или «словесная крошка». Речевая продук-

ция больных в этом случае состоит из набора совершенно ничем не связанных слов. Согласно одной из точек зрения, разорванность мышления рассматривается в качестве крайней степени разнопланового мышления (Зейгарник Б. В., 1962).

Разорванное мышление — одно из проявлений схизиса — расщепления психической деятельности на уровне процесса мышления. В отличие от соскальзывания, при разорванном мышлении нарушается грамматическая структура отдельных фраз. Традиционно разорванное мышление рассматривается в качестве симптома, характерного для проградентных форм шизофрении. Степень выраженности симптома может меняться. Разорванность мышления может исчезать при спонтанной и терапевтической ремиссии.

В глоссарии к шкале для количественной оценки негативной симптоматики SAPS понятия разорванное и инкогерентное мышление рассматриваются в качестве синонимов. Данное утверждение на наш взгляд является мало обоснованным. Несмотря на феноменологическое сходство, два данных симптома имеют в основе различный механизм развития, различное диагностическое и прогностическое значение. Инкогерентное мышление является компонентом аментивного помрачения сознания, следовательно, имеет преходящий характер по мере восстановления сознания. Разорванное мышление входит в триаду формальных нарушений мышления, предпочтительных для шизофрении. Развитие разорванного мышления в одних случаях может быть связано с нарушениями на семантическом уровне, «когда отдельные слова заменяются другими», при этом «общий смысл предложения деформируется или теряется вовсе». Из предложения «выпадают союзные слова, теряется смысл управления процессом». Кроме того, разорванное мышление не связано с расстройством сознания и имеет стабильный, достаточно устойчивый характер.

Как справедливо отмечается в глоссарии к шкале SAPS, разорванное мышление необходимо отличать от речевой продукции больных с низким образовательным и культуральным уровнем, идиоматических оборо-

тов, характерных для определенных этнических групп. Примером такого идиоматического оборота в русском языке является фраза «плюй в глаза, божья росса».

**Атактическое мышление** (греч. *Аταλία* — беспорядок, отсутствие координации) — «прыгающее» или «скачкообразное» мышление. В клинической шкале SAPS термины «соскальзывание» и «разрыхление ассоциативного процесса» рассматриваются в качестве синонимичных понятий. Проявляется нарушением спонтанной речи, с постоянными переходами от одной мысли к другой мысли, плохо или отдаленно связанной с первой мыслью.

Атактическое мышление рассматривается как «процессуальное ассоциативное расстройство, заключающееся в грамматически правильно оформленной речевой продукции». Два последовательно высказываемые суждения могут быть практически не связаны между собой по содержанию. В процессе беседы суждения, связанные с одной тематикой, сменяются суждениями, совершенно не связанными с первой темой. При этом система доказательств одного умозаключения используется для подтверждения истинности другого умозаключения.

Структурной единицей атактического мышления является **паралогизм** — неправильное сочетание понятий и представлений, которое не соответствует общепринятым семантическим границам. В основе атактического мышления лежит феномен интрапсихической атаксии (Останков В. П., 1934). Для аргументации одного суждения используется система аргументов, обосновывающая другое суждение. Обычно в спонтанной речи соскальзывания наслаиваются друг на друга. В результате этого больной постепенно «удаляется» от основной темы разговора, не замечая этого. Речевая продукция больных с атактическим мышлением либо совсем недоступна пониманию, либо, несмотря на то, что отдельные звенья оставляют впечатление связности, конечный смысл высказывания утрачивается.

Атактическое мышление рассматривается либо в качестве самостоятельного психопатологического феномена, либо в качестве разновидности разорванного мышления.

Неожиданное возникновение ассоциаций при соскальзывании сравнивают с ходами одной из шахматных фигур («ход шахматного коня»). При соскальзывании больной отклоняется от первоначальной идеи, теряет нить мысли. «Место нужных мыслей занимают другие, не связанные с предыдущими мыслями». Происходит «непреднамеренный разрыв цепочки мыслей, внезапное вклинивание нового мыслительного содержания на место правильной цепочки мыслей» (Ясперс К., 1997).

Атактическое мышление характеризуется внезапным изменением тематики высказываний, переходом от одного представления к другому «вне естественных логических связей». При нерезкой выраженности нарушений мышления соскальзывания могут носить эпизодический характер и наблюдаются на фоне формально правильных суждений.

При соскальзывании теряется смысловая связь между «большими семантическими (смысловыми) конструкциями, при сохранности грамматической структуры отдельных фраз. Происходит внезапный произвольный переход с одной темы на другую, вкрапление неожиданных ассоциаций в обычный ход мышления. В основе соскальзывания лежит нарушение логического хода мышления, «переход из одного логического блока в другой». Рассуждая на какую-либо тему или решая какое-либо задание, больной сбивается с правильного хода мыслей на ложный, не возвращаясь к допущенной ошибке и не исправляя ее. Соскальзывание происходит вследствие актуализации латентных, слабых связей между понятиями. При этом существенные значимые связи между понятиями остаются на периферии сознания. В одних случаях соскальзывание основывается на ассоциациях по созвучию и контрасту. В других случаях соскальзывание базируется на мало значимых (латентных) признаках понятий. В дальнейшем больной, как правило, возвращается к прежней теме, не пытаясь объяснить неожиданный переход на другую тему. Выявить соскальзывания удается лишь у сравнительно сохранных больных, без грубых нарушений мышления, при которых соскальзывание не

перекрывается более грубыми расстройствами.

Данное нарушение мышления не связано с астенической симптоматикой, повышенной истощаемостью больных, не поддается логической коррекции в процессе обследования.

Некоторые авторы ставят знак равенства между понятиями атактическое и разорванное мышление. (Осипов В. П., 1934; Блейхер В. М., Крук И. В., 1995) При этом крайняя степень выраженности атактического мышления рассматривается в качестве разорванного мышления. Иной точки зрения придерживался И. Ф. Случевский (1957), считавший эти понятия не равнозначными.

По нашему мнению, различие между атактическим и разорванным мышлением заключается в том, что при атактическом мышлении нарушается смысловая связь между содержанием отдельных высказываний («семантическим конструкциями»), при этом смысловое содержание отдельных компонентов речи, грамматическое построение отдельных фраз не нарушено. В случае разорванного мышления нарушается смысловая связь, как между отдельными высказываниями, так и внутри отдельных фраз.

Атактическое мышление тесно связано с паралогичным и резонерским мышлением. Атактическое и разорванное мышление может какое-то время маскироваться жалобами больных на ухудшение когнитивных функций. Появлению объективно выявляемых нарушений мышления предшествуют субъективные жалобы больных на утрату способности к концентрации внимания, плохую память, ослабление умственных способностей. «Я быстро забываю свои мысли, только хочу, что-то записать, как мысль улетучивается». «Полный сумбур в голове, не могу сосредоточиться». «Посторонние мысли в голове отвлекают внимание».

Аутистическое мышление, разорванное мышление и атактическое мышление рассматриваются в качестве проявлений шизиса (расщепления психики) или компонентов дисфренического синдрома А. А. Портнова (1971).

**Резонерское мышление** (бесплодное мудрствование). Мышление с преобладани-

ем пространных отвлеченных рассуждений на общие темы, «сверхобобщений» по поводу общеизвестных истин, «поиску причинной связи между различными явлениями». Сущностным признаком резонерского мышления является болезненная склонность к необоснованным обобщениям, теоретизированию. Основными чертами резонерского мышления являются склонность к общим рассуждениям и неспособность принимать во внимание конкретные факты.

«Мышление ради мышления», лишенное конкретного содержательного смысла. Рассуждения ни о чем, пространное разглагольствование. Характерной является склонность к поверхностным аналогиям. Несмотря на «квазиабстрактный» характер мышления, больные нередко не могут ответить на самый простой, конкретный вопрос.

Характерной является «непродуктивная многоречивость». Речевая продукция больных с резонерством отличается нарочитой глубокомысленностью, сложностью речевых конструкций с обилием причастных и деепричастных оборотов, вводных слов. Типичной является витиеватость речи, использование совершенно не подходящих к предмету обсуждения понятий. При этом для больного не важно, понял ли его собеседник. В этом заключается сходство резонерского и аутистического мышления.

Резонерское мышление особенно отчетливо выявляется при выполнении заданий, требующих словесных определений, формулировок, сравнения понятий, сопоставления переносного значения пословиц и поговорок.

Близкими, но идентичными понятиями являются резонерское мышление и бесплодное мудрствование. Общим признаком резонерского мышления является стремление больных к абстрактным, отвлеченным рассуждениям. Разграничение данных психопатологических феноменов возможно на основании следующих дискриминирующих признаков:

1. Резонерское мышление находит отражение в экспрессивной речи, высказываниях больных. Бесплодное мудрствование обычно имеет характер внутренней речи,

поэтому выявляется только при направленном расспросе.

2. Критическое отношение к резонерскому мышлению у больного отсутствует, тогда как, бесплодное мудрствование обычно имеет характер навязчивой идеи с сохранением критического отношения.

3. Наконец, бесплодное мудрствование, как правило, ограничивается какой-то одной тематикой, в то время как резонерство политематично, затрагивает самые разные вопросы и темы.

Резонерское мышление часто наблюдается у больных с односторонними сверхценными увлечениями в рамках синдрома метафизической или философской интоксикации.

Резонерское мышление одними авторами рассматривается в качестве симптома нарушения направленности мышления, другими авторами оценивается в качестве нарушения процесса обобщения. Резонерское мышление наблюдается не только при психических заболеваниях, но и у здоровых лиц, как правило, при наличии акцентуации характера.

При заболеваниях шизофренического спектра сравнительно небольшой давности заболевания резонерство отличается «сравнительно большей информативной насыщенностью». При наличии выраженного эмоционально-волевого дефекта мышление больного приобретает «выхоленный характер» (Блейхер В. М., Крук И. В., 1995).

Особенностью резонерства при эпилепсии является его компенсаторный характер, связанный с переоценкой собственной личности. Данное обстоятельство определяет склонность больных к морализаторству, менторству, поучительному тону. Компенсаторное резонерство не выходит за рамки банальной риторики, рассуждений о значении морали, нравственности, чести, этических норм.

**Тангенциальное мышление.** В дословном переводе термин тангенциальное мышление означает «мышление по касательной». В беседе больные с тангенциальным мышлением постоянно отклоняются от основной темы, имеет место уход от ответа на поставленный вопрос. Некоторые авторы

считают термин тангенциальное мышление синонимичным к термину резонерское мышление, делая акцент на выявляемую у больных склонность к рассуждательству, теоретизированию (Банщиков В. М., Короленко Ц. П., Давыдов, 1977, Жмуров В. А., 1994).

В глоссарии к клинической шкале SAPS отмечается сходство тангенциального мышления с атактическим мышлением. По мнению составителей глоссария, границы между двумя понятиями являются «нечеткими», «неопределенными». В том и другом случае в основе нарушения лежит «разрыхление ассоциаций», так как между высказываниями больных существует лишь «отдаленная логическая связь». Однако, если атактическое мышление выявляется при анализе спонтанной речевой продукции больных, то тангенциальное мышление не связано со спонтанной речью, выявляется только при ответах больных на поставленные вопросы.

В других работах тангенциальное мышление отождествляется с симптомами и миморечи, и мимоговорения на том основании, что больные дают ответы, не имеющие прямого отношения к задаваемому вопросу (Овсянников С. А., 2006). При тангенциальном мышлении больные дают косвенные или малосодержательные ответы, имеющие хотя бы отдаленное отношение к задаваемому вопросу.

В контексте рассматриваемого вопроса важно отметить, что при тангенциальном мышлении в отличие от феномена мимоговорения и миморечи больные не дают явно нелепых ответов на задаваемые вопросы. При истерических расстройствах мимоговорение является своеобразной формой ухода от ответа на вопрос.

**Аморфное («расплывчатое», «неточное», «неясное») мышление.** Расплывчатое мышление с «разрыхлением ассоциаций», неспособность отразить сущность рассматриваемого вопроса. Больные не могут кратко и четко сформулировать свои мысли, ответить на задаваемые вопросы. В отличие от разорванного мышления, связь между отдельными частями предложения и даже фразами сохранена. Однако содержание любой мысли улавливается с трудом. Основной

смысл высказываний больных остается непонятным окружающим. Обращаясь за помощью в связи с ухудшением самочувствия, больные не могут четко сформулировать ни одной жалобы.

«Нормальное сочетание идей теряет свою прочность, место нужных мыслей занимают другие, не связанные с предыдущими мыслями. Следующие друг за другом ассоциации могут иметь отдаленные связи либо совсем терять их» (Шнайдер К., 1923).

Аморфное мышление необходимо отличать от резонерского мышления. В первом случае непонятно о «чем» говорит больной, во втором случае «зачем» он это говорит. Аморфное мышление является следствием разноплановости мышления и атактического (смыслового) соскальзывания; рассматривается в качестве общего названия двух этих симптомов (Перельман А. А., 1957). Аморфное мышление наиболее характерно для расстройств шизофренического спектра — манифестных форм шизофрении, шизотипического и шизоидного расстройства личности.

**Разноплановое мышление.** В случае разнопланового мышления формирование суждений и умозаключений происходит, исходя из различных подходов и принципов. Наблюдается смешение различных подходов, не выдерживается единая линия рассуждений при рассмотрении какого-либо объекта, события, явления. Рассмотрения объекта «в разных плоскостях» с различных несовместимых позиций.

**Паралогичное мышление** (греч. *paralogis* — противный разуму) — ошибочное индуктивное умозаключение, «возникновение несопоставимых ассоциативных связей», объединение противоречивых идей и образов», «кривая логика». Вследствие этого больной приходит к ошибочным выводам, которые не следуют из предшествующих рассуждений. При этом из правильных логических посылок больные делают некорректные логические умозаключения. В результате этого речевая продукция больного «изобилует ошибочными индуктивными умозаключениями». Паралогичное мышление основывается на объединении случайных, несопоставимых явлений и фактов,

умозаключения больного ничем не обоснованы.

Сущностная особенность данного нарушения мышления заключается в том, что паралогичное мышление базируется на законе партиципации, допускающем «идентификацию двух объектов мышления при их частичном совпадении». Следствием этого является «возникновение несопоставимых ассоциативных связей», «объединение противоречивых идей с произвольной заменой одних понятий другими, резко отличающихся по тематике идей».

Мышление сопровождается нарушением логических связей, игнорированием доказательств, смешением понятий. Следствием этого являются абсолютно необоснованные, нередко абсурдные выводы. Верные предпосылки и доказательства умозаключений игнорируются, а существенные признаки и соображения заменяются выводами, не имеющими связи с исходными посылками. Аргументация умозаключений ошибочна. Выводы, логические ошибки не поддаются коррекции.

Паралогичное мышление характеризуется предвзятым, односторонним направлением мыслительной деятельности. Принимаются во внимание лишь те факты и аспекты событий и явлений, которые соответствуют доминирующей идее.

«Кривая логика» определяет развитие интерпретативного бреда. Формально структура мышления при паралогичном мышлении не нарушена. Более того, «кривая логика» позволяет объединить отдельные суждения и умозаключения. Необходимо отметить, что если на основе паралогичного мышления наблюдается формирование бредовых идей, то феномен паралогичности не должен рассматриваться в качестве отдельного самостоятельного формального нарушения мышления.

Несомненный интерес представляет феноменологический и психопатологический

анализ двух «потеряшек» клинической психопатологии — феноменов насильственного мышления в виде ментизма и шперунга, что будет рассмотрено во втором сообщении на данную тему.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Банщикова В. М., Короленко Ц. П., Давыдов И. В. Общая психопатология. — 1977
2. Блейлер Е. Руководство по психиатрии. — 1991, 2023
3. Блейхер В. М., Крук И. В. Толковый словарь психиатрических терминов. — 1995.
4. Жмуров А. В. 1994 Клиническая психиатрия. — 2010.
5. Зейгарник Б. В. Патология мышления. — 1932.
6. Крепелин Э. Введение в психиатрическую клинику. — 2004.
7. Общая психопатология: медицина и искусство (под ред. В. А. Солдаткина) — Ростов-на-Дону, 2021.
8. Осипов В. П. Курс общего учения о душевных болезнях. — 1934.
9. Перельман А. А. Очерки расстройств мышления. — 1958.
10. Портнов А. А. Общая психопатология: учебное пособие. — 2004
11. Случевский И. Ф. Психиатрия. — 1957.
12. Смуглевич А. Б. Психосоматические расстройства в клинической практике. — 2019.
13. Снежневский А. В. Лекции по общей психопатологии. — 1966, 2004.
14. Шнайдер К. Клиническая психопатология. — 1999.
15. Ясперс К. Общая психопатология. — 1997.

*От редактора. Публикуемый текст посвящен давно не обновлявшейся теме и представляет уточнение и обоснование автором наиболее употребляемых в отечественной психопатологии и патопсихологии типов нарушений мышления. Мы надеемся, что эта работа внесет ясность и послужит началом конструктивного продвижения этой проблематики. Особая актуальность этого связана с отмеченным автором, парадоксальным для нас, отсутствием опоры на эти расстройства в МКБ.*

# Пилотная оценка в стационаре клинических особенностей пограничного личностного расстройства у подростков

Е. В. Корень, Т. А. Куприянова<sup>1</sup>

В статье представлены результаты пилотной клинической оценки сплошной когорты подростков, госпитализированных в психиатрический стационар в 2021 – 2022 годах, психическое состояние которых соответствовало критериям пограничного личностного расстройства по МКБ-11. По полученным предварительным данным, выявленный профиль презентации симптоматики и коморбидных расстройств, а также краткосрочный ответ на терапию отличается от взрослых пациентов с ПРЛ и свидетельствует в пользу рассмотрения ПЛР с началом в подростковом возрасте как относительно самостоятельного подтипа и оправданности использования дименсионального подхода для поиска и оптимизации подходов к ранним терапевтическим вмешательствам в отношении данной категории больных.

**Ключевые слова:** пограничное личностное расстройство, подростки, коморбидность, МКБ-11.

Пограничное личностное расстройство (ПРЛ) являет собой яркий пример «новой реальности» в психиатрии, вступающей в конфронтацию с классическими канонами и традициями клинической практики.

Крайне показательно представленное во многих современных руководствах и парафированное в МКБ-11, клинически малосодержательное определение ПРЛ как «первазивного паттерна нестабильности в межличностных отношениях, образе себя, аффектах и повышенной импульсивности», где под «первазивностью» понимается относительная устойчивость набора определенных дезадаптивных личностных черт («traits») [30].

На наш взгляд, в этом находит свое отражение длящийся последние десятилетия процесс «размывания» клинического подхода в современных классификациях с дрейфом, в том числе, в сторону преобладающего использования при описании психопатологических расстройств семантически психологизированного контекста номенклатуры понятий [1].

Вкупе с этим, операциональное обращение к труднопереводимому на русский язык понятию нарушения так называемого «сел-

фа» («self») с неопределенными клиническими границами и содержанием, как стержневому расстройству при ПРЛ, имеет явную отсылку к ранее доминировавшим психоаналитически ориентированным подходам [18].

В текущем «временном срезе» ПЛР относится к числу психических расстройств, вызывающих наибольший интерес как с клинических, так и с теоретических позиций. ПРЛ считается наиболее часто встречающимся в клинической практике личностным расстройством, на порядок опережая ряд других по уровню диагностирования [27], а количество публикаций, посвященных ПЛР за последние несколько десятилетий, стало рекордным по отношению к остальным категориально диагностируемым личностным расстройствам [7].

В DSM-5 и МКБ-11 ПРЛ рассматривается как устойчивый набор дезадаптивных личностных черт, определяющих специфический тип патохарактерологического личностного реагирования. Примечательно, что, несмотря на всю революционность предложенных изменений, связанных с отказом от категориального подхода в диагностике личностных расстройств, разработчики МКБ-11 сохранили «пограничный паттерн» как дополнительный спецификатор, пойдя тем самым на нарушение предложенной стройной системы из 5 доменов личностных черт [3].

<sup>1</sup> Московский научно-исследовательский институт психиатрии — филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского» Минздрава России (Москва).

Следует так же отметить гетерогенность предложенного конструкта ПРЛ при использовании имеющихся в МКБ-11 диагностических указаний, согласно которым наличие для достижения диагностического порога 5 из 9 политегетических признаков может давать в совокупности 256 вариантов клинически значимых комбинаций, некоторые из которых могут иметь лишь один общий симптом [26], а в качестве диагностического критерия парадоксальным образом допускается возможность формирования в структуре «пограничного» патохарактерологического реагирования переходящих нарушений психотического регистра и диссоциативных симптомов [30]. В этом же контексте стоит отметить использование достаточно нетривиального подразделения симптоматики ПРЛ на так называемые «острые» симптомы, такие как «самоповреждающее поведение», впервые выделенное в МКБ-11 в качестве диагностического критерия применительно именно к ПРЛ, и — описательные клинические признаки, отражающие наличие аномально выраженных личностных черт.

Кроме того, исходя из представленной в МКБ-11 модели личностных расстройств, недвусмысленно заявляется об их лишь «относительной» устойчивости в зрелом возрасте. Этим фактически дезавуируется использование общепризнанных «ганнушкинских» критериев диагностики личностного расстройства, оправдываемое кураторами разработки МКБ-11 из Всемирной организации здравоохранения постулируемым усилением фокуса на «клинической применимости» классификации и индивидуализации терапевтических подходов применительно к больным с аномальным личностным функционированием [21].

В подростковой клинической практике проблема ПРЛ находит свое специфическое преломление. Наряду с широким распространением в последние годы таких клинико-социальных феноменов, как самоповреждающее поведение, расстройства пищевого поведения, недовольство внешностью, проблемы гендерной идентичности, наличие разного рода «сущностей», стремление «иметь» психиатрический диагноз и др., фиксируется резко возросшее за последние несколько лет число обращений за помощью

детей и подростков с различными психическими расстройствами, у которых, помимо основных клинических проявлений, выявляется констелляция клинических признаков, в той или иной степени соответствующая критериям ПРЛ, что коррелирует с наблюдаемым нами значительным увеличением числа госпитализаций подростков с симптомами ПЛР [2].

Как подтверждение существующей тенденции, целый ряд обширных эпидемиологических исследований, основанных на клинических реестрах и национальных базах данных, фиксирует стабильный прирост требующих терапевтического вмешательства случаев данного расстройства [6, 10, 20].

В МКБ-10 ПЛР признается как клиническая реальность, и как диагностическая рубрика рассматривается в разделе «Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых» как «пограничный тип» (под шифром F60.31) эмоционально неустойчивого расстройства личности МКБ-10, [4]. Согласно существующим в России правилам, отнесение ПЛР к «взрослому» разделу формально препятствует диагностике этого расстройства в детско-подростковом возрасте, что затрудняет своевременную диагностику и проведение соответствующих терапевтических вмешательств [2].

Помимо признания, вопреки постулатам МКБ-10 и сложившейся отечественной практике пользования международной классификации, самого факта релевантной диагностики ПЛР в подростковом возрасте и отсутствия к настоящему времени исчерпывающего объяснения отчетливого роста числа подростков с симптомами ПЛР, вероятно требующего пересмотра роли социальных факторов в формировании «новой» психопатологии, большинство профессионалов в области психического здоровья детей и подростков сходятся во мнении о возможности формирования ПЛР в подростковом возрасте (IASAPAR, 2012) [9].

Формально, дебатировавшийся несколько десятилетий вопрос о возможности формирования ПЛР в подростковом возрасте был решен к моменту принятия обновленной версии DSM-IV в 2000 году, как результат накопления научных данных, показавших, что симптомы ПРЛ могут иметь конструктивную валидность и быть надежно

идентифицированными у подростков [19]. В данной классификации впервые появилась четкая ссылка на возможность диагностики данного расстройства в пубертатном возрасте с использованием аналогичных взрослым большим категориальных ранговых критериев [13].

Согласно проведенным исследованиям, диагноз ПРЛ может быть надежно определен уже начиная с 11 лет [31], с достижением пика частоты симптоматики к 14 годам [11], несмотря на существование так называемого «культурального порога» в интерпретации симптомов ПЛР в разных странах, определяемого как индивидуальными и коллективными профессиональными предпочтениями специалистов в разных странах, так и культуральной спецификой репрезентации симптомов самими пациентами [9].

Подобная смена «парадигмы» может свидетельствовать о преодолении имевших место среди клиницистов «негативных» стереотипов («reluctance») в отношении возможности диагностики ПЛР в данной возрастной группе [23], связанных с субъективным диагностическим «замещением» на коморбидную, или ошибочно диагностируемую, как правило, аффективную патологию, и наличием объективных трудностей дифференцировки от утрированных вариантов «нормального» развития и постстрессовых расстройств, вплоть до высказывания «пограничной» точки зрения о наличии «ПРЛ-черт» как имманентной характеристики подросткового возраста [16] и «нормативном» усилении неадаптивных личностных черт в пубертате [24].

По некоторым оценкам, устойчивый паттерн «пограничного» личностного реагирования у подростков встречается даже чаще, чем во взрослом возрасте [12]. Значительный корпус данных свидетельствует о наличии клинических особенностей проявления ПРЛ у подростков в виде колебаний уровня выраженности и характерного клинического профиля симптоматики со склонностью к более частой презентации «острых» симптомов ПЛР, таких как повторные самоповреждения и суицидальное поведение, вкупе со вспышками гнева и эмоциональной нестабильностью [4, 23], доминирования тех или иных диагностических критериев ПЛР на разных этапах развития [17] и наличия

симптомов, почти исключительно ассоциированных с подростковым возрастом, таких как чувство пустоты, флуктуации в самовосприятии и зависимость от специфических взаимоотношений для поддержания чувства идентичности [15].

Эти сообщения заслуживают особого внимания, поскольку делают оправданными клинические предположения о возможности рассмотрения в наличии симптомов ПРЛ у подростков как своего рода эпифеномена, или даже наводят на мысль о правомерности выделения в ряде случаев, как относительного самостоятельного, «подросткового подтипа» ПРЛ, со всей очевидностью требующего дальнейшего изучения.

На практике до настоящего времени сохраняется сопротивление части специалистов в сфере охраны психического здоровья детей и подростков к постановке данного диагноза. Ситуация усугубляется фиксируемым с начала ковид-эпидемии значительным ростом числа обращений за помощью подростков с симптомами ПЛР, причём значительная часть из них нуждается в стационарном лечении. Крайне актуальными остаются вопросы коморбидности данного расстройства у подростков, что создает существенные трудности для раннего распознавания, проведения дифференциальной диагностики с другими психическими расстройствами и успешной курации данной категории больных.

**Цель исследования:** С целью изучения особенностей коморбидных и клинических соотношений ПЛР клинически обследованы все подростки в возрасте с 11 до 17 лет, госпитализированные в детское отделение Московского НИИ психиатрии в 2021–2022 годах и соответствующие диагностическим требованиям для постановки диагноза ПЛР по МКБ-11. Средний возраст пациентов 16,6 лет.

**Результаты:** Временной период от начала появления симптомов до обращения за помощью и установления диагноза ПЛР составил 2,8 лет. У всех 74 обследованных подростков (женского пола 72 пациента) наблюдались коморбидные расстройства. Комплексная коморбидность — у 31 (43 %) больных. Наличие «буллинга» в анамнезе имело место в 47 (63,5 %) наблюдениях. Тревожные и постстрессовые расстройства

предшествовали клинической манифестации симптомов ПЛР в 64 (86,5 %) случаях. Самоповреждающее поведение и суицидальные попытки отмечались у 58 (78,4 %) пациентов. Проблемы самоидентификации, включая вопросы гендерных предпочтений, наблюдались у 56 (75,7 %) подростков. Трудности в межличностных отношениях, включая страх «быть покинутым» у 64 (86,5 %) больных. Диссоциативные симптомы определялись у 41 (55,4 %) больного, из них у 23 (31,1 %) симптомы, ассоциируемые со слуховыми обманами восприятия, включая жалобы на «голоса». Диссоциативное расстройство идентичности (идентификация себя как «мы», «множественные личности», «сущности») — в 12 (16,2 %) случаях. Клинически значимые проявления различных нарушений пищевого поведения — 16 (21,6 %) наблюдений.

С позиций оценки краткосрочной терапевтической динамики за период пребывания в отделении существенного улучшения в виде прекращения самоповреждений, стабилизации аффективного фона, купирования тревожных проявлений и установления у подростков позитивных в терапевтическом отношении установок удалось достичь в 65 (87,8 %) клинических наблюдениях. По клиническому впечатлению, наибольшие трудности курации наблюдались у больных с массивной диссоциативной симптоматикой, стойкой «гендерной дисфорией» и наблюдаемой тенденцией к использованию патологических психологических защитных механизмов по типу обесценивания, отрицания и проективной идентификации.

**Обсуждение:** Как представляется, проведение клинической оценки сплошной когорты госпитализированных за два года подростков, несомненно, повышает научную ценность полученных результатов.

Обращает на себя внимание абсолютное преобладание пациентов женского пола, что с одной стороны укладывается в существующую тенденцию [14], а с другой — предположительно ассоциируется с дополнительным присутствием истерических черт и диссоциативных симптомов. Подавляющее доминирование жалоб на «тяжелую депрессию» и «апатию» и самодиагностируемую «биполярочку», предположительно отражает

культуральную специфику презентации симптомов пациентами.

Несмотря на обилие стереотипно повторяемых пациентами жалоб на «депрессию», анализ структуры состояния указывает на неустойчивость настроения с доминированием аффектов злости и раздражения, часто усиливающихся при попытках более детального расспроса касательно переживаний, при отсутствии признаков нарушений витальности в виде физических сенсаций («сенестопатий»), колебаний суточного ритма, изменений веса, ранних пробуждений и т.д., что является ключевым моментом в дифференциальной диагностике, помимо наблюдавшихся, не характерных для депрессии нарушений сна и выраженной изменчивости тяжести симптомов. Есть основания полагать, что сообщаемые пациентами депрессивные симптомы, достаточно часто ошибочно интерпретированные ранее специалистами как клинически выраженная депрессия, имеют отношение к симптоматике самого ПЛР, например, по типу «циклотимического диатеза», либо речь может идти об их коморбидном сочетании [25].

Также очевидным представляется наличие специфического, отличного от биполярного, паттерна аффективной нестабильности [22] при отсутствии достаточных клинических оснований для диагностики БАР, несмотря на настойчивые, иногда даже категоричные, заявления подростков о наличии у них «биполярного расстройства», что лишь раз подчеркивает значение достоверных анамнестических данных и следование формальным диагностическим критериям МКБ в верификации диагноза данного расстройства [22].

Достаточно длительный период между возникновением симптомов и установлением диагноза ПЛР скорее отражает трудности раннего распознавания на ранних этапах формирования и заострения патологических черт и сопряженную с этим характерную историю ошибочно установленных диагнозов, вплоть до шизофрении, в случаях сочетания с «голосами» и «сущностями» диссоциативного характера или наличия преходящих идей отношения, закономерно ведущую к неуспешным попыткам лечения, что может указывать на неготовность соответствующих служб психиатриче-

ской помощи детям и подросткам к массовому появлению больных с симптомами ПРЛ. При этом, согласно дименсиональному подходу, следует учитывать обширный субпороговый контингент подростков, по имеющимся публикациям также требующий вмешательства в силу выраженного негативного влияния на социальное функционирование [3].

Выявленная значительная частота случаев самоповреждающего поведения считается «визитной карточкой» ПРЛ у подростков [4], и может быть объяснена стационарным контингентом больных. Хотя, по современным данным, встречается лишь у половины больных, и не рассматривается в качестве патогномоничного для ПРЛ симптома [32].

На практическом уровне, одним из прототипических предикторов риска формирования ПРЛ у подростков может оказаться выявленный высокий уровень случаев «буллинга» в анамнезе, что находит свое подтверждение в имеющейся литературе [29].

Важной находкой является сочетание во всех случаях симптомов ПРЛ с другими психическими расстройствами, как предшествующими формированию, так и сосуществующими, что поднимает вопрос о формировании ПРЛ у подростков как следствия «поломки» вследствие раннего психотравмирующего опыта, или усиления имеющейся «уязвимости», связанной с негативной аффективностью и наличием нейротических черт, с началом пубертата. По данным литературы, предпочтительным по-прежнему считается рассмотрение механизмов формирования ПРЛ у подростков в рамках «стресс – диатез» модели [5].

Высокий процент больных с выраженным клиническим улучшением указывает на принципиальную курабельность ПРЛ с началом в подростковом возрасте, что критически расходится с преобладающими воззрениями в отношении терапевтических возможностей стабилизации «взрослого» ПРЛ [8]. С эвристических позиций, одним из объяснений может служить констатация более значимой стрессогенной роли в декомпенсации состояния у подростков внешних адверсивных факторов, связанных с гиперсензитивностью в интерперсональных отношениях со сверстниками и семейным контекстом, реализуемой по типу проспектив-

ного взаимодействия устойчивой, преимущественно нейротически обусловленной, предрасположенности («prone») к данному типу реагирования с ситуационными стрессорами [28].

Таким образом, массивность клинических проблем у подростков с ПЛР требует повышенного внимания со стороны специалистов в сфере психического здоровья детей и подростков. Выявленный клинический профиль симптоматики и коморбидных расстройств, а также ответ на терапию отличается от взрослых пациентов с ПРЛ и свидетельствует в пользу рассмотрения ПЛР с началом в подростковом возрасте как относительно самостоятельного подтипа и оправданности использования дименсионального подхода как основы для разработки индивидуализированных терапевтических вмешательств применительно к данной категории пациентов.

**Конфликт интересов:** конфликт интересов не заявлен.

*Работа выполнена в рамках Государственного задания «Разработка стационарных и динамических прогностических маркеров расстройств аффективного спектра и шизоаффективного расстройства на основе клинико-патогенетических нейробиологических и психопатологических исследований». Регистрационный номер 121041300179-3.*

## ЛИТЕРАТУРА

1. Корень Е. В., Куприянова Т. А. Актуальные вопросы классификации в детской психиатрии в перспективе принятия МКБ-11 // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2018 (18). № 1. С. 27 – 34.
2. Корень Е. В., Куприянова Т. А. Пограничное личностное расстройство в детском психиатрическом стационаре // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2020. № 4. С. 87 – 95
3. Bach B., First M. B. Application of the ICD-11 classification of personality disorders // BMC Psychiatry. 2018. (18) 351 P.
4. Becker D. F., Grilo C. M., Edell W. S., McGlashan T. H. // Diagnostic efficiency of borderline personality disorder criteria in hospitalized adolescents: comparison with hospitalized adults // Am J Psychiatry. 2002 15 Pp. 2042–2047
5. Belsky D. W., Caspi A., Arseneault L. et al. Etiological features of borderline personality related characteristics in a birth cohort of 12-year-old children // Dev Psychopathol. 2012 Feb;24(1):251 – 65. DOI:

- 10.1017/S0954579411000812. PMID: 22293008; PMCID: PMC3547630.
6. Bernstein D., Cohen P., Velez C., Schwab-Stone M., Siever L., Shinsato L. Prevalence and stability of the DSM-III-R personality disorders in a community-based survey of adolescents // *Am J Psychiatry*. 1993 150(8) Pp. 1237 – 1243.
  7. Blashfield R. K., Intoccia V. Growth of the literature on the topic of personality disorders // *American Journal of Psychiatry*, 2000. 157 Pp. 472 – 473.
  8. Bo S., Vilmar J. W., Jensen S. L., Jørgensen M. S. et al. What works for adolescents with borderline personality disorder: towards a developmentally informed understanding and structured treatment model // *Current Opinion in Psychology*, 2021. 37, 7 – 12. DOI: 10.1016/j.copsyc.2020.06.008.
  9. Cailhol L., Gicquel L., Raynaud J. Borderline personality disorder / Inbook: IACAPAPe-Textbook of Child and Adolescent mental Health Chapter. Publisher: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions. 2012. Geneva, Editors: Rey J. M. pp. Chapter H.4. — 18 P
  10. Cailhol L., Pelletier É., Rochette L. et al. Prevalence, mortality, and health care use among patients with cluster B personality disorders clinically diagnosed in Quebec: a provincial cohort study, 2001 – 2012 // *Can J Psychiatry*. 2017 62(5) Pp 336 – 342.
  11. Chabrol H., Montovany A., Chouicha K., Callahan S., Mullet E. Frequency of borderline personality disorder in a sample of French high school students // *Can J Psychiatry*. 2001 46(9) Pp 847 – 849.
  12. Chanen A. M., McCutcheon L. Prevention and early intervention for borderline personality disorder: current status and recent evidence // *The British Journal of Psychiatry*. 2013 202(s54) P. s24 – s29.
  13. Grilo C. M., Becker D. F., Anez L. M., McGlashan T. H. Diagnostic efficiency of DSM-IV criteria for borderline personality disorder: an evaluation in Hispanic men and women with substance use disorders // *J Consult Clin Psychol*. 2004 72 Pp. 126 – 31
  14. Haltigan J. D., Vaillancourt T. Identifying trajectories of borderline personality features in adolescence: antecedent and interactive risk factors // *Can J Psychiatry*. 2016 61(3) Pp. 166 – 175.
  15. Hopwood C. J., Newman D. A., Donnellan M. B. et al. The stability of personality traits in individuals with borderline personality disorder // *J Abnorm Psychol*. 2009 118 Pp. 806 – 15.
  16. Iliffe S., Williams G., Fernandez V., Vila M., Kramer T., Gledhill J., Miller L. Treading a fine line: is diagnosing depression in young people just medicalising moodiness? *Br J Gen Pract* 2009, 59:156 – 157.
  17. Kaess M., von Ceumern-Lindenstjerna I. A., Parzer P., Chanen A., Mundt C., Resch F., Brunner R. Axis I and II comorbidity and psychosocial functioning in female adolescents with borderline personality disorder // *Psychopathology*. 2013 46 Pp. 55 – 62.
  18. Kernberg O. Technical considerations in the treatment of borderline personality organization // *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 1976. 24, 795 – 829.
  19. Miller A. L., Muehlenkamp J. J., Jacobson C. M. Fact or fiction: Diagnosing borderline personality disorder in adolescents // *Clinical Psychology Review*. 2008 28 Pp. 969 – 981.
  20. Orts Clemmensen L., Olrik Wallenstein Jensen S., Zanarini M. C., Skadhede S., Munk-Jørgensen P. Changes in treated incidence of borderline personality disorder in Denmark: 1970 – 2009 // *Can J Psychiatry*. 2013 58(9) Pp. 522 – 528.
  21. Reed G., First M. et al. Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders // *World Psychiatry*. 2019 Feb;18(1):3 – 19. DOI: 10.1002/wps.20611
  22. Ruggero C. J., Zimmerman M., Chelminski I., Young D. Borderline Personality Disorder and the Misdiagnosis of Bipolar Disorder // *J Psychiatr Res*. 2010 44(6) P. 405 – 408.
  23. Sharp C., Fonagy P. Practitioner review: borderline personality disorder in adolescence — recent conceptualization, intervention, and implications for clinical practice // *J. Child Psychol Psychiatry*. 2015 56(12) Pp 1266 – 1288.
  24. Sharp C., Vanwoerden S., Wall K. Adolescence as a Sensitive Period for the Development of Personality Disorder. *Psychiatr Clin North Am* 2018, 41:669 – 683
  25. Skodol A. E., Stout R. L., McGlashan T. H. Co-occurrence of mood and personality disorders: a report from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study (CLPS) // *Depress Anxiety*. 1999 10 P. 175 – 182.
  26. Skodol A. E., Gunderson J. G., Pfohl B., Widiger T. A., Livesley W. J., Siever L. J. The borderline diagnosis: psychopathology, comorbidity, and personality structure // *Biol Psychiatry*. 2002. 51. Pp 936 – 50.
  27. Torgersen J. Epidemiology / In: Oldham J., Skodol A. E., Bender D. S. Textbook of personality disorders. — Washington, DC: American Psychiatric Publishing. 2005 Pp. 129 – 41.
  28. Widiger T. A., Oltmanns J. R. Neuroticism is a fundamental domain of personality with enormous public health implications // *World psychiatry*. 2017. Volume 16(2) P. 144 – 145
  29. Wolke D., Schreier A., Zanarini M. et al. Bullied by peers in childhood and borderline personality symptoms at 11 years of age: a prospective study // *J Child Psychol Psychiatry* 2012; 53:846 – 55.
  30. World Health Organization. ICD-11 guidelines. <https://gcp.network/en>.
  31. Zanarini M. C., Horwood J., Wolke D., Waylen A., Fitzmaurice G., Grant B. F. Prevalence of DSM-IV borderline personality disorder in two community samples: 6,330 English 11-year-olds and 34,653 American adults // *J Pers Disord*. 2011 25(5) Pp. 607 – 619.
  32. Zimmerman M., Lena Becker L. The hidden borderline patient: patients with borderline personality disorder who do not engage in recurrent suicidal or self-injurious behavior // *Psychol Med*. 2022 Jul 29;1 – 8. DOI: 10.1017/S0033291722002197.

## Что скрывается за психопатоподобным фасадом — генуинная эпилепсия или психопатоподобная шизофрения?

Разбор ведет А. А. Шмилович, врач-докладчик О. А. Гладкова  
(ПКБ № 4 им. П. Б. Ганнушкина, 20.10.2022)

**Врач-докладчик:** Уважаемые коллеги! Вашему вниманию представляется пациентка Анна Андреевна, 19 лет (*имя изменено*). Проживает в Москве, в настоящее время не работает, поступила в нашу больницу 17.10.2022.

### Анамнез

Родилась от первой беременности, в срок, матери было выполнено кесарево сечение по физиологическим показаниям. Единственный ребенок в семье. По материнской линии наследственность неотягощена, со стороны мужчин по отцовской линии злоупотребление алкоголем.

Отец, имеет высшее образование, по профессии адвокат, отца характеризует, как скромного, молчаливого, неразговорчивого. Мать, образование высшее, по профессии финансовый аналитик, характеризует как строгую, холодную, не чувствовала близость с ней.

Раннее развитие в детстве без особенностей, от норм психофизического развития не отставала; к году начала ходить, говорить; речь простыми предложениями к 1,5 годам. До 2,5 лет воспитывалась матерью, впоследствии бабушкой. В 3 года родители привели пациентку на танцы, но испугавшись зала и зеркал, отказалась туда ходить.

В ДДУ пошла с 4 лет, адаптировалась хорошо, охотно посещала детский сад, общалась со сверстниками и воспитателями. Тем не менее, через несколько месяцев после начала посещения ДДУ начала выдергивать себе ресницы, с целью «привлечь внимание матери», позже поняла, что данное действие приносит ей «физическое удовольствие», также стали отмечаться эпизоды ночного не-

держания мочи, в связи с чем мать обращалась за психологической помощью, отмечался положительный эффект, поведение стало упорядоченным. Росла послушным, активным, спортивным ребенком. В детстве не нравился процесс приема пищи, поэтому ела мало и с уговорами. Отдавала предпочтение фаст-фуду, потому что «вместе с едой полагалась игрушка». В детстве отношения лучше складывались с отцом, потому что мать занималась «воспитанием»: периодически наказывала пациентку за проступки ремнем, вследствие чего пациентка боялась матери, прятала ремень.

В 8 лет пошла в школу, с школьной программой справлялась успешно, училась на «хорошо» и «отлично». Адаптировалась хорошо, охотно общалась с другими детьми. Когда пациентке было 8 лет, родители развелись из-за алкоголизации отца, который проявлял физическую агрессию к матери, тем не менее актов насилия пациентка не видела. Развод родителей перенесла спокойно. После развода родителей проживала с матерью, но также продолжала периодически видеться с отцом в выходные дни, приезжала к нему домой. Несколько лет обучалась в музыкальной школе по настоянию бабушки, но бросила ее на 4 – 5 году обучения.

Менархе в возрасте 13 лет. В этом же возрасте начала убегать из дома, появились вспышки агрессии. Начала употреблять алкоголь, вести половую жизнь. К поискам пациентки привлекалась полиция. В этот период специально наносила себе порезы на запястья, чтобы, «когда она закатает рукава в полицию, кто-нибудь обратил внимание, и у нее была возможность сказать, что ниче-

го такого в этом нет, просто так». В пубертатный период был конфликт с завучем школы, во время которого пациентка ударила ее по лицу, поскольку «она оскорбляла моих родителей».

В 13 лет вступила в отношения с молодым человеком, разница в возрасте 1,5 года. 3,5 года состояли в отношениях, которые характеризует как положительные. Во время периодических расставаний, вступала в случайные половые связи, затем возобновляла отношения. После завершения отношений остались хорошими друзьями, поддерживали общение. В 14 лет сильно поссорилась с матерью, так как та «не давала гулять в будние дни», пациентка была занята уроками, репетиторами, тренировками, посещением музыкальной школы. В связи с этим уехала жить к отцу. Через неделю вернулась к матери, потому что не смогла ужиться с отцом, который запретил выходить из дома, после того как застал пьяной. После этого отдалась от отца, сократила с ним общение. В 15 лет встречалась около месяца с потребителем ПАВ. ПАВ вместе с ним не употребляла, однако начала активно употреблять слабоалкогольные напитки, после чего родители впервые обратились к наркологу, пациентка была госпитализирована. После выписки алкоголизацию прекратила.

Когда пациентке исполнилось 16 лет, получила дополнительное образование в педагогическом колледже, летом того же года работала в детском лагере вожатой. После окончания школы поступила в ИМЦ по специальности реклама и связь с общественностью на заочное отделение, в настоящее время не учится, занимается уходом за малолетним ребенком, подрабатывает визажистом.

В 16 – 17 лет с профилактической целью вновь обратились к наркологу, алкоголь не употребляла, однако участились вспышки агрессии. После консультации произошла ссора с молодым человеком. В процессе ссоры не смогла сдерживать эмоции и швырнула телефон, за что отец ударил ее по лицу, после этого пациентка практически перестала общаться с отцом. После расставания с молодым человеком в 17 лет связалась с компанией сверстников и начала вести разгульный образ жизни, употребляла ПАВ. Отмечает, что доверие к матери появилось в 17 лет, когда пациентка стала «отвечать на

агрессию агрессией». В 18 лет вступила в первую половую связь с девушкой, после чего стала обращать на них внимание, вступала с ними в половые контакты, однако «отношения выстраивала только с мужчинами», как правило, старше на несколько лет.

Попробовала экстази в 17 лет, амфетамин в 18 лет (никакого эффекта). Большую часть времени принимала мефедрон, в состоянии опьянения «становилось хорошо — 2 дня не ела, потом выглядела похудевшей», что приносило «эстетическое удовольствие», мотивировало к дальнейшему употреблению. ПАВ принимала на протяжении 6 месяцев. По настоянию матери была отправлена в реабилитационную клинику «Спасение». Перед госпитализацией специально наносила себе порезы, чтобы показать матери, что ей «плохо». Через 3 недели вернулась в компанию и вновь начала употреблять ПАВ. Сразу была отправлена в реабилитационный центр, где узнала о своей беременности от мужчины 25 лет, с которым ранее состояла в отношениях. После выписки отказалась от употребления наркотиков, с мамой приняла решение о сохранении беременности, несмотря на попытки отца уговорить ее сделать аборт. Со слов бабушки по отцовской линии предлагала «усыпить» пациентку и провести аборт, чтобы она ничего не узнала. После этого отношения с бабушкой тоже испортились. Беременность протекала без осложнений, роды в срок 11 марта 2022, было проведено кесарево сечение из-за истинного узла пуповины.

В настоящее время поддерживает формальные отношения с отцом ребенка, встречается с другим мужчиной, 28 лет, который, со слов пациентки, является «известным рэпером». Старалась общаться с известными интернет-личностями, стала считать лучшей подругой Картье-Бугатти.

Проживает с ребенком вместе с матерью и отчимом, мать помогает с воспитанием ребенка.

В период кормления пациентка не употребляла ПАВ. После родов появились «комплексы» по поводу своего тела, не нравился шрам после кесарева сечения, начала активно наносить себя татуировки. Как только появлялись деньги, старалась «потратить на татуировки», так как с тату мастером составила план «на все тело».

В мае 2022 умер молодой человек, с которым вступила в первые отношения, данное событие переживала тяжело, «молоко ушло», изменилось психическое состояние: снизилось настроение, работоспособность, появилась ангедония, нарушился сон. В связи с этим вернулась к употреблению алкоголя. С июля 2022 г. вновь начала употреблять ПАВ, так как было много свободного времени, «наркотики помогли отвлечься».

В июле 2022 г. поехала в Санкт-Петербург на концерт с подругой, где употребила большое количество алкоголя в компании, перенесла акт сексуального насилия, о данном событии вспомнила только через 2 дня, к данному факту отнеслась спокойно. В августе 2022 года «стало скучно», вновь связалась с неблагополучной компанией, употребляла мефедрон, около 7 раз за месяц. После этого усилились колебания настроения, на которые стали обращать внимание родственники.

В августе 2022 г. вновь подверглась сексуальному насилию в состоянии опьянения ПАВ в компании друзей («сопотребамимефа»), с которыми употребляла ПАВ. Вследствие этого прервала общение с компанией. Со слов пациентки, больше переживала из-за прекращения общения с компанией, нежели из-за акта насилия, однако впоследствии, в сентябре из-за данной ситуации, нанесла себе порезы на бедре. Психическое состояние оставалось нестабильным, начала «накручивать себя от одиночества», «ничего не хотела, ни учиться, ни работать», из дома выходила только с матерью в магазин или редко на прогулку. Малейшие неприятности выводили пациентку из себя, проявляла агрессию, потом могла порезать себя. Около 3 – 4 недель до настоящей госпитализации пациентка попросила найти психиатра и психолога, сказала, что «не может с собой договориться», не понимает, «что с ней происходит». Обратилась к частному психиатру, принимала ПФТ, название препаратов не помнит. 13.10.2022, за 5 дней до настоящей госпитализации после ссоры с молодым человеком побрила себе голову, поскольку она «никому не нужна, тогда буду уродом, чтобы ни на что не надеяться», также нанесла порезы на грудь, лицо, живот. В беседах с матерью высказывала желание учиться, строила планы на будущее, ухаживала за ре-

бенком, а потом состояние вновь ухудшалось, снижалось настроение, становилась пассивной, бездеятельной. 14.10.2022 в субботу вечером пациентка пошла гулять с собакой и не вернулась домой. Мать нашла пациентку спустя несколько часов, пациентка сидела в лесу на лавочке, не узнавала мать, попросила отвести ее домой. Придя домой, уснула и спала до вечера 16.10.2022, после чего закрылась в ванной и опять нанесла себе самопорезы, при этом была спокойна, попросила мать отправить ее в психиатрическую больницу, сообщила, что «больше так не может», что «надоели мысли о том, что жить незачем». 17.10.2022 по вызову матери была осмотрена дежурным психиатром и доставлена в ПКБ №4.

**Психический статус при поступлении в приемное отделение.** В сознании. Статус определяется психопатоподобной симптоматикой. Внешне выглядит экстравагантно и вызывающе, чрезмерно длинный маникюр, коротко подстриженные волосы, отсутствие ресниц, татуировки. Ориентирована всесторонне правильно. В беседу вступает охотно. Рассказывает о себе, жалуется на то, что совершает импульсивные поступки — самопорезы, при этом показывает левое предплечье, где нанесла себе повреждения точилкой, шрамы на лице. Говорит, что в детском возрасте наносила себе удары по лицу мобильным телефоном из-за того, что он не работал. Причину госпитализации объясняет тем, что ушла из дома в лес и ждала, когда ее найдет маньяк, потому что завершить жизнь самой у нее нет воли. Говорит, что в течение жизни всегда была склонна к необдуманным поступкам. Мышление инфантильное, поверхностное. Настроение неустойчивое. Критика к своему состоянию формальная. Обманы восприятия и суицидальные мысли отрицает. В целом настроена на лечение, ищет помощи.

**Психический статус при осмотре в отделении при поступлении.** Сознание не помрачено. Ориентирована всесторонне верно. Выглядит несколько нелепо, волосы выкрашены в светлый цвет, крайне коротко острижены, на руках длинные ногти, вычурный маникюр. На лице, руках, ногах, шее, пальцах рук татуировки. Мимика сглажена. Демонстративна. Эгоистична. В суждениях

легковесна, инфантильна. Продуктивному контакту доступна формально, на вопросы отвечает подробно, не всегда в плане заданного. Предъявляет жалобы на перепады настроения в течение дня, постоянную «неопределенность». Фон настроения неустойчивый, в ходе беседы меняется от приподнятого до пониженного, периодически становится плаксива, демонстрирует некоторую эмоциональную амбивалентность. Описывает колебания настроения, как «утром хорошо, а к вечеру может стать хуже, а может и нет, понимаете, например, дочь может начать раздражать просто так». Продолжает: «чувствую постоянную неопределенность в выборе, трудно принимать решения... не понимаю, как мне относиться к дочери, то я ее люблю, то мне на нее все равно... мне даже выбор сделать трудно, например, какую еду съесть, я могу долго пытаться принять решение, а потом вовсе из-за этого есть не буду, и так во всем». Своё пребывание в лесу объясняет «во-первых не лес, а лесопарк, во-вторых, я с собакой пошла гулять, а то одной совсем странно, на качелях часа 4 сидела, хотела побыть одна». С бравадой сообщает об аутоагрессивных поступках: «я себе даже ресницы с 4 лет вырывала», данное поведение объясняет желанием привлечь внимание матери: «она меня совсем не ценит». Сообщает, что в настоящее время продолжает выдергивать волосы на лобке, руках, ногах с целью получения удовольствия, также заявляет, что самопорезы не приносят удовольствия и направлены на привлечения внимания. Заявляет, что факт госпитализации в психиатрическую больницу вызвал «хорошее настроение», поскольку: «я смогу об этом рассказать друзьям... и они мне скажут, что у них не такая интересная жизнь, как у меня». Употребление ПАВ накануне госпитализации отрицает. Говорит, что «если бросаю, то все, не хочется ничего употреблять вообще», «потом снова начинаю употреблять, если появляется компания и предложат». Мышление непоследовательное. Обманы восприятия отрицает, поведением не обнаруживает, бредовых идей не высказывает. Агрессивных тенденций не выявляет. Суицидальные мысли и намерения отрицает. Сон тревожный, с ночными пробуждениями, избирательна в еде, аппе-

тит сохранен. Критика к собственному состоянию снижена.

### Консультации специалистов

**Невролог:** на момент осмотра менингеальной, очаговой неврологической симптоматики не выявлено.

**Гинеколог.** DS: обследование. Менструация? Мазок на флору взят. УЗИ малого таза

### Лабораторные и инструментальные методы исследования

**Биохимический анализ крови** — Комплекс 1 (терапевтический), ИФА крови на маркеры вирусных гепатитов, сифилис, ВИЧ, общий анализ крови, клинический анализ крови. — Без патологии.

Мазок из зева на бациллу Леффлера.

РПГА крови на столбняк.

**Флюорография органов гр. клетки:** Рентгенологических признаков патологических изменений не выявлено.

**ЭКГ.** Синусовая аритмия с ЧСС 56 – 72 в 1 мин. Нормальное положение ЭОС.

**Электроэнцефалография.** Легкие диффузные изменения биоэлектрической активности головного мозга ирритативного характера в виде недостаточно организованной корковой ритмики с признаками заинтересованности срединно-подкорковых образований. Межполушарной асимметрии нет. Типичной эпилептиформной активности нет.

**Экспериментально-психологическое исследование.** По данным наблюдения и клинической беседы: пациентка в полном объеме доступна продуктивному речевому контакту. В месте и времени ориентирована верно. На поставленные вопросы отвечает в плане заданного. Речь понятна, эмоционально модулированная. Зрительный контакт поддерживает периодически. Со слов пациентки ранее за помощью к психиатрам не обращалась. Причину госпитализации объясняет так: «Перепады настроения в течение месяца были. Перед госпитализацией сутки пролежала, смотря в потолок, вставала только в туалет и курить. Под вечер стало получше, сказала маме, что мне плохо и нужно вызвать врача, она не поверила, сказала,

что я притворяюсь, поэтому я порезала себе руки, чтобы она поняла, что у нее нет другого выбора, тогда она вызвала скорую». Свое нахождение в больнице считает оправданным, критика к своему состоянию сформирована. Эмоциональный фон ровный, эмоциональные реакции однообразны, адекватны ситуации. Поведение дисциплинированное. Мотивация к деятельности сформирована, отношение к обследованию положительное, интересуется результатами исследования. В обычной жизни характеризует себя так: «Эгоистичная, креативная, творческая, самовлюбленная, щедрая, открытая для общения».

При патопсихологическом обследовании: Инструкции к интеллектуальным заданиям усваивает с первого предъявления, придерживается в ходе выполнения. Самостоятельно свои ошибки отслеживает, но корректирует их только после указания на них («ну да ладно, да, тут можно разложить их как птицы, рыбы, насекомые и животные»), что может свидетельствовать о нарушении мотивационного компонента мышления, помощь со стороны психолога принимает. По объективным данным патопсихологического обследования снижения объема краткосрочной и долговременной памяти не выявлено, однако отмечаются сложности вработываемости в процесс деятельности (кривая запоминания 10 слов: 3,7,8,10,9... 7). Отмечается незначительное привнесение побочных слов, что может свидетельствовать о трудностях отторгивания побочных ассоциаций. Опосредованное запоминание в деятельности используется эффективно (из 11 стимулов вспомнила 11). При сохранности темповых показателей (Таблицы Шульце 30; 33; 24; 29; 29) параметры внимания с легкими трудностями концентрации и его распределения, данные нарушения нельзя однозначно квалифицировать, как истинные, а в большей степени связаны с особенностями мотивационной сферы. Пациентке доступны такие интеллектуальные операции, как сравнение, абстрагирование, толкование переносного смысла. Наряду с этим, отмечается своеобразие мышления в виде эпизодических соскальзываний при недостаточности критических и регуляторных возможностей (в методике «Сравнение поня-

тий» у слов «Луна/Чернильница» общим выделяет: «В обоих словах есть буква л»).

В мотивационном компоненте выявлено снижение целенаправленности мыслительных процессов. В ассоциативной продукции обращает на себя внимание наличие содержательно отдаленных образов, при аффективной наполненности рисунков. Графика инфантильна, своеобразна, с элементами псевдосимволики и стереотипий. Помещение изображений в рамки может говорить о попытке пациентки получить контроль над своими переживаниями, при этом можно отметить невозможность дифференцировать свои эмоции. При исследовании эмоционально-личностной сферы отмечаются выраженные психопатические черты: пассивно-агрессивные реакции, эмоциональная неустойчивость, формальность, выраженное снижение активности и волевых процессов, неразборчивость в контактах, скрытность, обеднение потребностно-мотивационной сферы и сужение сферы интересов. Низкая способность к вытеснению и повышенное внимание к отрицательным сигналам, что влияет на неспособность справляться со своими переживаниями, вследствие чего наблюдаются тенденции к аутоагрессивному поведению. Стремление удержаться в центре внимания, прибегая к этому через демонстративность в поведении. В результате ситуация никогда не представляется достаточно определенной, что еще больше усиливает постоянную тревогу.

Таким образом, по результатам патопсихологического исследования на первый план выступает выраженная симптоматика эмоционально-волевой сферы в виде заострения психопатических черт личности, наряду со своеобразием мышления и сниженной целенаправленностью мотивационного компонента. Поведение отличается пассивно-агрессивной реакцией, эмоциональной неустойчивостью, формальностью, тенденцией к аутоагрессии, неразборчивостью в контактах, скрытностью, демонстративностью и обеднением потребностно-мотивационной сферы.

#### **Проводимое лечение:**

Депакин 2000 мг/сут

Кветиапин 200 мг/сут

Феназепам 2 мг/сут

**Динамика состояния на фоне лечения.** На фоне проводимого лечения состояние с положительной динамикой, фон настроения с некоторой тенденцией к выравниванию, уменьшению эмоциональных колебаний. В сознании, ориентирована все-сторонне верно. Жалоб не предъявляет. Мимика обеднена, выражение лица спокойное, охотно улыбается при виде врача, умеренно жестикулирует. На контакт с врачом идет охотно, на вопросы отвечает подробно, в плане заданного. Рассказывает, что скучает по ребенку, сообщила врачу, что в прошлые сутки вечером при беседе с матерью по телефону услышала плач своей дочери, после чего «не смогла сдержаться, раскричалась, разревелась», «не могу спокойно слышать, как она плачет», «один раз, когда она случайно задела телевизор и ударилась, я его разбила». Фон настроения несколько снижен, остается плаксива, эмоционально лабильна. Мышление непоследовательное, в нормальном темпе, в суждениях инфантильна, легковесна. Интеллектуально-мнестически сохранна. Сон достаточный, аппетит сохранен, избирательна в еде, «ем только то, что мне нравится на вкус и на вид». На момент осмотра обману восприятия отрицает, поведением не обнаруживает, бредовых идей не высказывает, агрессивных тенденций не выявляется, суицидальные намерения и планы отрицает. Критика к состоянию формальная.

**Дифференциальный диагноз.** F60.312 Эмоционально неустойчивое расстройство личности, пограничный тип, состояние декомпенсации

F21.4 Псевдопсихопатическая (психопатоподобная) шизофрения

F44.1 Диссоциативная фуга

F06.5 Органическое диссоциативное расстройство в связи со смешанными заболеваниями

F07.08 Расстройство личности в связи со смешанными заболеваниями.

**Ведущий:** Коллеги, прошу вопросы к лечащему врачу и к психологу. Какие вопросы по истории болезни, по исследованиям?

— Скажите, пожалуйста, а родителей видели? — *Лично не видела, общались с матерью, производит впечатление достаточно спокойного адекватного человека.*

**Ведущий:** По телефону Вы общались с ней? — *Ну, да. У нас нет личных встреч с родственниками, только по телефону.* — Это все еще из-за ковида? — *Да.* — Ну хорошо, хоть по телефону общаетесь.

**Ведущий:** Тестов нет сейчас в приемном отделении? — *На психоактивные вещества? Проводили, отрицательные все.* — Проводили всю панель? — *Да. На 10 типов.* — И даже следов нет? — *У нас, к сожалению, они не такие чувствительные. У нас, получается, что если есть какие-то количества, то есть реакция качественная, или есть, или нет, только два варианта ответа. ПАВ мы не нашли.*

**Врач-докладчик:** По энцефалографии тоже могут быть какие-то вопросы, потому что мы проводим ее стандартную, не расширенную.

**Ведущий:** Может быть, к психологу есть вопросы? У меня тогда есть вопрос. Много раз указывалось на непоследовательность мышления. Какие-нибудь примеры не припомните? Так, чтоб было понятно, что значит, непоследовательное. Там говорилось о том, что нарушение целенаправленности за счет нарушений мотивационного потенциала, это понятно. А непоследовательность? И соскальзывание там тоже прозвучало? Может быть, примеры найдутся? Это по четвертому лишнему или просто в диалоге? — *В классификации у нее были нарушения. Допустим, на первом этапе классификации она начала создавать группы по цветам: черно-белые и цветные. Я у нее спрашивала, почему. Она говорит: «Я поняла то, что нужно не оценивать, что на рисунке, а типа качество рисунка». А на втором и третьем этапе она формировала все правильно, и сама корректировала. Ну, она сама находила то, что она неправа. И в этом у нее были какие-то неустойчивости.* — А вот этот пример с буквой «л», это может говорить об опоре на латентные признаки? — *Да. Еще был латент в пиктограмме, когда она на слово «печаль» нарисовала печку и грустный смайлик. И печь у нее по созвучию.* — А вот эти рамки, которые в пиктограмме были, я так понимаю, они только на некоторых рисунках? — *Нет, она ко всем рисункам делала рамочку.* — Квадратные рамочки? — *Да. Такого комиксного типа.* — Это послужило поводом, чтобы ска-

зять о стереотипии, да? Там же есть заключение о стереотипии. — Да. И еще у нее основные персонажи повторяются, все с разными эмоциями, но вид изображений очень стереотипный и повторяющийся.

— А ММРІ проводили? Полный или мини-мульт? — У нас мини-мульт. — Можно будет потом посмотреть график? — У меня только ее ответы, шкалы нет. Это в компьютере. — Какие там основные пики у нее? — У нее психопатия завышенная и шизоидность, по-моему. Вот два.

**Ведущий:** Видимо, пока рано задавать какие-то вопросы, пациентка всего лишь 5 дней здесь. Очень мало для того, чтобы давать оценку динамике, ее поведению или эффективности. Может быть, только вопрос, как она в отделении, в контактах с другими пациентами? — В отделении охотно контактирует. — И с какими? С такими же, как она? — Ну, да, больше общается с девушками. — С татуированными бандитками? — Больше с девушками сходного возраста. Но я не могу сказать, что особенно плотно вступает в контакт, больше формально. Конечно, не держится обособленно, но и не то, что охотно какие-то группы организовывает, какие-то активные действия предпринимает. Все несколько формально. — Еще мало времени прошло, она пока осваивается. — Да, очень переживает и высказывает эти переживания, что я отразила в динамике, переживает о своей дочери. И действительно, на следующие сутки после поступления, было психомоторное возбуждение, когда она услышала по телефону, как плачет ее дочь, соответственно, разрыдалась, стала несколько агрессивна. А на следующий день успокоилась. — А просила выписку? — Нет. — Агрессивной к кому была? К персоналу? — Скорее, к окружающим предметам обстановки. То есть такое, несколько импульсивное поведение было, агрессивное, как она услышала плач своего ребенка. — А злость на мать была? — Нет, она описывает это так: «Когда я слышу плач своей дочери, я не могу спокойно к этому относиться». То есть не то, что злость на мать, но такой принцип. Я об этом еще в анамнезе упоминала. Когда она ударила завуча школы по лицу, это было после того, как та сказала что-то о ее родствен-

никах, и пациентка говорит: «Когда страдают мои родственники, я не могу оставаться в стороне, не могу быть спокойной». — Это очень важный момент. Если вопросов пока нет, давайте тогда ее пригласим.

### Беседа с пациенткой

— *Здравствуйте!* — Здравствуйте, Анна Сергеевна! Не против, если я Вас без отчества буду называть? — *Не против.* — Может быть, сразу на «ты» тогда? — *Можно.* — Прощу Вас. Меня зовут Андрей Аркадьевич. Я — консультант, смотрю здесь пациентов периодически, как раз по четвергам, и все присутствующие здесь люди — это врачи и психологи. Здесь нет никого постороннего. То есть все, кто здесь есть, знают, что такое конфиденциальность и врачебная тайна. Поэтому Вы можете быть абсолютно откровенны с нами. — *Хорошо. Я просто не знала, думала, меньше людей будет.* — Ничего страшного, не волнуйтесь. Знаете, одна голова хорошо, а столько голов — лучше. Лучше разберемся с Вашим состоянием, с тем, как Вам помочь. Ведь Вы в первый раз в психиатрии? — *Угу.* — До этого приходилось только в наркологии быть, да? — *Угу.* — Кстати, в каких больницах? В Москве это было? — *Да, это было в клинике... Это, ну, как? Частная клиника.* — Частная клиника, да, я знаю такую. — *Да. Я первый раз там лежала 10 дней в детоксе, то есть в стационаре, потом меня отправили в реабилитацию, там я пробыла 4 месяца. Я вышла...* — Это за городом уже? — *Да. В реабилитационном центре я была. Четыре месяца. Я вышла. И, получается, практически сразу сорвалась и снова уехала сначала в детокс на 3 дня...* — Обычно на реабилитацию больше чем на 4 месяца кладут. На год там. Вы же там видели таких людей, которые там долго? — *Да. Я просто прошла неполный курс. Я прошла также по шагам, у нас была программа по шагам.* — Да, 12. — *Да. И наша реабилитация — для полного курса — три шага. А я прошла всего лишь один. Потом меня мама забрала.* — А там есть эта система кураторства, да? Есть кураторы? — *Да, конечно.* — Которым делаешь отчет каждый день, неделю? — *Да-да-да, это все*

было. — И они обычно продолжают курацию после того, как человек выходит из центра. — Когда человек выходит, он не продолжает. Он начинает все с нуля. На группах он начинает все с нуля. — А, все сгорает? — Да. — То есть Вам надо начинать с первого шага теперь? — Да, да, да. Это все с первого там. И с первого шага, и каких-то вот этих не должностей, а... — Званиях определенных ... — Званиях, да, должностях с нуля. И в шагах. Короче, во всем, все с нуля. — А четвертый шаг чем отличается от третьего и от пятого, не помнишь? — В каждом шагу просто свое вообще. — Ну, главное отличие, преимущество четвертого над третьим. — Я не доходила до четвертого. — Не помнишь? Ты же сказала, на четвертом ушла? — Нет, я первый, написала — и все. — А, все понятно. — А первый шаг — это признать свое бессилие, признали, что наша жизнь стала неуправляемой, вот первый шаг. — Признание бессилия? — Да. То есть признать, что, типа, да, я — наркоман. — А что, для этого надо много времени, что ли? — Достаточно, потому что очень много, кто этого не признает и думает, что может бросить в любой момент. — И какие методы признания? — Там, получается, нам выдавали шаг, это как бы распечатка, и там много-много вопросов. И по каждому вопросу мы давали ответ, какой мы думаем, и для подтверждения этого ответа мы приводили три примера. Например, про воровство какие-нибудь вопросы были, то, что мы станем неуправляемыми, грубо говоря, что воровать начинали и так далее, и ты приводишь конкретные примеры, связанные, я не знаю, с воровством, например. Или каких-то примеров, в которых ты... еще какие-то отрицательные качества показываешь. — Понятно. Анна, а скажи, почему ты все-таки решила соскочить? И потом же у тебя срыв был. — Это не я решила. — А как? — Меня насильно отправили. — Нет, почему ты решила отсюда уйти? — В смысле? — Насильно отправили?.. — В реабилитацию, да. Это не мой выбор был. — То есть ты там сидела и ждала первой возможности, когда отсюда можно уйти? — Да. — Все понятно. И она появилась спустя только 4 месяца? — Да. — А до этого все твои желания там никто не слы-

шал? — Нет, конечно. — Но, слушай, по закону ты же можешь уйти. — Могу. И был случай в реабилитации, уже после того, как я вышла, кто-то вызвал полицейских в реабилитацию, и они всех распустили по домам. После этого этот реабилитационный центр просто переехал. Но я-то лично... — Это тот, в котором ты была? — Да. Но я-то лично не могла же вызвать кого-то туда, потому что у нас ни телефонов, никаких средств связи не было. — Нет, а чей это был выбор? — Моей мамы. — Я знаю, что ты любишь свою маму. — Да. — На самом деле, и это у тебя такое особенное чувство. Я бы даже сказал, может быть, сверхчувство. Поправь, если я ошибся. — Нет, все правильно. — Есть же такое понятие, как зависимость, знаешь вот это? — Да, я знаю. — Можно сказать про Вас с мамой такое? — Ну... я знаю, что в один момент точно можно было... Хорошо, думаю, да. — Ты сама говорила вроде бы врачам и психологу нашему, что самое главное, что ты не переносишь — это когда каким-то образом кто-то унижает, оскорбляет твоих близких, родственников. — Да. — Для тебя это прямо святое. Самое больное. — Да. У меня есть два человека, которых я очень-очень люблю. — Это дочь?.. — Дочь и мама, да. — И мама. И как-то в школе, да, ты набросилась на какую-то «училку»? — Да, нос разбила. — Разбила? Сломала? — Нет, я не сломала. Оно так случайно вышло. Она просто в очках была, я ей хотела дать пощечину, а из-за того, что она была в очках, у нее нос от очков разбился. — А, понятно. А что она тогда сказала? — Когда мне было... — Что стало поводом? — Ну, когда мне было 14, у меня, в принципе, сторона отца, она очень сильно пьет, и я думаю, что у меня все эти проблемы с зависимостями, с алкоголем, с наркотиками... — Оттуда? — Да, именно оттуда. И вышло так, что учительница, которая тогда на меня начала наезжать, ее муж, он служил с моим дедушкой по папиной линии. И они выпивали... — А дедушка пьющий, да? — Да. И они выпивали частую вместе, ее муж и мой дедушка. — Да, служил, в смысле, в армии? — Да, в ВДВ. В день ВДВ, естественно, отмечали и все такое. И эта учительница, она была очень близка, так скажем, с дедушкой

моим, и в один момент она начала гнать... Ну, на тот момент я еще хорошо общалась с бабушкой по папиной линии. И она начала гнать на нее, то, что, типа, она ничего не делает, моя мама тоже ничего не делает, один дедушка у нас молодец. А у меня бабушка периодически к нам ночью приходила, сидела с нами, ей было все равно даже, где сидеть, она у нас оставалась в большой комнате и ночевала, просто потому что она боялась дедушку, боялась домой идти. И она, получается... — Потому что очень агрессивный во время опьянения? — Да, то есть он у нас и канализацию срывал, у нас это все прорывало, и несколько раз он забывал печку выключить, там есть какие-то возгорания, но все там вовремя тормозили и так далее. И с бойлером чего-то было. У нас постоянно от него были какие-то проблемы. И бабушка периодически приходила к нам ночевать. Причем эта бабушка, это не моей мамы мама, а эта бабушка — мама моего отца. А они уже в разводе тогда несколько лет. — Да. — И эта учительница, получается, начинает как-то выхвалять дедушку и начинает плохое говорить про бабушку и про мою маму. Про бабушку она говорила, что она дедушке жить мешает, а про маму она вообще сказала такую очень странную вещь, она сказала о том, что моя мама не дает мне есть. Я вообще этого не поняла. Я просто... был один раз случай, когда... блин, все когда-нибудь запаздываем в школу. Я также опаздывала в школу, я просто элементарно не поела с утра. И у меня сахар упал или что-то вроде того, у меня в принципе с мамой часто бывает такое, что мы сознание теряем. И получается, я упала в обморок на входе в школу, меня спросили, ела ли я что-то с утра, я сказала, что нет, не успела. И она эта перевела на то, что меня дома вообще не кормят. И после этого уже как-то и пошло-поехало. — Ну, я понял. — И по носу она получила. — Понятно. А что там случилось сейчас, последний разговор был с дочерью у тебя, да, по телефону из отделения, дочка чего-то расплакалась, что там? — Нет, там не так было. — А что? — У меня дочка еще даже не разговаривает, она совсем маленькая. Просто я расплакалась, потому что я скучаю просто по ней. — Нет, но она капризничала,

что-то там с ней не так. — Да нет, это просто вякнула чего-то там, типа, бе-ме — и все. А я это услышала и поняла, как я по ней скучаю, и расплакалась. — А, просто соскучилась? — Да, да. — Но там вроде бы у тебя была какая-то импульсивная реакция. Я понимаю, что тебе это не в первый раз характерно. Чего-то хотела даже сломать. — Сломать? — Я не знаю, в руке что у тебя было? Телефон? Бросила или как-то там... — У меня ничего не было. Нет. — Нет? Просто ревела? — Да. Причем я, наоборот, ушла от всех и села, я говорю. Да, я вроде ничего не трогала. — Ну, хорошо. Ну, ладно. Но тебе же свойственно, да, это? — То, что я ломала предметы — да, это свойственно. — Импульсивно так, внезапно. — Да. — И, в том числе, и аутоагрессия, она тоже импульсивная? Самоповреждения. — Ну, да, наверное. — Внезапно возникает вдруг желание, ты хватаешь нож и режешь. — Ну, да. — Так? — Там необязательно нож, это может быть, чего угодно. — Не важно, что-то режущее. — Да. — А бывает такое, когда ты это делаешь не импульсивно, а именно заранее готовишься, достаешь?.. — Заранее готовишься — нет... — Смакуешь как бы, да, вот этот момент? — Нет, такого нет. Но у меня бывает такое, что я пытаюсь сказать маме о том, что мне плохо, например, что морально именно, то, что мне нужен психиатр, мне нужен психолог. Потому что до того, как я сюда попала, я просила об этом год, что мне нужна помощь. Сначала было: «Ой, ребеночка родишь — все нормально будет. Ой, это ты сейчас, послеродовая депрессия, у тебя сейчас пройдет. Ой, это ты сейчас на работу-учебу выйдешь, все пройдет». И все когда-то, когда-то, когда-то пройдет, ничего никогда не проходит. И на протяжении года мне вот это все... отталкивали. И мама просто называла это «театр одного актера», когда я говорила, что мне плохо. И я какими-то порезами, ударами, да, пыталась привлечь ее внимание, что, типа, посмотри, мне реально плохо. Реально, в последнее время уже было это для ее привлечения внимания. — Понятно. То есть получается, что ты резала руки не потому, что тебе было плохо, а для того, чтоб привлечь ее внимание? — Да. — Но содержа-

тельную часть-то того, что тебе плохо, ты до мамы доносила? Или ты просто ей говорила, что тебе плохо и все? — *Нет, мы сидели, разговаривали много раз с ней на балконе, я рассказывала ей...* — Что ты говорила? — *Что меня тревожит.* — Что? Конкретно. — *Например...* — Расскажи нам, это очень важно. — *Например, про Киру я рассказывала, что у меня бывает такое, что я на нее смотрю, люблю-люблю-люблю, а в один момент я просто на нее смотрю и понимаю, что я к ней вообще ничего не чувствую. Меня это тревожит, что у меня есть ребенок, почему я на нее смотрю, типа, а у меня чувств к ней вообще никаких. Она плачет, я думаю: «Пусть плачет. Какая разница?» Я не знаю, с кем-то из друзей у меня было такое, что я могла заблокировать человека и такая: «Все, я прекращаю общение». А через несколько дней такая: «Нет, я хочу снова общаться». Потом я опять прекращаю, потом снова. С молодым человеком у меня такое было, что я много раз его на три буквы посылала — и все, вообще заканчивала, кидала в ЧС. Была уверена, что я не вернусь к этому человеку. А потом снова приходила, и сама первая (...).* — Подожди. Подожди, Анна, ты сейчас начала рассказывать о жизненных ситуациях... — *Да, но я маме это объясняла.* — Жизненных ситуациях, в которые ты попадала? — *Угу.* — В основном, связанные с отношениями. — *Угу.* — А вопрос ведь в том был, тебе-то плохо в чем? Это же ведь просто обычные житейские истории. А мы говорим про твое самочувствие. — *Мне плохо в том, что я не могу...* — Самочувствие. — *Что я не могу ни в чем определиться, и в связи с этим я ничего не делаю. Я не могу элементарно определиться с тем, что мне поест. И из-за этого я, например, вообще не ем.* — Что это значит, не могу определиться с тем, что поест? — *Ну, я выбираю...* — Ты хочешь есть. Конкретно, приходишь к холодильнику, открываешь, там лежит курица, тут лежит, я не знаю, что у тебя, котлета, там картошка. Ты не можешь выбрать, что ли? — *Нет. Я приготовлю одно. Один раз откушу, уберу в холодильник. Я приготовлю другое, один раз откушу, уберу в холодильник. Я приготовлю третье, откушу, уберу в холодильник. И, в итоге, я не ем вообще ничего.* — Почему? Ты же

понадкусывала. — *Пооткусывала.* — А что? Нормально, наелась. Плохо-то тебе в чем? Это какие-то такие мелочи. — *В том, что я не понимаю даже с той же самой самооценкой, как я к себе поистине отношусь. Поэтому что-то я сижу и думаю: «Ни хрена себе! Я, даже сбрав волосы, выгляжу так клево!» А потом такая сижу: «Блин, я вообще никак не выгляжу». Просто эти перепады, они вообще во всем. И меня это бесит, людей вокруг...* — Подожди, может, это просто обычное женское начало? Очень часто женщины, когда смотрят на себя в зеркало, вот так как раз и думают: «О, какая красивая! Ой, нет, я все-таки некрасивая. Ой, нет... а тут красивей, тут менее». То есть тут нет болезни. — *Это же не только... это же решение с тем, что я могу на работу на один день сходить, уйти. На один день сходить, на другую выйти.* — Это уже посерьезнее. — *Это вообще совсем с чем угодно! Я заведу отношения, на следующий день я скажу: «А я их не хочу». Потом опять. Я не знаю, с дочкой...* — Понятно. То есть тебя беспокоит, очень сильно беспокоит... — *С дочкой то же самое, я смотрю: «Ой, я так ее люблю!», — с ней играю, веселюсь. Потом она сидит, что-то плачет, я думаю: «Блин, да и пусть плачет, вообще мне все равно».* — То есть тебя беспокоят социальные твои проблемы, связанные с работой, с отношениями? — *Меня беспокоит, что вот эти... неопределенность.* — С отношениями, да? — *Да.* — И, прежде всего, с неустойчивостью. — *Да.* — Именно неустойчивостью? — *Да.* — А расскажи тогда историю какую-нибудь наиболее яркую, как у тебя не получилось с работой. Допустим, когда ты пришла, начала работать и потом по какой-то причине ушла. Какую-нибудь из таких последних историй. — *Когда я именно... у меня просто очень много историй, когда я, в итоге, так и не дошла. А если говорить о тех, что дошла, у меня было такое, что я хотела пойти в лагерь работать типа детского. И нашла вакансию — работа аниматором в отеле. В итоге, я пошла, проработала один день, я посмотрела, увидела, что там ходят мамочки с детьми, я поняла, что я скучаю по своему ребенку, и решила, что я не буду вообще работать, я буду все время сидеть с ребенком, потому что я не могу. А вообще, зачастую с рабо-*

той у меня бывает такое, что мне скидывают, допустим, какой-то дресс-код, берут на работу, говорят, придите на собеседование, все отлично, супер. И скидывают дресс-код. Я смотрю на этот дресс-код, я по дресс-коду не подхожу. И я такая: «Ну, и ладно, тогда, типа...» И еще на месяц, на два забиваю с тем, чтобы с поиском работы чего-то думать. — Понятно, ясно. Что Вы можете сказать о своем пристрастии к наркотикам? Я так понимаю, что опиаты не пробовали? — Нет. — Был мефедрон, да? Что еще, синтетика? Что-нибудь еще было? Галлюциногены были? — Не-а. — Никогда? Амфетамины были? — У меня и без этого галлюцинация вообще от всего, даже от алкоголя. — Да ладно! Серьезно? — Да, я не знаю... — Даже от легкого алкоголя? — А? Да, у меня все... — А, пива выпила — и тебя уже глючит? — Да, у меня все вообще без наркотиков. — Так чего же ты не рассказываешь про это? — А надо? — Маме хотя бы рассказала, чтобы она поняла серьезность-то. Ты маме начинаешь резать кожу, а сказала бы: «Мама, меня глючит». — Не, я ей говорила, она... — И что она? — Ну, она поговорила... — Тоже говорила: «Пройдет, да?» — Нет, она поговорила с каким-то врачом, короче, он ей сказал, что это, типа, от недосыпа. Типа, что... — Врач сказал? — Короче, он сказал, что у меня какая-то, как сомнамбулизм или чего-то такое. — Давай, про галлюцинации расскажи. Это важно, очень важно. Только говори, как было, ладно? И прям вот желательно поподробнее. — Да про галлюцинации, у меня просто... короче, я вижу какие-то вещи, но я понимаю, что они ненастоящие. То есть как мне тот врач, у которого мама спрашивала, например, объяснил, что разница с шизофреником с тем, что у меня, в том, что шизофреники не понимают, что у них галлюцинации, а я понимаю. — А мама-то откуда знает? — Мама откуда знает? А потому что началось все с того, что я по ночам начала бунтовать. — Нет, что шизофреники не понимают, а... — Ну, это врач сказал. — А, понятно! — Началось просто с того, что я по ночам бунтовать начала, что я вставала, могла дверьми хлопать, стулья передвигать. Если со мной разговариваешь, я начинала орать, короче. И с утра... — Так это ты во сне дела-

ла? — Да, и с утра я этого ничего не помнила. — Как лунатизм? — Да-да. — Ух ты! А бывало, что ты из дома даже выходила? — Нет, из дома не выходила. — Но по квартире ходила? — Да. И про галлюцинации... Просто я могу уйти, от чего-то дернуться, потому что мне покажется, грубо говоря, ветка какая-нибудь упала. Или я могу идти, идти и что-то обойти, хотя на самом деле там ничего не лежит. Как мне потом скажут, я такая: «А, да-да». Было такое, что я сидела в комнате и видела, у меня птицы по комнате летали. — А большие? — Нет, такие маленькие, беленькие. Такая маленькая стайка, вот такая. — А было что-то необычное в этих птицах? — Они звуков не издавали. — Например, не знаю, человеческие глаза. — Звуков не издавали. — То есть ты не слышала? — Я не слышу, я только вижу. — Вообще. Только видишь. — Да. — Это всегда ты только видишь? — Да. — А бывало, что на теле видела что-то? Как будто пауки или черви, или змеи. — На теле нет. Но у меня было такое, что мне казалось, что у меня насекомые, они все, короче, здесь. И я вот так зажимала уши, чтобы они ушли куда-то или пропали. — Они где, здесь? Они на коже? — Нет, не на коже... — В волосах или?.. — Они просто прямо очень близко вот тут... — А, рой? — Да-да. — Рой. Но ты не слышала его? — Нет, вот насекомых слышала. — Это слышала? — Да. — Тут как раз ты не видела? — Нет, я их видела. — Как, на что они похожи? — Там... блин, там, вообще, просто все подряд, как будто их веником, короче, смели, всех насекомых, и вот эта фигня, каша непонятная летала. — Скажи, а это только бывает, когда ты что-то употребишь, или это бывает?.. — Вот это, с насекомыми, это было употребление, да. Это эйфоретик. А то, что это сказала, это все на чистом. — И птицы на чистом? — Да. — И то, что ты обходишь, ночные эти состояния? — Да, это на чистом. — Может быть, птицы и эти ночные бывают сразу после того, как ты завязала? Или на второй-третий день? — Не-не-не, это я уже год не употребляла, когда с птицами было, потому что я уже 9 месяцев отходила беременная, уже три месяца кормила. — Понятно, не упот-

ребляла? — Да, я даже алкоголь не пила. — То есть вообще ничего? — Угу. — И возникало? — Угу. — Как ты сама думаешь... — Это возникало... — Откуда эти галлюцинации? — От недосыпов возникало у меня. — Что значит, от недосыпов? Многие люди недосыпают, что же, они все... — У меня только-только родилась тогда дочка. — Ну, и что? — Ну, и к ней же каждые три часа нужно было вставать. — Ну, сколько мамаш новоиспеченных не спят. — Ну, а у меня вот так. — Значит, у тебя что-то не так в голове? — Может быть. — Или не в голове, не знаю, в печени, может быть, или еще где-то. — Может. — Но это же болезнь. Не должно же быть у здорового человека галлюцинаций. Согласись? Или все-таки?.. — Я им сказала, что ... — А может быть это игра воображения? Бывает же такое, знаешь, люди, когда так вот начинают фантазировать, настолько сильно, что у них прямо это начинается как будто на самом деле появляться. Это бывает у таких людей, внушаемых. Тебя можно назвать таким человеком? Или все-таки это нет? — Нет. — Нет? Ну, хорошо. А звуковые, значит, кроме этих насекомых не было никогда? Голосов, может быть? — Нет, голосов не было. — Не было? — Только тогда, один раз, и то под действием. — А передозировки бывали? — Нет. — Ни разу? — Не-а. — Ты употребляла в компаниях или одна? — И так, и так. Но больше любила одна употреблять, но не всегда была такая возможность. — Интраназально, в основном? — Да. — А внутривенно были? — Нет. — То есть нюхала? — Угу. — А спайс был? — Не-а. — Значит, амфетамины, мефедрон, чего еще? — Амфетамины, может, один или два раза пробовала. — Экстази было? — Экстази тоже, может, один или два раза. А, в основном, мефедрон. — В основном, мефедрон? — Да. — Почему ты выбрала именно мефедрон? Какой от него кайф-то? — Амфетамин мне вообще ничего не дал. — Да ладно! — Да, просто помню, я ничего не почувствовала. — Да у тебя просто драг-дилер, значит, плохой был. — Нет, это просто, видимо, после мефедрона. — Паленый привезли. — Это просто после мефедрона. Такое у многих было. — Да? — Да. — Уже кто принимает давно мефедрон, у него уже амфетамин не

идет? — Да, ему может не дать ни амфетамин, ни другие... — Я понял. И какой у тебя от мефедрона был эффект? — Ну, мне нравилось, что сама с собой, одна со своими мыслями и все. — Что это значит? — Мне казалось то, что у меня нет вообще никаких проблем, и те проблемы, которые у меня есть, они не имеют значения. — Подожди-подожди, это важно. Ты сказала: «На мефедроне мне нравилось, что я сама с собой». — Да. — То есть без мефедрона у тебя с этим проблема? То есть ты как бы не сама с собой? — Я имела в виду, что... я сейчас объясню. Если я одна дома, грубо говоря, сижу, я обязательно либо в телефоне сижу, либо разговариваю с кем-то по телефону, если такое. А с мефедрон я могу вообще все отложить, просто музыку взять буквально, включить — и все. И сама с собой. Ни с кем не переписываюсь, ни с кем не общаюсь, и мне будет хорошо от этого. — Был у тебя хотя бы один самопорез с суицидальной целью? — У меня... — С настоящей, понимаешь? Все, ты решила на тот свет. — Нет, такого не было. Но у меня был порез, который я хотела сделать с тем, чтобы достать до вены, чтобы она вот так хлынула, но, чтобы меня остановили. — Ну, это понятно. Это значит не суицидальный. — Значит, нет. — Не суицидальный. То есть по-настоящему у тебя не было суицидальных попыток? — Нет. — Но ты говорила доктору или психологу, не помню, про маньяка в лесу. — Да, у меня было такое, что когда плохое... Я просто очень люблю смотреть «Криминальную Россию». Это такое шоу старое. — А на каком канале идет? — Блин, то ли «НТВ», то ли «Рен-ТВ». Короче, это все очень... И там, короче, про маньяков, про Чикатило, про Битцевского маньяка, там, короче, вообще про всех. Они же выбирают достаточно часто лесопарки или леса и так далее. И я помню, я ходила, да, гулять в лес с мыслью, что, типа, сама я этого не сделаю, но если это сделает кто-то, то ОК. — Что ОК? — Ну, там меня... — Убьет? — Да. — И что, нормально? То есть ты была бы рада этому? — Не то, что рада. Сейчас мне бы не хотелось. А на тот момент я... Я еще хотела... — А у тебя уже была дочь тогда? — Да. Так это вот, недавно все началось. — То есть «ОК», это значит,

оставить дочку сиротой? — А у меня из-за этого-то и было, я смотрела, например, на свою дочку, на свою маму, то есть ее бабушку, я смотрела и думала: «У них все так хорошо, зачем я вообще тут нужна?» То, что у моей дочки есть ее бабушка, у моей мамы есть внучка. И у меня появлялось такое чувство ненужности, не знаю. Поэтому и появлялись такие мысли. — Да. И еще буквально несколько вопросов, потом я попрошу коллег еще с тобой пообщаться, ладно? От чего умер твой парень первый? Это первый парень, который умер? В этом году. — С которым 3,5 года, да. Я не знаю. — Это тот, с кем у тебя самый продолжительный был роман? — Да. Но если что, дочка не от него. — Это я понял. Три с половиной года у тебя с ним были отношения? — Угу. — Как, не знаешь? Никто не говорил, что ли, почему он умер? — Да. Я очень сильно ругалась все время с его мамой, и в плохих с ней отношениях. А когда он умер... — А он одноклассником твоим был? — Нет, он на полтора года меня старше. Мы в лагере детском познакомились. — Понятно. А почему ты ругалась с его мамой? — Ну, ей не нравилось, как я одевалась, как-то выражалась и все такое. Я просто в обычной жизни очень ярко крашусь и очень откровенно одеваюсь. — Понятно. — Ну, и, типа... короче, называла меня словами на букву «ш». — Понятно. — А я ей сказала, что она сама такая, что у нее четверо детей, и все от разных отцов, типа, задумайтесь. И, короче, на этом мы с ней и расстались. — Да, не подружились. — Да. И получается, когда он умер, там просто... Это такая ситуация, он пришел домой в три часа ночи, он начал задыхаться. Ему вызвали скорую, увезли на реанимацию, и в 9 утра в реанимации он все. — Это не при тебе было? — Нет. — А кто рассказал тебе это? — Его друзья, которые с ним последние... — А он употреблял? — Нет. — Вообще не употреблял? — Ну, когда-то, лет в 16 — да, он пробовал. — Ладно, задам прямой вопрос, это мог быть суицид или нет? — Нет. — Теоретически. — Нет, это точно нет. — Почему ты так уверена? — Я... потому что, блин, я уверена, я его видела и знаю это. Короче, это точно не суицид. Тем более, он в этот день... на следующий день у него была за-

пись на татуировку, в этот день он вообще сходил в салон, волосы покрасил, у него какие-то были... — ОК, его отравить могли? — Это могли. Потому что никто до сих пор не понял, с кем он, где он был. — А у него враги были? — Ну, не то, что враги. Наверное, те, кто его недолюбливал, были. — Я понял. Но как ты пережила это? — С трудом. — Или у тебя уже все было давно? — Нет, не до его смерти. И плюс, еще когда я была беременна. И он даже как-то сказал, что: «Это не тебе, это Кирюхе», — и все такое. То есть он и к тому, что я беременна не от него. — А как ты думаешь, были перспективы Вам вновь сойтись? — Да, я даже ушла домой и говорила с мамой об этом. — Ты говорила с мамой? И как мама на это?.. — Со своей мамой. — Я понимаю. И как? — Ну, мама только обрадовалась, потому что он маме очень нравился тоже. — А с ним-то ты этот вопрос поднимала? — Да, мы сидели с ним, общались. Ну, мы так, издалека общались, из серии, что мы так и не нашли никого после друг друга, разошлись, так никто у нас и не появился, и все такое. — То есть могло все пойти по сценарию хорошему? — Да. — Понятно. Значит, тогда для тебя это серьезная травма. — Да. — А ты соотносишь свой срыв наркотический после этого, в августе же он у тебя случился, в Питере, по-моему?.. — Сомневаюсь, я не помню. — А он умер? — В апреле. — Ты связываешь? — Да. — Свой срыв с этими переживаниями? — Да. — И до сих пор они у тебя? — Конечно. — Понятно. Можно это назвать депрессией? — Не знаю. — Ну, ладно, хорошо. А с отцом ребенка у тебя есть связь?.. — Да, он приезжает. — Последний мой вопрос, хорошо? Главный твой запрос, очень важно, попробуй сформулировать, может быть, не один, а два-три, к врачам-психиатрам больницы. То есть главная твоя потребность в госпитализации, она в чем? В больнице же лечатся, у тебя же запрос на лечение или на что-то другое? — Да, на лечение. — Да. От чего ты хотела бы избавиться? — Наверное, больше всего от этих перепадов настроения или как это? Ну, глупых перепадов выбора, как объяснить? — Хорошо. От перепадов настроения? — Угу.

**Ведущий:** Прошу, коллеги, вопросы.

— Здравствуйте! У меня такой вопрос. Расскажите, пожалуйста, поподробнее о Вашем детстве, о Ваших отношениях с мамой. Вам давали право выбора в детстве? Например, что надеть, какие кружки посещать. Или Вам говорили: «Идешь туда — и все»? — Мне давали, на самом деле, право выбора. Скорее, я в принципе была таким разносторонним человеком, и мне казалось, что мне не дают права выбора. Но на самом деле право выбора было. То есть в том плане, что я выбираю пойти на танцы, и меня отправляют на танцы. Я сразу же говорю: «Я хочу идти на рисование. Я хочу идти на фигурное катание». И все вместе объединить не получилось физически. И я обижалась, что я не могу на все вместе пойти, хотя, на самом деле, право выбора мне давали. А с одеждой, с одеждой было сложнее. С одеждой у меня споры с мамой до сих пор есть. То есть даже когда я какие-то вещи сама в подростковом возрасте уже начинала покупать, я неоднократно замечала, что некоторые вещи мои просто выкидывали. И у меня до сих пор есть привычка, что я какие-то свои вещи могу сама выкинуть. Ой, сама спрятать, чтобы мама не выкинула. Как-то так.

— Скажите, пожалуйста, допустим, убрали эти перепады, что Вы будете дальше делать? Какие-то планы есть? — У меня есть два состояния, одно состояние — это сидеть дома, ни хрена не делать. Я не знаю, смотреть сериалы, допустим, или видаться со старыми друзьями, чтобы выпить или потребить всякое такое. И есть вторая сторона, которая, получается, я поступила, например, в ту же самую Высшую школу Останкино на гримера, я в свое время закончила курсы визажиста и работала визажистом. Плюс, у меня есть дочка. Короче, два состояния. Одно состояние просто хочет как-то лежать, ничего абсолютно не делать, а второе состояние, которое я хочу выбрать, но у меня не получается, потому что периодически приходит это состояние и говорит: «Да на хер нам это все надо», — и мне хочется быть, наверное, в этом, другом состоянии, где я работаю, где я занимаюсь своей дочкой, где какая-то более-менее активность есть в жизни и так далее. И хочется двигаться к этой стороне, а не оставаться на той,

где я сижу, ничего не делаю. Все, что я делаю — это плачу и наношу себе увечья.

— То есть конкретных планов нет, просто хочется это состояние убрать? — Почему? Я же объяснила. Я поступила в Высшую школу Останкино и собираюсь, хочу пойти в нее, дальше учиться. — Понятно, спасибо.

— Анна, скажите, пожалуйста, если Вам задать вопрос, кто Вы, кем Вы себя ощущаете, каким словом Вы себя описали бы? Что бы Вы о себе рассказали? В первую очередь, что приходит Вам в голову? — Не знаю, мне первое слово, которое пришло в голову, это мне пришло слово «фрик». Потому что, наверное, я его очень часто слышу просто в свою сторону.

— Это то, что говорят про Вас другие. А Вы бы себя как охарактеризовали? Первое слово, которым бы Вы себя описали бы. — Не могу сейчас сказать...

**Ведущий:** Если потом, в процессе диалога вдруг появится, Вы нам скажите, хорошо? Ты нам скажи, пожалуйста. Давайте, еще вопросы. Прощу, да.

— Анна, Вы когда-нибудь теряли сознание? — Да, было такое. — В каких условиях это происходило? — Я занималась профессионально сноубордом, и у меня пару раз происходило именно на подъемнике, или в реабилитации очень часто было именно в связи с тем, что мне кололи лекартсва, и особенно с утра мне было очень-очень плохо от него, и после одной выкуренной сигареты я могла потерять сознание. — А в больших скоплениях людей когда-нибудь такое было? — Да нет. — Спасибо.

— Когда Вы наносили себе увечья, было ли такое, что Вы делали, как это сказать, не то что несознательно, а, например, кто-то приказал или кто-то сказал это сделать? Внутренний какой-то голос, возможно, или еще что-то. — Нет, такого не было. — То есть это всегда было осознанно? То есть Вы шли и делали, потому что сейчас плохо, и я хочу сделать?.. — Не то, чтобы осознанно, но это делала именно я, и никто мне об этом не говорил. — Спасибо.

— Скажите, пожалуйста, предположим, мы Вас вылечим, Вы пойдете домой, какие планы на жизнь? Кроме Останкино. Про Останкино понятно. — Я бы хотела дальше

развиваться в сфере визажа и гримерства, дальше пойти работать. Я не знаю, возможно, первое время в том же самом Останкино пойти работать гримером и параллельно также набирать свою клиентскую базу на макияж, на визаж и все-все такое. Потому что у меня, например, есть пара друзей, которые за один макияж зарабатывают от 15 до 35 тысяч. Я считаю, что это нормальные деньги, хватит, так скажем. Это только один макияж. Поэтому мне бы хотелось двигаться дальше в плане по макияжу, как-то в этой вообще всей сфере. И в будущем, наверное, хотелось бы либо какой-нибудь... безусловно, хотелось бы сначала свои какие-то видеоуроки, когда еще чуть-чуть поднаберусь опыта. И брать к себе на обучение людей. Также хотелось бы запустить свою линию косметики. Я еще не знаю, что это будет, уходное или декоративное, но обязательно хочу это сделать, потому что некоторые бренды в косметике, когда я что-то крашу, мне что-то не нравится, и я думаю о том, что я бы сделала чуть-чуть по-другому. И, наверное, основное — это то, что я бы хотела, может быть, немного, но два-три салона сделать по Москве, где буду работать не я, я буду такая приезжать с Мальдив, просто с шопинга, такая: «Девочки, у Вас все хорошо? Все хорошо», — и все, и поехала обратно, проверила этот салон, посчитали все расчеты, они мне сказали, что заказать, что не заказать — все, я уехала. То есть у меня бизнес — это инфобизнес, это обучение урокам макияжа, плюс, возможно, буду брать индивидуальные уроки макияжа. Также если люди будут хотеть, то я буду сама как визажист, как гример красить. И самое основное, хотелось бы свои салоны открыть. И если в плане каком-то рабочем, учебном, то примерно такие планы. Если в плане каком-то семейном, то не знаю, какого-нибудь мужа рядом с собой я, например, не вижу. Но я абсолютно точно вижу, что у меня еще будут дети. Я прямо в этом уверена. Но не знаю, как-то... наверное, через ЭКО, как сейчас делают, и все такое. Также не знаю, может быть, потом хотелось маме помо-

гать в плане материальном. Такие вещи. Как-то так.

**Ведущий:** А, может быть, с девушкой жить Вам? — Ну, нет. — Анна, все-таки можете чуть-чуть подробнее про эти перепады сказать? Сейчас у Вас нормальное для Вас настроение, состояние, что должно произойти, чтобы что-то испортилось? И насколько это испортится? И как Вы себя ощущаете в таком состоянии, когда все плохо стало, когда Вы начинаете плакать, самоповреждения какие-то наносить? Что происходит? Что вызывает эти перепады? — Очень часто вызывает эти перепады у меня лично, знаете, именно когда что-то отменяется. — То есть, когда Вы чего-то хотели, ожидали, да, и что-то пошло не так? — Да. Например, какая-то встреча у меня назначена на сегодня, с кем-то увидиться, и так выходит, что встреча отменяется. Или, я не знаю, какая-нибудь покупка должна была быть, и она отменяется. — Но это что-то значимое должно быть, встреча?.. — Нет, не обязательно, это может быть... — То есть ты пошла с кем-то встречаться, и, ну, встретила, ну, не встретила, какая разница? — Нет, это не обязательно что-то значимое. Это, может быть, я просто целый день думала о шоколадке в холодильнике, а открываю — шоколадки нет, ее кто-то съел. И у меня уже с этого может становиться плохое настроение. — То есть шоколадку кто-то съел, ее нет, и я могу впасть в такое состояние, чтобы наносить даже самоповреждения? — Да. Да, у меня должно быть все по плану, все по полочкам. Я планирую, как что должно быть. И если я прихожу, и нет, грубо говоря, этой шоколадки, которая была у меня в планах, то все, мне некомфортно. Меня даже может быть раз потрепать, что вот так. Даже, например, я когда сюда приехала, я просто очень сильный курильщик, и один из первых вопросов у меня был к тем, кто меня забирал, о том, что можно ли курить. Мне сказали: «Да, можно». Но когда приехала сюда, оказалось, нельзя. И, естественно, мне было очень дискомфортно, и это в то состояние меня очень быстро швырнуло, когда пошло что-то не по плану, что я не смогу курить

тут, например. То есть что-то чуть-чуть... — Это то, что касается именно твоих каких-то личных планов, да? То, что касается твоих потребностей, да? Ты планировала что-то для себя, если на улице внезапно дождь пошел, это не может вызывать такое состояние? — *Нет, именно то, что я планирую, да.* — То, что я сама планирую, да? И насколько глубоко все-таки, расскажите, про то состояние, в которое Вы впадаете, что там происходит? Чем Вы там можете управлять, чем не можете? Как оно овладевает или что? — *Если это происходит в диалоге с кем-то, я очень лишнего могу наговорить человеку. Например, с молодым человеком должна встретиться буду, а у него не получается, он на работе задерживается. Он отменяет встречу, а я все, я начинаю гнать на него и так далее, что он прямо откровенно пишет: «Я уже не могу, мне хочется на три буквы послать». И какие-то такие моменты.* — Потом жалеешь об этом? — *Да, всегда. Я очень много раз... — Потом жалеешь. Но в том состоянии не можешь просто по-другому, да? — Да. Я очень хочу это... Я пытаюсь. Я пытаюсь написать, что да, хорошо, ничего страшного, встретимся в другой раз. Я это пишу. Проходит пять минут, я ему пишу: «Нет, это неправда!» И все, и начинаю ему писать, какой он плохой и так далее. И я не могу себя сдерживать. Я понимаю, что, блин, он реально работает, не сегодня — встретимся завтра, какая разница? Но этот срыв именно в планах, даже не столько, что это срыв, смена планов, это с чем угодно, он меня прямо так раздражает.* — И, опять, ты как раз от этого и хочешь сейчас избавиться? Это ты и называешь эмоциональными перепадами? — *Да, чтобы я нормально относилась к каким-то таким вещам. То есть головой я понимаю, что да, планы могут отменяться, это нормально, но по факту я не веду себя так, как будто я это понимаю.* — Спасибо.

— Анна, скажи, пожалуйста, а были ли у тебя перепады настроения, или усиливались они, уменьшались, во время беременности? — *Да нет, на самом деле, кстати, во время беременности у меня очень все гладко прошло. А вот это все, наверно, началось*

*именно уже после беременности.* — То есть до беременности этого не было, во время беременности этого не было? — *Нет, это было до беременности не сильно, во время беременности это как-то вообще ушло. А после беременности это херакнуло прямо... — А во время беременности были еще какие-то необычные состояния, связанные с психической сферой твоей эмоциональной? Или в целом беременность прошла хорошо, без каких-либо проблем? — Нет, прошла хорошо.* — Ну, хорошо. Спасибо.

— Анна, а Вы рассказывали, если я правильно запомнила, что Вы самопорезами пытались показать маме, что Вам плохо, и что Вам нужен специалист, Вы говорите, психолог или психиатр. А почему Вы сами не обратились? — *Потому что у меня мама была приверженник, во-первых, платной помощи. А, во-вторых, я не могла обратиться, потому что у меня маленький ребенок, и с кем мне его тогда оставить, если не с ней?* — Спасибо.

— Можно, пожалуйста, узнать, Вы рассказывали, что Вы вырываете волосы на руках, на ногах... — *Нет, я вырывала ресницы.* — Ресницы, только ресницы. Это происходило, происходит как привычка, или это в какие-то моменты, когда Вам очень плохо? — *Это как привычка.* — Спасибо.

**Ведущий:** С этим связана прическа новая? — *Нет, прическа новая связана с тем, что я... Ну, я, короче, уже давно хотела просто под машинку подстричься, потому что представьте, я в течение года могла три раза нарастить волосы, подстричься, нарастить, подстричь, отрезать челку, нарастить челку, покрасить в такой цвет, покрасить в другой цвет. То есть я постоянно, каждый месяц у меня менялся внешний образ именно в плане волос. И волосы у меня были не в самом благоприятном виде. Я сначала думала, как их восстановить. И, в итоге, когда был какой-то психоз, я решила, что ладно, фигану так, под машинку. И отрастут у меня новые.* — Хорошо.

— Скажите, пожалуйста, а наркотики как-то помогают Вам с колебаниями настроения? — *Просто при употреблении*

наркотиков я не чувствую вообще ничего, ни того, что мне плохо, ни того, что мне хорошо. В плане, нет, я чувствую, что мне хорошо именно телом, но морально мне просто... мне просто не все равно становится. — А после употребления состояние в худшую сторону меняется или нет? — Раньше, когда я это делала в 17 лет — да, безусловно, менялось. И я рыдала, и я, например, себя ненавидела и говорила о том, как я себя ненавижу в связи с тем, что я употребляю что-то, маме вру и все такое. Ну, там же с употреблением не только идет употребление, там идет воровство, вранье, там все это идет. И я из-за этого плакала. Поэтому, когда я сейчас вернулась в августе к употреблению, употребляла весь август, чтобы не было этого состояния, я просто ложилась спать, чтоб не жалеть об этом. — То есть у Вас были такие периоды, что Вы самостоятельно прекращали принимать, без обращения?.. — Ну, вот, сейчас. Да, я последний раз употребляла и пила в августе, а сейчас уже октябрь, 18–19-ое. — 30-ое. — 30-ое. Ужас какой! Не привыкла, у меня часов нет.

— А можно еще немножко про шоколадку, которой не оказалось в холодильнике? Вы приходите, заглядываете в холодильник, там ее нет. Что это значит? — Для меня это... тут даже дело не в шоколадке. Мне несложно выйти, я не знаю, купить точно такую же. А тут просто как бы расстроился, что ты... Мне очень сильно меняет настроение, когда ты чего-то ждешь, ждешь, ждешь, ждешь, ждешь, а в конце ничего. И это со встречами, с шоколадками, вообще с чем угодно это может быть. — В целом, получается, тогда мир не соответствует Вашим ожиданиям? — Да. — А если он не может, соответственно, Вас это тоже не интересует? — Ну, мне просто хочется, чтоб я спокойней относилась к тому, когда он не соответствует моим ожиданиям. Я понимаю, что это нормально, мир не крутится вокруг меня, это... — Он не крутится? — Нет. — Точно? — Точно. — Может, Вы можете своим мышлением на него повлиять? Знаете, говорят, мысли материальны. — Нет, безусловно, у меня бывают мысли о том, что мир

крутится вокруг меня. Но я понимаю, что это не так. — Но повлиять-то можете? Мысли-то материальны или нет? — Материальны. — То есть космос что, он нам поможет? Запрос отправить там. Или нет? Не увлекаетесь таким? — Я нет. — Хорошо

— Анна, в тот момент, когда Вы себя чувствовали плохо и пытались демонстративно, нанося себе увечья, показать матери, что Вам плохо, что именно плохого Вы чувствовали? — Я чувствовала то, что мне, типа, грустно, и я пытаюсь сказать о том, что у меня моральное состояние вообще никакое, что мне ничего не хочется. Я пыталась с ней поговорить, то, что я могла сутки спокойно лежать, просто в стенку смотреть, телефон даже не брать. И я пыталась с ней об этом поговорить. А она такая: «Ой, да это, — я уже говорила сегодня, — театр одного актера». Ну, и пожалуйста. И чтобы она как-то этого не говорила, а именно в такие моменты, когда она относится к этому, как что я играюсь, я ей пыталась показать то, что ни фига — это не смешно, это не игра, мне реально хреново. И после этого уже... — Это была грусть или тоска? — Нет, это была грусть. — То есть со временем суток это никак не связано? То есть легче становилось к вечеру? — Нет. — Или на протяжении всего дня было плохо? — Это вообще в любое время могло быть. — И одна несостыковка, которую я заметил, в том, что Вы говорили. В тот момент, когда Вы описываете, что, условно, когда наносили себе увечья, Вы сказали, что не хотели бы оставлять дочь на мать. — Я? — Да. Буквально недавно Вы сказали, что когда Вы наносили себе увечья, то хотели, чтобы мать оказала Вам помощь, а так как она — приверженец платной помощи, цитирую Ваши слова... — А, нет! Это, я поняла, я про другое сказала. Меня спросили, почему я не обратилась сама. — Да. — И я сказала, потому что мне нужно мамино согласие, что она будет сидеть с дочкой. Потому что я же не смогу с дочкой приехать. — Да. То есть как бы не хотели все равно дочь одну оставлять, правильно? — Конечно, ей 7 месяцев, она не останется одна. — Да. Но до этого Вы просто говорили о том, что у Вас было состояние, ко-

гда Вы были лишней. — Когда все равно мне было? — Лишней в этом треугольнике. — Да. — И хотели оставить мать и дочь. — Да, у меня бывает такое состояние, да. Но я и говорю, у меня два состояния, когда-либо мне все равно, я смотрю на них, у них все хорошо, либо я ее люблю, обожаю и все такое. А потом я смотрю и думаю: «Да мне уже на нее все равно». И я про это и говорю сегодня, в принципе. — Как часто эта смена происходит? — Это обычно в день два состояния. Либо первая половина дня — мне фигово, вторая — хорошо, либо наоборот. — А сейчас Вам хочется принимать мефедрон? — Ну, у меня была последняя ситуация, после которой я даже алкоголь не принимаю. — А что за ситуация? — Там у одного мальчика крыша поехала. Он меня запер в квартире, я у него отбирала острые предметы, чтобы он меня не зарезал.

— А Вас часто приводили в полицию? — Наверное, только в подростковом возрасте, когда из дома убегала. — Просто было сказано, что Вы закатывали рукава, демонстрируя полицейским порезы. С целью чего это было сделано? — Ну, как? Это было мне еще лет 13 – 14, и я привлекала внимание, да. Просто для привлечения внимания. Как подросток... мы вообще с подружкой тогда заперлись в туалете, из точилки лезвие выкручивали и фигачили себя, типа: «Ой, давай посмотрим, кто сильнее, кто сильнее». А потом, когда к нам подходили, типа: «Вау, что это?» И мы такие, типа, загадочные: «Да не важно». Как, знаете, из серии, как девушки в детстве под вампиров косят, это такая же для нас игра была. И все. И с полицией то же самое, это в детстве было. — А больше не было приводов? Когда закладки искали, как-то наркотики Вы находили. — Ну, был один момент. Да, когда я связалась с этой компанией, там были ребята, которые и варили, и продавали, и в особо крупном, и все такое. И самое глупое, что нас поймали с этими ребятами просто на закладке. Поймали. Хотя там масштаб того, на чем их можно было поймать, огромный. Но я просто типа построила

глазки — и меня отпустили, а ребят, их отвезли в отдел. Так что, по сути, не было.

— Анна, расскажи, пожалуйста, что у тебя как бы было в первый раз, когда попробовала наркотики? — Я была очень сильным противником этого всего. У меня начала употреблять тогда лучшая подруга. Я прямо думала с ней закончить общение и все такое. А потом в один момент мой друг написал: «У нас есть, хочешь попробовать?» А я такая, ну, попробовать можно. И первый раз я вообще не поняла. А потом мне понравилось, и как-то пошло-поехало. — Сколько тебе лет было? — Мне почти 18. 17 лет мне было. — А тебя не пугало то, что может зависимость развиться? Ты же видела, как папа твой страдал, как бабушка страдает, как в целом Ваша семья не очень хорошо чувствовала себя? То, что ты себя подвергаешь такому риску? Или, опять же, ты не могла контролировать свои желания? Или, может быть, ты хотела убежать от каких-то чувств? — В тот момент, мне кажется, я вообще ни о чем об этом не думала. Мне всегда, наверное, казалось, что все можно бросить, если у тебя есть желание.... Мне, на самом деле, и сейчас так кажется. То есть если человек не бросает, значит, он просто не хочет. — А тебе как кажется, поддержки в твоей жизни достаточно? Или бы хотелось больше какого-то внимания, заботы, любви? — Мне, наверное, больше хотелось бы мужской поддержки. — А со стороны мамы? Достаточно она оказывает тебе внимания, любовь свою дарит? — Мне, на самом деле, со стороны мамы больше не то, что поддержки, поддержка у меня от мамы есть, мне со стороны мамы больше бы хотелось принятия. Особенно в каком-то внешнем виде.

**Ведущий:** Давайте уже финишировать. Последние два вопроса.

— Анна, скажи, пожалуйста, а траву или гашиш ты не пробовала никогда? — Ну, пробовала, но не употребляю. — Не нравится? — Нет. — Спокойствия какого-то, перепадов настроения нет? — Нет.

— Анна, скажите, возвращаясь к галлюцинациям, к образам, они были раньше? Сейчас Вы говорили, что в чистом виде тоже, в чистом состоянии есть. В детстве, в подро-

стковом периоде? — У меня галлюцинации были в детстве на постоянной основе, когда у меня температура повышалась. Потом они на какое-то время утихли. И вернулись уже, когда как-то выпивать начала или употреблять. Причем необязательно в алкогольном или наркотическом опьянении. — А Вы знаете, еще как дети придумывают себе каких-то героев или друзей воображаемых. Было такое? — Не-а. У меня все галлюцинация были такие, ну как природные, что ли? То есть либо веточка упадет, либо птичка прилетит, либо собачка, кролик пробежит, либо цветочки мимо проедут. То есть такие, какие-то природные моменты. Либо дождь идет, а на самом деле я смотрю на руки, они сухие, но я вижу, как капает дождь. Вот такие моменты, я говорю, какие-то природные явления. — А что для Вас галлюцинации значили и значат сейчас? — Я сейчас просто не обращаю внимания никакого. — Но они делают, может, какой-то Вас особенной? — Да нет. Я просто помню, когда 3 февраля, буквально за ночь до того, как началась всем понятная операция, у меня была такая фигня, что я посмотрела в окно, я увидела взрыв. И я такая: «Блин, неужели опять галлюцинации вернулись?» И потом просыпаюсь, и... новости, и эту галлюцинацию я прямо хорошо запомнила, потому что, блин, такое совпадение. Я думаю: «Ничего себе!» То есть, видимо, я об этом переживала, об этом, о чем-то таком нервничала, и поэтому это увидела. Наверное, галлюцинация тоже как-то с нервами связана.

**Ведущий:** Давайте тогда будем завершать, потому что уже долго. Устала? — Ну так... — Последнее, у тебя есть какой-нибудь вопрос ко мне или к моим коллегам? — Не-а. — Тогда мы тебе желаем побыстрее справиться со своими проблемами. Я надеюсь, что у тебя сформировались хорошие отношения с врачом и с психологом, ты пройдешь курс лечения, после выписки очень важно тебе будет продолжить все-таки терапию. Ладно? Мы со своей стороны, я уже знаю, что врач связывался, постараемся с мамой провести такую работу, чтобы она понимала всю серьезность твоих проблем.

Чтобы не было больше недооценки. А у тебя, соответственно, повода для демонстративных порезов. Ладно? Договорились? — А что вообще будет дальше? — Мы сейчас будем обсуждать. А потом доктор тебе обязательно расскажет наш вердикт. Хорошо? Я думаю, что здесь плюрализм будет. — Что? — Здесь будет много мнений. — Ладно. — Хорошо? Доктор обязательно тебе расскажет наш вердикт. Удачи тебе! — Спасибо.

**Врач-докладчик:** В общем, диагноз отделения — это F60.312, эмоциональное неустойчивое расстройство личности, пограничный тип, состояние декомпенсации. Диагноз, конечно, может быть несколько оспорен, потому что не полностью укладывается пациентка в данный диагноз, но преимущественно эти колебания настроения, которые мы видим, эта ее неустойчивость, на которую она жалуется, чувство эмоциональной опустошенности, то есть то, что она не знает, как она, кто она, она так и не ответила на Ваш вопрос, собственно говоря, кем она себя считает. И те самопорезы, которые она наносит, она говорит, что с демонстративной целью, но есть эпизоды того, что все-таки она как-то пыталась облегчить так свое состояние. Пока диагноз такой.

**Ведущий:** Пограничное расстройство личности по DSM и эмоциональная неустойчивость, пограничный тип по МКБ? — Пограничный тип, да. — Но какая-то есть атипичия, да? Не укладываются в этот диагноз именно аффективные колебания. Хотя они являются одним из критериев, насколько я знаю. — Эксплозивность, которую пациентка демонстрирует, не очень свойственна. — У нее есть эксплозивность? — В отделении, в принципе, она не особенно демонстрирует. Но то, что есть в анамнезе, что она описывает, те вспышки, которые она отдает на... — Импульсивность поведения, что тоже входит в критерии. — Да, импульсивность поведения. Но, возможно, несколько больше, чем обычно. — А есть что-нибудь еще, что Вам кажется нетипичным для расстройства личности такого типа? — Еще нетипичным кажется, что при наличии эмоциональных колебаний,

*все-таки аффект у нее достаточно невыраженный. Мы, в принципе, в отделении не видим значимого аффекта. — А как Вы квалифицируете сами вот эти состояния, когда она теряет чувства к ребенку? И не только к ребенку, да? Она говорила, что вообще к любому. — Это мы все-таки расцениваем в плане пограничного расстройства, то есть то люблю, то не люблю. — Там не просто «не люблю». — Не чувствую. — Она описывает, что у нее нет чувства в этот момент. — Мы это расценили больше в рамках пограничного расстройства. — Хорошо. И по терапии тогда рекомендация? Вообще, где лечиться? Как лечиться? — Терапия сейчас — пытаться скомпенсировать состояние, в первую очередь... — А она на своем месте сейчас? — Пока да, а в дальнейшем — у психотерапевта. И, соответственно, обязательно нарколог, тогда у нее какая-то мотивация появится. — Нет-нет, я не об этом. Зачем ей сейчас закрытое отделение психиатрическое? Цель? — Она здесь, пока мы не достигнем стабилизации аффекта, чтобы она могла это контролировать. Хотя, конечно, прямо совсем вспышек аффекта она не дает, тем не менее, он как-то... — Она ж в отделении ведет себя нормально. — Последние пару дней. — Так она всего три дня. — Ну, да. Но при поступлении была не очень. — Вы считаете, что дальше стоит стационарное лечение продолжать? Без какой-то выписки или дневного стационара? — Нет, я думаю, что, в принципе, возможно, конечно, отправить на дневной стационар, после подбора терапии. Все-таки без психотропной терапии я сомневаюсь, что возможен какой-то успешный результат психотерапии. Она просто пока что не справится с психотерапией без поддержки фармакологической. — Но она еще недавно четыре месяца подряд клопиксол-акуфаз получала. — Ну, да. В общем, по ее словам, она не очень переносила его. — Об этом ее никто там не спрашивал все-таки. — Да-да-да. — Хорошо, большое спасибо. И последний вопрос. Все-таки с таким диагнозом наверняка показана психотерапия, какой вариант психотерапии, с Вашей точки зрения, методика и форма?*

— Когнитивно-поведенческая, наверное, чтобы она научилась контролировать свои аффективные вспышки, и когнитивная часть, чтобы она научилась понимать, кто она, что она, и какие эмоции она ощущает. Потому что с этим у пациентки, мне кажется, выраженные проблемы.

**Ведущий:** Спасибо. Согласен абсолютно. Сегодня приз за лучший вопрос получает участник нашего разбора. Вопрос был шикарный, прямо в точку был задан, помните этот вопрос? Каким бы словом Вы себя охарактеризовали в первую очередь, кто Вы? И он ее прямо сразил. Она растерялась. — Так в этом и была цель.

**Ведущий:** А теперь я хотел бы пригласить всех, кто хочет, высказать свое мнение диагностическое. У нас один диагноз есть. На слайде Вы видели несколько вариантов. Там были и шизотипия, F-21, органика, диссоциативные нарушения, диссоциативная fuga, в частности. Что там еще, не помню.

— Там еще было органическое амнестическое расстройство. То есть, опять-таки, fuga, но органического генеза. — Да, возможно, с эпи-синдромом. — Да, потому что эпи-синдром, в принципе, мы вроде не видим, но точно исключить нельзя. К сожалению, каких-то результатов обследований, КТ, МРТ и т.п. у нас нет. — Пока нет.

**Ведущий:** Что ж, хорошо. Какие мнения? Можно дополнить, вспомнить какие-то моменты, мысли, которые возникали во время беседы с пациенткой, которые, на Ваш взгляд, имеют большое значение. Дополнение или, наоборот, в подтверждение того, что это что-то другое. Чувствуется прямо мыслительная такая напряженность.

— А вот то, что до беременности и во время беременности у нее не было никаких особенностей, а после усилилось все. Возможно, это связано именно с появлением ребенка, а не с какими-то биологическими нарушениями. — Возможно. Тогда что, если это связано с появлением ребенка? В пользу чего? Как это интерпретировать-то? Это же надо как-то связать тогда. Просто сказать, что по времени совпадает? Или что у нас

там? Послеродовая декомпенсация психопатии?

— *Я по поводу утраты ее чувствительности к окружающим. В принципе, это можно охарактеризовать как анестезию долороза. — Долороза ли? — Просто я не знаю, насколько это бывает кратковременно. — Бывает, безусловно. Бывает острая деперсонализация. Но если мы говорим о долороза, то там — и это самое главное — это всегда ассоциируется с тяжелой душевной болью. То есть именно переживательная очень штука. — Нет, она, по-моему, больше говорит о вообще потере общей какой-то чувствительности. Как будто что-то сродни ангедонии. А если это ангедония, то это предвестник, наверное, шизофрении больше. — Мне лично известно другое, мы ангедонию ассоциируем с депрессией все-таки больше, чем с шизофренией. Потому что это все-таки симптом такой, ядерный симптом. И можем ли мы называть то, что она описывает, именно ангедонией, депрессивным расстройством?*

**Ведущий:** И тогда еще один вопрос, очень важный, на мой взгляд. Она наносит себе много самоповреждений. Происходит это уже на протяжении многих лет, Вы видели, у нее испещрены все руки. Какого типа, давайте квалифицируем психопатологически, эти самоповреждения. Что это? Давайте я тогда Вам будут задавать вопросы, чтоб мы попробовали нашинковать этот статус, а потом из этого что-то создать. Давайте дадим квалификацию ее самоповреждениям. — *Я думаю, что они у нее демонстративные и есть какие-то пароксизмальные. — Значит, два вида? — Два вида, я бы сказала. Одни демонстративные, другие как пароксизмы какие-то. И хочу еще дополнить к пароксизмам то, что она говорит, что в моменте она понимает, что она потеряла, что у нее нет никаких чувств, это то же как пароксизмальное что-то. Для меня это что-то из-за пароксизма. В целом, у нее органически неполноценная почва, так мне кажется. — Хорошо, но если мы говорим про два вида самоповреждений, демонстративные и пароксизмальные, тогда здесь нет вообще пограничного расстройства личности (ПРЛ). — Демонстративные как*

*раз-таки в ПРЛ. — Ну, там другие. Там они могут выглядеть как демонстративные, но на самом деле у них совсем другой мотив. Какой? — Облегчить боль душевную. — Конечно, перевести ее в физическую. Или материализовать аффект, чувство, которого очень часто у людей с ПДР нет. Тут как раз характерна именно эта анестезия. Правда, без делороза. Как-то нужно перевести в боль. И тогда аффект начинает быть, по крайней мере, ощутимым. Но у нее такой характер самоповреждений или другой? Согласитесь, импульсивно и аффективно-лабильно ведут себя ведь не только психопаты, правда? А кто еще? Какие еще пациенты могут демонстрировать такое поведение? — Биполярные и органика. — Биполярные и пациенты с органическим заболеванием мозга. — И психопатоподобные. — И пациенты с шизофренией психопатоподобной. Или с шизотипическим расстройством, назовем так, по-современному. Может, еще кто-то? Кто еще так себя может вести? — Эпилептики? — Эпилептики. Еще больные эпилепсией. Кстати, такого диагноза у нас тут не было. Это синдром, это все-таки... — Это, полагаю, F 06.5, мы предполагали. Просто эпилепсию мы не могли поставить... — Это органическая эпилепсия, это эпилептический синдром именно. — Органическое амнестическое расстройство. — Тем более.*

**Ведущий:** То есть какая-то экзогенная должна быть, правда? Ну, что, коллеги? Давайте, смелее. Обычно такое бурное обсуждение, а тут прямо все в какой-то растерянности.

— *А можно вопрос задать Вам? — Да. — Она вроде бы кажется пограничной, т.е. у нее просто пограничное расстройство личности. Но куда уложить ее эпизоды в детстве, когда она вырывала волосы? Они как будто бы и не укладываются... — Как называется это расстройство? — Трихотиломания. — Куда можно уложить трихотиломанию? И я так понял, что она до сих пор без ресниц. — Она продолжает это делать. — Продолжает? Но Вы говорили, что она выдергивает волосы, не только ресницы. На руке там, на ногах. — Она это не сказала, но, опять-таки, да, на руках и ногах она выдергивала. — Выдергивала? В от-*

делении? — *Со слов матери.* — А в отделении видели? — *В отделении нет.*

**Психолог:** Она сама вчера сказала при беседе, что она выдергивает до сих пор на руках, на ногах, на лобке, везде волосы.

**Ведущий:** Что это? Вообще, что такое трихотиломания? Как и другие виды маний. — *Расстройство влечения.* — Это расстройства влечения, но какие? Это импульсивные влечения, которые бывают при органических заболеваниях и эпилепсии. Я ни о чем не знаю, у нас же нет ни обследований, ничего, мы же только знаем, что трихотиломания началась в три года. — *В три-четыре года.* — С этого вообще все началось. Это самый первый симптом был, так ведь? — *Да.* — Который до сих пор сохраняется. И никуда не делся. Это ведь о многом говорит. У нас есть стержневой симптом, который уже у нашей 19-летней пациентки 16 лет присутствует в ее жизни. Все остальное, это как снежный ком у нее добавилось. Я имею в виду, все остальное, что она делает с собой, в частности, самопорезы, психоактивные вещества, алкоголь, что там еще? Уходы из дома были. Потом что еще? — *Беспорядочные половые связи.* — Беспорядочные половые. Потом драки, да? Агрессия к окружающим. Какие еще у нас поведенческие проблемы? Она об этом говорит — неустойчивость социальная контактов. — *Это тоже можно отнести туда, когда она пошла в лес, — расстройство инстинкта самосохранения, типа, меня убьют — и все, да?* — Поиграть со смертью. Ну, да. Ну, ладно. Давайте, кто-нибудь выскажет какое-нибудь мнение диагностическое. Мне бы хотелось, чтобы мы как-то с этим разобрались. Я предлагаю как-то квалифицировать ее взаимоотношения с мамой. Что это? И еще я бы хотел, чтобы, может быть, кто-то высказал свои предположения о мотивах этой госпитализации. Согласитесь, что в этой госпитализации есть много непонятного, правда ведь? Какой бывает чаще всего мотив госпитализации у психопатов? Ну, какой? — *Отдохнуть.* — *Привлечь внимание.* — *Суицидальное поведение или ...* — Или общественно-опасное деяние, агрессия, то есть что-то антисоциальное, так ведь? Здесь это было? Не было? Больная оказалась госпитализиро-

вана в острое отделение психиатрической больницы, в закрытое. Откуда она не рвется совершенно. Несмотря на то, что любит свою дочь, и ревет, потому что скучает по ней. Она ведь правда любит свою дочь. Мы же верим ей, что она любит свою дочь. Конечно, верим. — *Она сама говорила, что будет интересно рассказать друзьям, весело, что я была в психиатрической больнице. Я думаю, что это возможность как-то сбежать от ее текущей реальности и привлечь к себе внимание.* — Сбежать от реальности в сумасшедший дом? Можно сбежать от реальности куда-нибудь в Арабские Эмираты. — *А у нее нет возможности сбежать в Арабские Эмираты. Самое простое и понятное...*

— У меня, знаете, создалось такое ощущение, что как будто она пытается заявить о себе, чтобы ее, наконец, заметили, чтобы мама обратила на нее внимание. — Зачем? Для чего? Дайте квалификацию этому психопатологическую, для чего ей, чтобы мама обращала внимание?

**Ведущий:** Мы перескочили с главной темы. Мотив госпитализации у нее какой? — *Привлечь внимание матери.* Она же говорит, что ей помощь нужна. — Как мама ей помочь-то может? — Вы просто спросили у нее про созависимость, и она тоже, по-моему, не ответила на этот вопрос. — Вроде бы ответила утвердительно. Правда, к сожалению, получилось, что я вопрос неправильно задал. Я навводящий вопрос задал. И поэтому она очень быстро ответила «да». Ей показалось это, по-моему, очень красивым ответом на красивый вопрос. — *Мать же не верила, что она болен, она ей хотела доказать: «Я болею действительно».* Из-за этого она легла в больницу, чтобы мама поверила, что она болен. — Подождите, мы ставим диагноз психопатия, это, значит, в основном, проявляется в поведении. Соответственно, госпитализация пациентки, самостоятельная госпитализация, активная потребность в госпитализации — это поведение психопата тоже, да? Это поведенческий акт, у которого есть свой мотив или мотивы. Всегда есть мотивы.

— *Может, она хочет прикрыться своим диагнозом, чтобы от нее отсталла уже мать, наконец-то?*

— *Может быть, она пытается самой себе доказать, больна она или нет?*

— *Мне кажется, как будто ей нужна опора какая-то. Вот эти ранки ей нужны. Ей нужно, что кто-то ее приведет нужной дорогой. Как будто бы не было нужно внимания и нужного контроля, который ей был необходим в возрасте.*

— *Она говорила, что у нее были попытки суицида, мысли об этом, что она как будто бы лишняя в этой семье, и она хотела бы уйти. «У моей дочки есть моя мама», — и якобы она там не нужна.*

**Ведущий:** Да, но зачем в психиатрию-то уходить? Почему нужно в психиатрию уходить? Давайте мы уберем сейчас все наши паранойяльные подозрения, что она легла сюда, чтобы здесь, в итоге, пройти СПЭК, потому что она в розыске в связи с распространением наркотических веществ. Все может быть, да? Убираем эту паранойю свою детективную, оставляем главный мотив. Мы не знаем, но мы можем предположить. Вспоминайте: «Я месяц доказывала матери, что мне плохо». Верно? И она все никак, она говорила «театр одного актера, ты тут рисуешься» и так далее. «А я продолжала ей говорить, что мне очень нужна именно психиатрическая помощь». Представим себе, что это не театр. То есть это театр, но не истерический театр, что этот театр ей нужен был, преднамеренный театр, истерики ведь на подсознательном уровне рисуются, а это преднамеренный театр, то есть это четкая манипуляция, чтобы мама все-таки положила в больницу. Зачем? Я хочу сразу сказать, что мы не знаем ответ на этот вопрос. Но я просто знаю, что ответ есть. И ответ получить от нашей пациентки будет очень важно, потому что если мы его не получим, при отсутствии всех прочих обстоятельств юридически-криминальных, то это будет говорить о том, что она не психопатка. То есть, тогда как бы логики в ее поведении нет. А там, где нет логики, там нарушение мышления и волевой сферы, и всего остального. Тогда мы назовем амбивалентностью ее отношение к дочке, от которой она прямо без

ума и не может без нее жить, и ревет, и плачет. Но после разговора откладывает и совершенно не стремится к выписке, не говорит: «Ой, какая же я дура, какая же я дура, что я легла в психиатрическую больницу». Как говорят психопаты обычно на второй-третий день, когда у них проходит абстиненция? «Господи, Боже мой! Зачем я это сделал? У меня же там дочка. Все, пожалуйста, выпишите меня, доктор, пожалуйста, я не сумасшедший, я не буду с этими дуриками лежать», — говорят психопаты с наркотическим, с наркологическим, скажем, аккомпанементом. Правда ведь? Если у них нет какой-то вторичной выгоды, естественно.

Если мы ставим ей диагноз психопатия, это значит, что единственный мотив, который мог ее привести в больницу с таким рвением, когда она могла рваться, за исключением того, что мы не знаем, это страх. Она боится. Она боится, и больница с психиатрами, причем закрытое отделение больницы, закрытое, где наблюдают и не выпускают, ей нужно потому, что она нуждается в каком-то контроле над ней. В связи с тем, что она чего-то боится. Чего она может бояться гипотетически? — *Навредить своей дочери?* — Отличная идея. Она боится причинить ей какой-то вред во время своего состояния № 2. Она же говорит: «У меня два состояния. Состояние №1 и состояние №2. В состоянии №1 у меня все хорошо. Я люблю дочку, я люблю маму, я дома, я занимаюсь, звоню друзьям», — что-то такое у нее происходит. И состояние №2. И она начинает описание этого состояния со своих чувств, с потери своих чувств к дочери, да? И здесь мы не договорили, вот здесь ее бы покопать. В этот момент у нее может появляться страх, связанный с тем, что она может дочке как-то навредить. У кого может появляться такой страх? И в связи с чем может появляться такой страх у человека? Если он просто психопат. — *Это сумерки настигают?* — Да, это может появляться у такого человека, который знает, что периодически у него случаются какие-то состояния, после которых он только от окружающих узнает, что произошло. И поэтому, как Вы правильно заметили и обратили на это внимание, этот страх, до-

ведший ее до потребности в наблюдении у психиатров, возник после родов. Тогда, когда появился грудной ребенок. Как Вам такая версия? — *Интересно.* — У нас нет доказательств этой версии, да? Но, по крайней мере, выглядит это вполне логично, в этой ситуации мы можем это подтвердить? Мы можем как-то подстимулировать ее эпилептическую активность. — *Депривацией сна?* — Да, да. Депривация сна и, может быть какие-то стимуляции ноотропные. Я понимаю, что это будет выглядеть жестоко. Зато это будет очень диагностически важный момент. Я не вижу пока других мотивов. Да?

— *А почему мы ей верим, что она любит ребенка?* — Почему не верить? — *Ребенок, рожденный от непонятого мужчины в непонятных условиях на почве наркомании. Она испытывает определенные сентиментальные переживания, когда ей звонят по телефону и там на фоне, на заднем плане плачет ребенок. Но когда она возвращается в эту среду, когда он постоянно орет, и она не высыпается, он ее абсолютно раздражает. Зачем нам в этом случае эпилепсия? Мне кажется, что она очень демонстративная, очень много выдумывает, и треть, может быть, четверть того, что она рассказывала, она врала. И вполне нормально для такой не очень интеллектуальной, наверно, истерички.* — Хорошо, такая версия тоже возможна. Только тогда, опять же, мы остаемся в растерянности в отношении мотивов госпитализации. — *Отдохнуть.* — В психбольнице? Да хороший отдых! Вы вообще представьте себя в палате, сколько у нее человек в палате, восемь? Два унитаза на 50 человек. Вонь в отделении. Нормальный отдых, да? Пять звезд. Извините, конечно, ради бога. Но мы здесь все свои, мы же понимаем, о чем речь. Это же государственная больница, да? Это закрытое помещение, там даже не выйти на улицу сейчас. Тяжелые больные вокруг. Да?

— *А как насчет госпитализации, потому что ей действительно плохо? Эмоциональная стабильность субъективна, она чувствует себя отвратительно, и она просто хочет, чтобы ей помогли.* — Отлично! Я ждал этого, наконец-то, кто-то сказал. Тогда давайте нарисуем, что именно плохо.

И как это плохо укладывается в диагноз психопатия. Психопатия — это же не болезнь. — *Диагноз, я предполагаю, пограничное расстройство личности, соответственно, работа с психотерапевтом. Но это структурный дефект, структуры личности. Когда она как бы недостроена, человек субъективно чувствует себя очень плохо.* — И психопат, которому плохо во время декомпенсации, которому дают кветиапин и вальпроевую кислоту, ему на второй день должно стать хорошо. Мы видим это. И он на третий день просится выписываться. Этого мы не видим. Вот в чем дело, понимаете? Хорошо, я — психопат, мне нужна психотерапия, доктор, давайте я буду ходить на психотерапию, но жить я буду с ребенком. А буду приходить в дневной стационар, амбулаторно. Потому что я — психопат, и мне плохо, и мне нужно эту психотерапию. Что тогда? Либо тогда, по Вашей версии, ей по-прежнему плохо, но тогда это уже не психопатия, а что-то другое, что есть под этим фасадом психопатоподобным. Например, какая-то форма биполярного расстройства, и тогда мы видим маскирование депрессии — состояние №2, и маскирование мании — состояние №1, когда она всех любит, и когда ей все плохо, она сидит, смотрит сериалы и употребляет наркотики для того, чтобы как-то себе настроение поднять. И тогда можно предположить, что, по Вашей версии, ей действительно сейчас плохо, но мы просто не знаем, мы не видим депрессию, которая прячется под психопатоподобным фасадом и этими чудесными ногтями. Ногти такие недепрессивные, правда? Видели, да? Вообще, огонь!

— *Андрей Аркадьевич, а почему мы не можем говорить о ПРЛ и какой-то органической патологии?* — Да мы вообще свободны. Мы что хотим, может даже три диагноза, если надо, поставить.

**Ведущий:** Хорошо, давайте я все-таки буду подводить нас к итогу. И я в таких ситуациях очень люблю говорить свою любимую фразу: Друзья мои, вы выбрали самую лучшую в мире специальность. Самая лучшая в мире специальность она потому, что у нас нет ничего похожего. У нас что ни пациент, то обязательно что-нибудь новое. Что

ни пациент, то обязательно повод для каких-то размышлений, версий, гипотез, предположений и диагностического поиска дальнейшего.

Конечно, эта пациентка нуждается в очень серьезной диагностической дальнейшей работе. И, прежде всего, диагностика должна, это очевидно, по-моему, сейчас для всех, должна быть в неврологическую сторону. Было сделано хорошее экспериментально-психологическое исследование, тем не менее, я бы повторил его еще раз, допустим, спустя две-три недели, если она будет дальше в отделении лежать. Это очень важно. Но здесь прямо не хватает суточного, может быть, или даже двухсуточного мониторинга ЭЭГ с одномоментной отменой всех препаратов, включая и кветиапин, кстати говоря, который тоже может менять электрическую активность. И обязательно со стимуляцией депривации сна хотя бы сделать. Потому что это очень важный момент. Кроме этого, я бы сделал нашей пациентке, конечно же, МРТ исследование. Ей ведь его никогда не делали. А она описывает состояние прямо не просто пароксизмальное, а состояние с расстройством сознания. И самое главное, мы почему-то забыли, в последний-то день перед госпитализацией что произошло. — *Она спала весь день.* — Нет. Она ушла в лес и была... Кстати, она с ребенком ушла в лес гулять? — *Нет, с собакой.* — С собакой. И была найдена там, в лесу матерью. И не узнавала ее. Мать ее привела домой. И она тут же легла спать. И спала потом долго. Это на что похоже, вот этот сон? Сомноленция после припадка так выглядит. Здесь так много эпилептических знаков, что просто невозможно на это закрыть глаза. Но мы не можем сейчас ставить эпилепсию, просто потому что у нас нет для этого объективных сведений.

У этой пациентки может быть, действительно, какая-то психопатология, о которой мы не знаем не только потому, что она не говорит, а потому что она скрывается и маскируется этим ярким психопатоподобным фасадом. Ярким, и она сама говорит о том, что: «Я — фрик, я выгляжу очень ярко, демонстративно, гротескно-демонстративно». И плюс ко всему, в поведении она все время импуль-

сивна, она дерется, она не может установить отношения, взаимоотношения с мамой своего парня. Причем она, конечно, не блещет интеллектом, я согласен, но в целом уровень интеллекта ее, так скажем, в районе средних значений. Я не могу ее назвать прямо совсем плоской, что называется. Нет. Она очень хорошо улавливает моменты какие-то и так далее. То есть это говорит о том, что эти расстройства поведения, психопатические или психопатоподобные, происходят, несмотря на то, что она интеллектуально осознает все последствия своего поведения и понимает это. Тем не менее, ничего с этим не может поделать. Значит, расстройство личности, как минимум, есть. Но дифференцировать мы должны психопатию с психопатоподобным синдромом.

Соответственно, самое главное, что я хотел сказать, что это для меня все-таки пограничное расстройство личности, но мы все по-разному видим этот диагноз. Очень по-разному. Для меня пограничное расстройство личности выглядит все-таки не так. Не так грубо, не так гротескно, не так тяжело, не с такими грубыми и выраженными гибоидными расстройствами, расстройствами влечений. Здесь очень много влеченческих нарушений. Мы же это видим. Но мы можем говорить о том, что это мозаичная психопатия, которая таким образом себя проявляет, и она то как истеричка выглядит, то как эмоционально неустойчивая, то как эпилептоид с дисфорией какой-то и со стремлением к планированию, да к такому, что это же такая эпилептоидная педантичность. То как параноик, которая выстраивает какие-то отношения. И эта вся мозаичная структура может давать такой более гротескный и более грубый вариант поведенческих и диссоциальных нарушений при психопатиях. Но мне думается, что это связано все-таки не с этим. Мне думается, что это связано с тем, что это не психопатия. Я думаю, что это психопатоподобный синдром заболевания. И у меня только два варианта заболевания, которые могут крыться под этим психопатоподобным синдромом. Либо это все-таки эндогенный, в данном случае, не биполярный точно, а скорее шизофренический процесс. Либо это все-таки эпилеп-

сия. Не просто органическая, не органическая эпилепсия, а гениальная эпилепсия, врожденная эпилепсия, нашей больной только 19 лет, она еще не дожила до своего первого припадка судорожного или, может быть, эквивалента. А, может быть, и дожила, мы просто не знаем об этом, как и она. Может быть, она в лесу перенесла этот припадок, он у нее был, и никто об этом не знает, включая ее саму.

Первые пароксизмы начинаются в 1,5 – 3 года. И трихотиломания как один из классических вариантов бессудорожных пароксизмов. Дальше, появляются уходы из дома, бродяжничество. Появляются вот эти два состояния, которые меняют друг друга пароксизмально, совершенно верно, внезапно, неожиданно, и начинают ее пугать. Она пытается справиться с этими состояниями через самопорезы и через употребление разных наркотических веществ, в каких-то случаях у нее получается, в каких-то только обостряется ситуация. Но она так и не нашла пока до сих пор способ совладания с этими ситуациями. Дальше, появляются состояния уже с нарушениями сознания. И она описывает расстройство сознания по сумеречному типу. Описывает же по сумеречному типу? Спросил про обмороки или про что-то еще, она: «Да, конечно, бывает». Как «да, конечно, бывает». Она описывает состояния, возникающие в момент аффективной разрядки, когда она не может себя остановить и наносит удар этой учительнице. И, наконец, она описывает состояние прям довольно продолжительного нарушения сознания, где она дезориентирована. Кстати говоря, про дезориентировку тоже прозвучало, что она не могла понять, где находится, когда ее домой привели. — *Не узнавала мать.* — Она описывает состояние ночных пароксизмов, причем не только сноговорение, но и снохождение. И у нее в мышлении, с моей точки зрения, преобладают как раз расстройства эпилептического типа, а не процессуального. Она достаточно вязкая. У нее торпидное мышление. Она очень долго отвечает на вопросы, обстоятельно, тяжело. Правда,

тяжеловесно, как и у всех эпилептиков, выглядит и ее аффект, ее эмоциональность.

И тогда все укладывается. Если мы уловим здесь эпилепсию, если мы ее уловим на эхоэнцефалографии, то у нас все укладывается. И укладывается мотив госпитализации. Она боится своих пароксизмов. Она боится себя. И поэтому просит здесь помочь. Об эпилепсии ей еще никто не говорил никогда. Ей все говорили только о психопатиях, о том, что она страдает ПРЛ и наркоманией. А про эпилепсию она даже еще не догадывается, не понимает. Тем не менее, она боится своих состояний. Это говорит о том, что у нее есть критическое отношение к своему состоянию, к своей болезни, к своим пароксизмам и к последствиям своих действий.

Так что я думаю, что это все вполне реально сделать во время госпитализации, в том числе и сделать обрыв терапии для того, что ЭЭГ была полноценной. Посмотреть, понаблюдать ее без терапии вообще какое-то время, может быть, недельку. Без всего. Сказать, что у нас сейчас идет диагностический поиск, мы хотим посмотреть, что будет происходить на обследовании, поэтому для нас очень важно, чтобы ты неделю побыла здесь без лекарственной терапии. Совсем без лекарственной терапии. Заодно понаблюдать за ней, что вылезет из-под этого. А потом уже, исходя из результатов, дальше идти.

Если мы не обнаружили там ничего, то тогда остается у нас все-таки диагноз психопатоподобная шизофрения, к сожалению. К сожалению, потому что это будет означать, что она будет угасать. Угасать в любом компоненте дальше. И тогда все ее планы эти лучезарные и, надо сказать, очень инфантильные, они сольются. А главным результатом тогда по проградентности процесса окажется диван. И она уйдет именно в этот волевой дефект. Такая версия не видится мне невероятной. Просто очень интересно посмотреть, что же будет.

Спасибо большое за сегодняшний разбор и опять за очень интересного пациента. Как всегда, у нас на разборах неинтересных пациентов не бывает. Всем всего хорошего!

## Как гарантируют права пациента поправки в Закон о психиатрической помощи?

Ю. Н. Аргунова

Рассматриваются новеллы, внесенные в Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» федеральными законами от 4 августа 2023 г. № 464-ФЗ и 465-ФЗ.

**Ключевые слова:** оказание психиатрической помощи; права пациента

Федеральными законами от 4 августа 2023 г. № 464-ФЗ и 465-ФЗ, вступающими в силу соответственно с 1 апреля и 1 сентября будущего года, в Закон о психиатрической помощи<sup>1</sup> внесены существенные изменения, напрямую затрагивающие права граждан с психическими расстройствами. Новации касаются системных вопросов защиты прав данной категории граждан (ст. 46), правового положения пациентов психиатрических стационаров (ст. 37, 39), особенностей ведения и использования меддокументации, оформленной при оказании психиатрической помощи в недобровольном порядке (ст. 40<sup>1</sup>), порядка приема, перевода, временного выбытия и выписки из стационарных организаций социального обслуживания, предназначенные для лиц с психическими расстройствами<sup>2</sup> (ст. 41 – 44<sup>1</sup>), ограничений, связанных с осуществлением отдельных видов деятельности (ст. 6), вопросов представительства интересов ограничено дееспособных лиц (ст. 7, 39 и др.).

Можно признать, что новая редакция статей Закона в целом повышает защищенность граждан с психическими расстройствами в сферах, регулируемых данным Законом, если бы не одно НО! Многочисленные давно назревшие нововведения, конкретизации, уточнения вводятся одновре-

менно с признанием утратившей силу ст. 38 Закона, предусматривающей создание государством службы защиты прав пациентов психиатрических стационаров. Действительно, правительство РФ, которому в далеком 1992 г. было поручено разработать и утвердить Положение о службе, с работой не справилось, попытки разных ведомств найти консенсус при разработке ее нормативной базы не увенчались успехом. Механизм реализации ст. 38 Закона так и не был сформирован, несмотря на усилия специалистов, в т.ч. НПА России. В ознаменование 30-летнего юбилея Закона на фоне массовых нарушений прав пациентов законодатель решил избавиться от проблемы радикальным образом, а именно путем выведения данной принципиально важной нормы из Закона.

Анализируя поправки в Закон, нужно понять, смогут ли принятые новеллы перевесить потенциал упраздненной нормы, позволит ли их строгое исполнение администрацией больниц, а также ресурс перечисленных в ст. 46 Закона органов и организаций остановить поток выявляемых и латентных нарушений прав пациентов.

1. Статья 46 Закона регулирует теперь помимо вопросов общественного контроля за соблюдением прав пациентов и лиц, проживающих в ПНИ, также и вопросы защиты их прав. Принять на себя функции несостоявшейся службы защиты прав пациентов должны:

<sup>1</sup> Далее — Закон.

<sup>2</sup> Далее — ПНИ. Этот блок вопросов будет рассмотрен в следующем выпуске журнала.

– органы государственной власти РФ, а также ее субъектов в соответствии с установленными полномочиями;

– Уполномоченный по правам человека в Российской Федерации, Уполномоченный при Президенте Российской Федерации по правам ребенка, уполномоченные по правам человека в субъектах РФ и уполномоченные по правам ребенка в субъектах РФ;

– Общественная палата Российской Федерации, общественные палаты субъектов РФ, а также иные субъекты общественного контроля в соответствии с законодательством об общественном контроле;

– общественные наблюдательные комиссии в соответствии с законодательством об общественном контроле и о содействии лицам, находящимся в местах принудительного содержания;

– государственные юридические бюро и адвокаты, в т.ч. оказывающие гражданам бесплатную юридическую помощь в рамках государственной системы бесплатной юридической помощи в РФ;

– общественные объединения и негосударственные организации, осуществляющие деятельность в сфере защиты прав граждан, с психическими расстройствами, в соответствии с их уставами (положениями).

Безусловно, закрепление непосредственно в Законе за указанными субъектами функции защиты прав пациентов психиатрических стационаров, а также лиц, находящихся в ПНИ (долгожданное нововведение!), заслуживает поддержки. Каждый из этих органов (организаций) наделен законодательством целым спектром полномочий, который может быть успешно применен при защите прав данной категории граждан. Вместе с тем, указанные субъекты ни собранные вместе, ни по отдельности не взвоят на себя бремя по обеспечению присутствия (постоянного или регулярного) своих сотрудников в психиатрических больницах, интернатах, приема непосредственно у постели больных их жалоб, оперативного разрешения жалоб с администрацией. Именно такая каждодневная, требующая особой подготовки работа предполагалась авторами ст. 38 Закона.

Важным дополнением ст. 46 служит норма, предписывающая органам исполнительной власти субъектов РФ и органам местного самоуправления привлекать представителей органов или организаций в сфере

защиты прав и законных интересов лиц с психическими расстройствами для подготовки и принятия решений, затрагивающих интересы данной категории лиц. Возникает, правда, вопрос, почему такая обязанность не возложена на органы исполнительной власти федерального уровня? Может быть, как раз не привлечение специалистов в данной сфере правоотношений и приводит к постоянному пробуксовыванию в принятии нормативных правовых актов как Минздравом России, так и Правительством РФ?

Профессиональные некоммерческие организации, создаваемые медицинскими работниками, а также иные общественные организации в соответствии со своими уставами могут по-прежнему осуществлять контроль за соблюдением прав и законных интересов пациентов и лиц, проживающих в ПНИ, по их просьбе или с их согласия. При этом, как следует из действующей и обновленной редакции ст. 46, контроль может осуществляться в отношении и пациентов больницы и амбулаторных пациентов.

Предусмотрено, что представители всех перечисленных в ст. 46 органов и организаций обязаны соблюдать общие требования к организации посещения пациента в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь, либо общие требования к организации посещения лица, находящегося в ПНИ. Эти требования устанавливаются соответственно федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения, либо в сфере социального обслуживания. Указанные представители обязаны также соблюдать требования законодательства РФ, в т.ч. касающиеся врачебной тайны (ст. 13 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»).

2. В ст. 37 Закона, предусматривающую права пациентов и их ограничения, включен ряд очень существенных дополнений. В то же время, некоторые вопросы остались по-прежнему неурегулированными, в частности право пациентов на ежедневные прогулки.

2.1. Абзац третий ч. 2 изложен в следующей редакции:

«подавать без цензуры жалобы, обращения и заявления адвокату, в органы законо-

дательной и исполнительной власти, прокуратуру, суд, государственное юридическое бюро (при наличии), иные государственные органы и организации, негосударственные организации, а также получать без цензуры от таких органов, организаций и лиц адресованные этому пациенту почтовые отправления (письменную корреспонденцию, посылки, бандероли)».

Во-первых, круг субъектов, куда пациент вправе подать обращение без цензуры, пополнился «иными» госорганами и организациями, включая негосударственные. Адвокат в перечне обоснованно переместился с последнего места на первое. Фактически перечень стал открытым (в действующей редакции он исчерпывающий).

Во-вторых, впервые закреплено право пациента не только без цензуры подавать обращения, но и получать на них ответы и другие почтовые отправления причем также без цензуры.

2.2. Абзац четвертый ч. 2 изложен в следующей редакции:

«общаться конфиденциально, в том числе встречаться наедине, с родственниками, со своим законным представителем, с адвокатом, работником или уполномоченным лицом государственного юридического бюро (при наличии), со священнослужителем, с представителями государственных органов и организаций, негосударственных организаций, указанных в статье 46 настоящего Закона».

Во-первых, расширен перечень лиц, с которыми вправе общаться пациент. В него добавились родственники, опекун или другой законный представитель, а также представители органов и организаций, о которых говорилось выше применительно к ст. 46 Закона.

Вместе с тем, безусловным упущением законодателя можно считать отсутствие в этом перечне такого полноправного субъекта, как представитель пациента. Согласно ст. 7 Закона гражданин при оказании ему психиатрической помощи вправе пригласить по своему выбору представителя для защиты своих прав и законных интересов. Представителем (в отличие от представителя в суде) может быть любое лицо, в т.ч. не имеющее юридического образования. Представительство оформляется доверенностью в простой письменной форме. Пациент не может получить эффективную защиту своих прав без

регулярного общения с лицом, которому он доверяет.

Во-вторых, внесено уточнение, согласно которому пациент может рассчитывать не только на встречи наедине, но и на конфиденциальное общение, которое может осуществляться либо при таких встречах, либо по дистанционным каналам связи. Причем правило о конфиденциальности, как следует из формулировки, должно распространяться на контакты со всеми указанными в перечне лицами.

2.3. Часть 3 изложена в следующей редакции:

«(3) В интересах здоровья или безопасности пациентов, а также в интересах здоровья или безопасности других лиц на основании решения, принятого заведующим отделением или главным врачом по рекомендации лечащего врача, пациент может быть временно ограничен в следующих правах:

вести переписку без цензуры;

получать и отправлять почтовые отправления (письменную корреспонденцию, посылки, бандероли) и денежные переводы;

принимать посетителей;

иметь, приобретать предметы первой необходимости, телефон, иные технические средства связи, собственную одежду и пользоваться ими;

пользоваться техническими средствами связи медицинской организации, предназначенными для общего пользования.»

Важно, что в ч. 3 ст. 37 теперь прямо указано, что ограничения могут носить исключительно временный характер. Перечень возможных ограничений по-прежнему является исчерпывающим. Хотя законодатель дополнительно ввел в него ограничения, связанные с отправкой и получением письменной корреспонденции, использованием техническими средствами связи, принадлежащими как самому пациенту, так и больнице. С учетом новой редакции абзацев третьего и четвертого ч. 2 ст. 37 можно констатировать, что теперь ч. 3 ст. 37 позволяет зав. отделением, применив обобщающую формулировку того или иного основания, фактически ограничить пациента в праве пожаловаться адвокату, в органы власти, прокурору, в т.ч. на незаконность установленных в отношении него ограничений. Пациенту фактически могут запретить направить в суд апелляционную жалобу на решение суда о недобровольной госпитализации,

а также общаться со своим адвокатом дистанционно, т.е. в ситуации, при которой реальной угрозы безопасности последнего ничего не угрожает. Хотя такое временное ограничение и может быть вскоре с пациента снято, пропуск процессуальных сроков, например, для обращения в суд, может привести к существенным нарушениям прав граждан.

2.4. Введены новые части следующего содержания:

«(3<sup>1</sup>) В решении об ограничении прав пациента должны быть указаны конкретные обстоятельства, послужившие основанием для принятия такого решения.

(3<sup>2</sup>) Ограничение прав пациента осуществляется в следующих формах:

удержание исходящих и входящих почтовых отправлений (письменной корреспонденции, посылок, бандеролей);

определение особых условий пользования телефоном, иными техническими средствами связи посредством ограничения круга лиц, с которыми пациент может поддерживать связь, количества сеансов связи в течение суток и их продолжительности, отступления от принципа конфиденциальности общения;

ограничение числа посетителей и круга лиц, с которыми пациент может встречаться, в том числе в ежедневном режиме, продолжительности одной встречи, отступление от принципа конфиденциальности встреч с посетителями;

определение перечня предметов, запрещенных к хранению и использованию пациентом.

(3<sup>3</sup>) Порядок принятия решения об ограничении прав пациента, выбора формы и продолжительности устанавливаемых ограничений, а также порядок извещения пациента о принятии такого решения устанавливается Правительством РФ.»

Мы не раз в своих публикациях обращали внимание на отсутствие в законе указаний о мере (объеме), способах и сроках ограничения перечисленных прав, на допущение на практике произвольности в определении степени и формы ограничения, и даже фактического лишения пациента таких прав. В медкартах не указываются сведения о принятом зав. отделением (главврачом) решении об установлении ограничения, о его основаниях. Такое решение подменяется рекомендацией лечащего врача. В ряде случа-

ев ограничение производится даже средним медперсоналом для удобства или как наказание пациента (отобрание телефона и др.), о чем лечащий врач пациента не информируется. Письменные обращения многих пациентов в те или иные инстанции адресатам не направляются, а приобщаются к медкартам. Намерение пациента пригласить адвоката квалифицируется врачами как демонстрация угрозы в адрес медорганизации, принимаются меры по недопущению реализации пациентом своего намерения.<sup>3</sup>

Поэтому требование к зав. отделениями и главврачам об указании конкретных обстоятельств, послуживших основанием для принятия решения об ограничении прав, формулирование в законе допустимых форм ограничения заслуживает поддержки. К 1 сентября 2024 г. правительство должно принять необходимый подзаконный акт. Общественные организации, защищающие права граждан с психическими расстройствами, не должны оставаться в стороне.

3. Статья 39 Закона, устанавливающая обязанности психиатрических стационаров, приведена в соответствие с положениями ст. 37 Закона.

Так, согласно абзацу четвертому медицинская организация обязана обеспечивать условия для переписки, направления жалоб, обращений и заявлений пациента адвокату, в органы законодательной и исполнительной власти, прокуратуру, суд, государственное юридическое бюро (при наличии), иные государственные органы и организации, негосударственные организации.

Абзац пятый обязывает психиатрический стационар в течение 24 часов с момента поступления пациента в недобровольном порядке оповестить о его поступлении законного представителя, либо одного из родственников пациента, либо иное лицо по указанию пациента. Порядок оповещения теперь должен установить Минздрав России.

В действующем абзаце пятом стационару вменяется в обязанность лишь «принимать меры по оповещению». Понятно, что такая формулировка прикрывала бездействие ру-

<sup>3</sup> См.: Аргунова Ю. Н. Защита прав граждан с психическими расстройствами, находящихся в местах принудительного содержания. М.: Грифон. 2021. С. 162.

ководства больницы, которое, якобы, «звонило родственникам, но не дозвонилось».

4. Поправки затронули и вопросы представительства интересов ограниченно дееспособных и недееспособных пациентов.

В новой редакции ч. 2 ст. 7 Закона записано, что при оказании психиатрической помощи защиту прав и законных интересов лица, дееспособность которого ограничена вследствие психического расстройства, осуществляют он сам, его попечитель.

Поправка отсылочного характера внесена в абзац восьмой ст. 39. Медицинская организация должна «исполнять обязанности опекуна или попечителя в отношении пациентов, если эти обязанности в соответствии с законодательством об опеке и попечительстве возложены на медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях». Согласно же действующей редакции этой нормы медицинская организация обязана выполнять функции законного представителя в отношении пациентов, признанных недееспособными, но не имеющих такого представителя. Данное изменение может вызвать неоднозначное толкование главврачами стационаров. Мы настроены понимать эту норму таким образом, что опекунские обязанности медицинская организация приобретает не автоматически, а после вынесения органом опеки и попечительства соответствующего акта о возложении на медицинскую организацию обязанностей опекуна (попечителя) в отношении конкретного недееспособного (ограниченно дееспособного) пациента, не имеющего опекуна (попечителя) физического лица. Такую точку зрения мы ранее доносили до органов опеки и попечительства в своих обучающих лекциях. Во избежание конфликта интересов орган опеки и попечительства может вынести и другое решение — не возлагать на больницу указанные обязанности, временно закрепить за собой (за органом) указанные функции и одновременно активизировать поиск и оформление законным представителем пациента кого-либо из его родственников.

5. Закон дополнен ст. 40<sup>1</sup> следующего содержания:

«Статья 40<sup>1</sup> Особенности ведения, использования и хранения медицинской документации, оформленной при оказании лицу психиатрической помощи в недобровольном порядке

(1) Сведения о вступившем в законную силу судебном акте или не обжалованном в суд решении вышестоящего органа (вышестоящего должностного лица) о признании необоснованными психиатрического освидетельствования, диспансерного наблюдения или госпитализации лица в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, в недобровольном порядке, сведения об отказе суда в даче санкции на психиатрическое освидетельствование лица без его согласия или без согласия его законного представителя, сведения об отклонении судом заявления о госпитализации лица в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, без его согласия или без согласия его законного представителя, а также сведения о решении комиссии врачей-психиатров медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, о признании госпитализации лица в недобровольном порядке в такую медицинскую организацию необоснованной вносятся в медицинскую документацию с приобщением копии указанных судебных актов, решения вышестоящего органа (вышестоящего должностного лица) или решения комиссии врачей-психиатров.

(2) В случае принятия указанных в части первой настоящей статьи судебных актов, решения вышестоящего органа (вышестоящего должностного лица) или решения комиссии врачей-психиатров использование медицинской документации, оформленной при оказании лицу психиатрической помощи в недобровольном порядке, для оценки состояния психического здоровья этого лица и выдачи в отношении его заключений, справок не допускается.

(3) Особенности ведения медицинской документации, содержащей сведения об оказании лицу психиатрической помощи в недобровольном порядке, в случае принятия указанных в части первой настоящей статьи судебных актов, решения вышестоящего органа (вышестоящего должностного лица) или решения комиссии врачей-психиатров предусматриваются порядками ведения унифицированных форм медицинской документации, утвержденными федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и норматив-

но-правовому регулированию в сфере здравоохранения. При этом такая медицинская документация должна содержать указание на недопустимость ее использования для оценки состояния психического здоровья этого лица и выдачи в отношении его заключений, справок.

(4) В случае принятия указанных в части первой настоящей статьи судебных актов, решения вышестоящего органа (вышестоящего должностного лица) или решения комиссии врачей-психиатров медицинская организация, оказывающая психиатрическую помощь в стационарных условиях, обеспечивает обособленное хранение медицинской документации, оформленной при оказании лицу психиатрической помощи в недобровольном порядке, исключающее возможность использования такой медицинской документации при оказании психиатрической помощи этому лицу, а также обеспечивает ограничение доступа в информационных системах в сфере здравоохранения к медицинским документам, сформированным в форме электронного документа, и (или) сведениям об оказании лицу психиатрической помощи в недобровольном порядке.»

Соответствующие дополнения внесены и в п. 11 и 12 ч. 1 ст. 79 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»: п. 11 после слов «в установленном порядке» дополнен словами «с учетом особенностей ведения и использования медицинской документации, содержащей сведения об оказании лицу психиатрической помощи в недобровольном порядке, предусмотренные законодательством Российской Федерации о психиатрической помощи,». Пункт 12 дополнен словами «с учетом особенностей хранения медицинской документации, содержащей сведения об оказании лицу психиатрической помощи в недобровольном порядке, предусмотренные законодательством Российской Федерации о психиатрической помощи».

Поправки внесены во исполнение Постановления Конституционного Суда РФ от

13 июля 2022 г. № 31-П, признавшего не соответствующими Конституции РФ п. 11 и 12 ч. 1 ст. 79 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»<sup>4</sup>.

Как следует из текста нормы, законодатель значительно расширил правила, установленные Конституционным Судом. Особенности ведения, хранения и использования меддокументации касаются теперь не только случаев признания необоснованной госпитализации в недобровольном порядке (по заключению врачебной комиссии стационара, в случае невыдачи санкции судом, при отказе суда в удовлетворении заявления стационара, а также при последующем признании недобровольной госпитализации незаконной). Они распространены также на случаи признания незаконными психиатрического освидетельствования<sup>5</sup>, а также диспансерного наблюдения. Это должно пресечь практику выдачи необоснованных справок и заключений и в конечном итоге защитить права граждан, без достаточных на то оснований «засветившихся» в психиатрии. Детализация особенностей ведения меддокументации должна быть прописана в указанном в п. 3 порядке, утверждаемом все тем же Минздравом России. Помимо прочего министерство должно соблюсти еще одно установленное Конституционным Судом, но не учтенное законодателем правило: в указанных выше случаях меддокументация должна иметь вид, отличающийся от документации, которую можно использовать в текущей деятельности. Минздраву нужно уложиться в срок до 1 апреля следующего года, когда ст. 40<sup>1</sup> вступит в силу.

Ответить на вопрос о степени защищенности пациентов психиатрических стационаров с учетом рассмотренных поправок, станет возможным после обнародования целого пакета нормативных актов, которые должны быть приняты Правительством РФ и Минздравом России, во исполнение федеральных законов от 4 августа 2023 г. № 464-ФЗ и 465-ФЗ.

<sup>4</sup> Подробнее см.: Аргунова Ю. Н. Как должны измениться условия ведения, учета и хранения меддокументации, если суд признает недобровольную госпитализацию незаконной? // Независимый психиатрический журнал, 2022, № 3. С. 58 – 62.

<sup>5</sup> В ч. 1 ст. 40<sup>1</sup> не уточняется, что речь идет о недобровольном психиатрическом освидетельствовании. Из этого обстоятельства напрашивается вывод, что имеется в виду освидетельствование, как в недобровольном порядке, так и с согласия лица, поскольку законность освидетельствования даже при наличии согласия лица так же может быть впоследствии оспорена лицом.

### Почему наши эксперты так редко рекомендуют амбулаторное принудительное лечение?

В Общественную приемную НПА России обратился молодой человек, который в свои неполные 20 лет уже пережил множество серьезных испытаний (проживание в районе боевых действий, внезапная смерть матери, расставание с отцом), личных неудач и психологических срывов. По собственному желанию лечился у психиатра, с переменным успехом преодолевал свои проблемы и, в целом, был относительно успешен: студент престижного ВУЗа, кандидат в мастера спорта по плаванию, проживает с заменившей ему мать бабушкой, имеет друзей и ведет активный образ жизни. Ковид перечеркнул все планы на будущее: на фоне вынужденного перерыва в терапии резко снизилось настроение, был пойман с наркотическим средством, обвинен в попытке дать взятку, направлен на судебно-психиатрическую экспертизу. Амбулаторная СПЭ не смогла ответить на вопросы следователя, но стационарная была категорична: болен, не мог понимать фактический характер и общественную опасность своих действий и в момент инкриминируемого ему деяния, и в настоящее время, нуждается в принудительном лечении в психиатрическом стационаре общего типа. Вот так легко можно запретить молодого человека, который только начинает становиться на ноги, понимает, что ему нужна психиатрическая помощь, и готов лечиться амбулаторно, в психиатрический стационар минимум на полгода (а опыт показывает, что обычно гораздо дольше). Каким он выйдет оттуда? Какую опасность он представляет? Почему нельзя дать ему шанс учиться и строить свою дальнейшую жизнь, получая психиатрическую помощь амбулаторно?

К счастью, удалось найти хорошего адвоката, который, воспользовавшись заключением НПА, добился повторной экспертизы в другом экспертном учреждении, и в результате было назначено амбулаторное принудительное лечение и наблюдение у психиатра по месту жительства.

#### Заключение специалистов психиатров и психолога

14 сентября 2022 г.

**Воронков Д.**, 2003 г. рожд., зарегистрированный в Московской области, освидетельствован комиссией специалистов НПА в связи с рассмотрением в рамках уголовного судопроизводства вопроса о применении в отношении В. принудительных мер медицинского характера. В. на проведение психолого-психиатрического исследования согласие дал.

На комиссию представлены документы (ксерокопии):

1. Письменное сообщение о невозможности дать заключение в амбулаторных условиях от 25.04.2022г. (АСПЭ в ПБ № 5);

2. Заключение комиссии судебно-психиатрических экспертов от 9 августа 2022 г. (стационарная СКППЭ в Московской областной психиатрической больнице им. В. И. Яковенко);

3. МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника, заключение от 29.08.2018 г.; консультация нейрохирурга Центра им. Бурденко» от 12.09.2018г.;

4. Выписной эпикриз из истории болезни в связи с нахождением на стационарном обследовании по направлению военного комиссара с 24.08.2021г. по 01.09.2021 г.;

5. Справка городской больницы о включении В. в группу консультативного наблюдения с 23.12.2020.

Проведено клинико-психопатологическое и экспериментально-психологическое исследование, изучены представленные документы.

Жалоб на самочувствие нет.

**АНАМНЕЗ** (со слов освидетельствуемого и представленных документов). Наследственность психопатологически не отягощена. Мать умерла в 2013 г. (34 года) от «диабетической комы», была спокойной, уравновешенной, заботливой. Отцу 46 лет, по харак-

теру спокойный, живет и работает в Донбассе. Освидетельствуемый родился на Украине в г. Горловка, был единственным ребенком в семье служащих. Сведений о протекании беременности и родов у матери нет. Раннее развитие своевременное, без особенностей. Ходил в детский сад, в коллективе адаптировался быстро, был общительным, неконфликтным, больше дружил с девочками. Когда было пять лет, родители развелись – «не сошлись характерами». Остался жить с матерью. Отец принимал участие в воспитании сына, проводил с ним свободное время, с отцом сохраняются хорошие, теплые отношения. В школу пошел с шести лет. С 7 до 10 лет занимался в музыкальной школе по классу фортепиано, потом бросил — «не нравилось». Также занимался плаванием, спортивной гимнастикой. Занятия гимнастикой прекратил в 10 лет после «травмы позвоночника», неправильно сделал упражнение и «что-то случилось с межпозвоночными дисками». В августе 2013 г. поссорился с мамой, которая заставляла его заниматься на пианино, убежал из дома. А когда вернулся, узнал, что мать потеряла сознание, что у нее кома, не приходя в сознание, в сентябре 2013 г. мать умерла. С 10 лет живет с бабушкой по линии матери. С 2014 г. обстановка на Донбассе изменилась, начались «боевые действия, обстрелы». Было принято решение, что он с бабушкой уедет в Россию. Первые три месяца жили в Москве у бабушкиного знакомого, а потом переехали Московскую область, где она нашла работу. Проживают вдвоем в однокомнатной съемной квартире, с бабушкой отношения ровные, она по характеру спокойная, старается «заменить мне мать, обеспечивает материально». По месту нового жительства пошел учиться в пятый класс общеобразовательной школы. Сначала успеваемость снизилась, т.к. были трудности с русским языком (на Украине все предметы преподавали на украинском, русский язык шел как факультатив), привыкал к новому классу, но потом все наладилось. В характеристике «на ученика В. 11 класса отмечено, что он обладает спокойным, уравновешенным характером, имеет адекватную самооценку, реакция на критику спокойная, по характеру дружелюбен, общителен, доброжелателен, пользуется уважением среди одноклассников, участвует во внешкольных мероприятиях. Дисциплинирован, обладает отличным логическим мышлением, наделен

математическими способностями. Показал себя прилежным и ответственным учеником» (из Заключения СКППЭ от 9 августа 2022 г.). Продолжил заниматься плаванием в спортивной школе, тренируется ежедневно, является кандидатом в мастера спорта по плаванию, участвует в соревнованиях. «Тренером по плаванию характеризуется как способный и трудолюбивый юноша, занятия посещал регулярно, без пропусков, легко и быстро осваивал азы плавания. Активно участвовал в культурно-массовых и спортивных мероприятиях спортивной школы. Являлся неоднократным победителем и призером городских соревнований» (из Заключения СКППЭ от 9 августа 2022 г.). После окончания 11 классов В. поступил на бюджетное обучение в Государственный университет на факультет «Конструирование и технология электронных средств». В декабре 2021 г. оформил академический отпуск, в связи с трудной ситуацией в семье. С 1 сентября 2022 г. в университете восстановился. Учится на первом курсе, «учиться сейчас легко, ведь я уже это проходил, сейчас повторяю», в группе с ребятами отношения хорошие, появились приятели. Ежедневно ходит на тренировки по плаванию.

**Перенесенные заболевания.** В дошкольном возрасте ветряная оспа без осложнений. Пневмония, периодически бронхиты, ринит. В 6 лет перелом кости левого предплечья. До 11 лет дважды оперирован по поводу перекрута яичка справа и слева. С 18 лет приступы удушья. В 2021 г. по направлению военного комиссариата находился на обследовании и лечении в терапевтическом отделении МСЧ, установлен диагноз: Бронхиальная астма, смешанная форма, легкое персистирующее течение. Нестойкая лекарственная ремиссия. ДН 1 ст. Круглогодичный аллергический ринит. Полиноз. Сенсibilизация к грибковым, пыльцевым аллергенам. Пролапс митрального клапана. Дегенеративные изменения сегментов L4 – L5 – S1 позвоночника, возможный спондилолизис L5 и начальные проявления литического спондилолистеза L5 – S1. ВВК ВК признан ограниченно годным к военной службе. С 25.05.2022 по 01.06.2022 г. находился в отделении дневного пребывания МСЧ по поводу обострения астмы. Постоянно принимает симбикорт в ингаляторе, последний приступ удушья вчера — 13.09.2022 г. Вредные привычки: курит

с 13 – 14 лет до 5 сигарет в день, алкоголем не злоупотребляет, употребляет вино или пиво в небольших дозах примерно раз в месяц. Наркотики впервые попробовал в конце 2020 г., с его слов, за все время, 8 – 9 раз принимал мефедрон интраназально для улучшения настроения, прекращения тягостных мыслей. На диспансерном наблюдении у психиатра и нарколога не состоит. На учете в ОМВД не состоит.

Считает, что впервые депрессивные переживания появились в 10 лет после смерти матери. Настроение было подавленным, плакал, скучал по маме, винил себя в том, что своим поведением расстроил мать, и из-за этого с нею случилась беда. Но состояние постепенно улучшалось, и через полгода уже чувствовал себя нормально, «маму всегда помнил и помню, но настроение выровнялось, жил обычной своей жизнью, учился, занимался спортом». Считает, что второй раз депрессивное состояние возникло в 8 классе в 14 – 15 лет. Уже тогда планировал поступать в технический ВУЗ, больше и с интересом занимался информатикой, математикой, физикой, занимался спортом, встречался с друзьями. В 8 классе впервые влюбился без взаимности. С этим связывает ухудшение состояния — «снизилось настроение, появилась апатия, стало неинтересно учиться, несколько ухудшилась успеваемость». За медицинской помощью тогда не обращался. Считает, что в таком состоянии находился до «новой влюбленности». В 10 классе к ним пришла новая ученица, стал дружить с ней, влюбился, в этот период у него появилась и новая компания друзей, и все было хорошо. Через месяц он признался в любви, но девушка не ответила на его чувства, именно этим объясняет изменение состояния. Появились подавленность, ощущение боли в области солнечного сплетения, настроение было постоянно сниженным, ничто не доставляло радости, почувствовал себя никчемным, «езде был лишним», ничего не хотелось делать, перестал ходить на плавание, общаться с друзьями. В школу ходил — «бабушка заставляла», но часто отпрашивался с уроков, объясняя это плохим самочувствием, дома больше лежал. Нарушился сон — «иногда сутками не мог заснуть, а иногда сутками спал». Постоянно думал о своих неудачах, анализировал свое поведение в различных ситуациях, в которых, как он считал, проявил себя не лучшим образом, был слаб, труслив, нерешите-

лен, много думал о маме, винил себя в ее смерти. Несколько раз, чтобы прервать душевные переживания, наносил себе ножом порезы левого предплечья, подчеркивает, что это были не суицидальные попытки, а действия, которые приносили некоторое облегчение, позволяли отвлечься от тяжелых мыслей. В тот же период появились и суицидальные мысли, однажды, в состоянии опьянения с суицидальной целью забрался на крышу, но прыгнуть вниз не смог — «стало страшно, испугался». Чувствовал себя одиноким, своими переживаниями поделиться было не с кем, пытался искать ответы на свои вопросы в интернете, там узнал о наркотиках, которые могут улучшать настроение, как их купить. Примерно в декабре 2020 г. впервые попробовал мефедрон, после приема наркотика повысилось настроение, окружающее стало ярче, рельефнее, появилась активность, ушли тягостные мысли, но так было около суток, а потом возвращалось прежнее состояние. Вместе с бабушкой в конце 2020 г. он обратился на прием в ПНД, там врач сказал, что у него есть определенные проблемы, но лечение назначено не было. В справке отмечено, что В. находится в группе консультативного наблюдения. В январе 2021 г. В. впервые обратился к психиатру частной клиники. Жаловался врачу, что «ему постоянно плохо, не хочет ничего делать, не получает ни от чего удовольствие», просил выписать лекарства, чтобы «находиться в сонном состоянии и ничего не чувствовать», что «пропала кратковременная память и внимание». В психическом статусе отмечено, что в беседе вступал робко, говорил тихим голосом, подавлен, немногословен. Больным себя не считал. Открыто говорил об отсутствии страха смерти и нежелании жить. Хотел бросить учебу и работать грузчиком, чтобы не голодать. Ему был установлен диагноз: Шизофрения? Депрессивный синдром 2 – 3 степени со стойкими суицидальными мыслями. С января 2021 г. регулярно посещал данного психиатра. Под контролем бабушки принимал назначенное лечение. Состояние было неустойчивым, и иногда прибегал к употреблению мефедрона. Говорит, что наркотики употреблял всего раз 8, когда не мог справиться «с постоянными мыслями о маме, своей никчемности...». Несмотря на плохое самочувствие, В. в 2021 г. сдал экзамены в школе и поступил в университет. Осенью пошел учиться в университет, устроился ра-

ботать в «Макдональдс», продолжил занятия плаванием. Так он пытался вытащить себя из депрессии, хотел почувствовать себя самостоятельным, планировал жить отдельно от бабушки. Но «ничего не получилось, сначала бросил работу, а потом и учебу». В феврале – марте 2022 г. на фоне лечения (принимал трифтазин, акинетон, азалептин, каликсту) состояние значительно улучшилось: выровнялось настроение, перестали мучить мысли о своей никчемности, стал спать. Но в марте бабушка, а затем и он заболели ковидом. Лекарства, назначенные психиатром, заканчивались, находясь в изоляции по болезни, выписать рецепты не смогли, бабушка сама снизила дозы препаратов. Состояние резко ухудшилось, вернулась подавленность, постоянные тягостные мысли депрессивного содержания. Говорит, что самостоятельно не смог справиться со своими переживаниями. 23.03.2022 г. В. заказал по интернету мефедрон и взял его из закладки. Он был задержан сотрудниками полиции, которые при досмотре изъяли у него наркотическое вещество, отвезли на освидетельствование к наркологу. Затем В. был отпущен домой. В этот же вечер он пришел в отделение ОМВД России и попытался дать взятку следователю, чтобы на него не заводили уголовное дело. В отношении В. было заведено уголовное дело, он обвинялся по ч. 1 ст. 228 УК РФ и ч. 3 ст. 291 УК РФ. В ходе следствия В. была назначена амбулаторная судебно-психиатрическая экспертиза, которая проведена в отделении амбулаторных экспертиз ПБ № 5. Эксперты не смогли ответить на поставленные вопросы. В отношении В. было рекомендовано проведение стационарной комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы, которая и была проведена ему в Московской областной психиатрической больнице им. В. И. Яковенко. В психическом статусе отмечено, что внешне выглядит тревожным, напряженным. Речь временами нечеткая, голос маломодулирован. На вопросы отвечает часто не по существу. Себя считает психически здоровым человеком. Заявляет, что основной причиной обращения к врачу-психиатру было то, что не складываются отношения с девушками, а также то, что на нем сказалась смерть матери, уход отца. Стал неуверен в себе, появилось плохое настроение, называет это «депрессией». Чуть позже сообщает: «Я вообще не хотел ничего, у меня была неусидчивость,... за любое дело брался,

не мог сосредоточиться,... назойливые мысли о прошлом, о том, как я неправильно поступил». Не спал ночами, не проходило состояние апатии. Наличие «голосов» когда-либо в жизни отрицает. На просьбу эксперта объяснить его показания в материалах дела, ссылается на запомывание именно этого периода событий. Верно излагает фабулу инкриминируемого деяния, вину признает. Употребление наркотиков объясняет «депрессией»: «наркотики помогали, я чувствовал радость, счастье какое-то время, к психиатру пошел позже». Анамнестические сведения при целенаправленном расспросе излагает сбивчиво, непоследовательно, делает паузы. Ответы нечеткие. Жалоб на психическое состояние не предъявляет. В период пребывания в отделении поведение носило формально правильный характер. Абстинентных расстройств поведением не обнаруживал. Оставался тревожным, напряженным. В беседе был всегда многословен, но контакт в основном носил формальный характер, подэкспертный постоянно повторял, что является психически здоровым человеком. Наличие суицидальных мыслей отрицал, суицидальных тенденций не отмечалось. Критическая и прогностическая оценка своих деяний грубо нарушена. Проведено экспериментально-психологическое исследование, по результатам которого сделан вывод о том, что у В. «обнаруживаются нарушения мышления в виде эпизодически возникающей нечеткости, аморфности суждений, актуализации слабых, латентных признаков объектов, смысловой смещенности, отдаленного характера ряда опосредующих образов. Личностные особенности характеризуются затрудненностью контактов, замкнутостью, интровертированностью, ощущением своей непонятности и одиночества, субъективизмом и категоричностью в оценке различных ситуаций, неуступчивостью в отстаивании своих убеждений, своеобразием восприятия, переживаний и оценки различных ситуаций, дисгармоничным сочетанием завышенной самооценки, высоких притязаний и мотивации достижения, потребности в обладании жизненными благами с чувством приниженности, неуверенностью, мотивацией избегания неуспеха и конфликтных ситуаций, невысокой активностью, повышенным контролем над чувствами и поведением при сочетании ослабленности аффективного резонанса с неустойчивостью аффективных проявлений, возбуди-

мостью, раздражительностью, возможностью совершения неожиданных поступков». Комиссия пришла к заключению, «что В. страдает хроническим психическим расстройством в форме шизотипического расстройства (F 21 по МКБ-10). Указанное хроническое психическое расстройство в период инкриминируемого деяния лишило В. способности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. В настоящее время В. также не может осознавать фактический характер своих действий и руководить ими, правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела и давать о них показания, не может понимать характер и значение уголовного судопроизводства и своего процессуального положения, а также не может обладать способностью к самостоятельному осуществлению действий, направленных на реализацию вышеуказанных прав и обязанностей. По своему психическому состоянию (нарушение мышления по эндогенному типу, эмоционально-волевые расстройства, суицидальные мысли и тенденции в анамнезе, нарушение критических и прогностических способностей) В. представляет опасность для общества, связанную с возможностью причинения иного существенного вреда, с опасностью для себя и других лиц, и по своему психическому состоянию нуждается в лечении и наблюдении в стационарных условиях, но не требует интенсивного наблюдения (ст. 97, ст. 99, ст. 101 УК РФ). Рекомендуются применение к нему принудительной меры медицинского характера в виде принудительного лечения в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях общего типа. Признаков синдрома зависимости от психоактивных веществ, алкоголя, токсических веществ не обнаруживает, в связи с чем в медицинской и социальной реабилитации не нуждается» (из Заключения комиссии судебно-психиатрических экспертов от 9 августа 2022 г.).

В настоящее время В. готовится к судебному заседанию, на котором будет решаться вопрос о применении к нему принудительных мер медицинского характера. Психическое состояние его улучшилось, медикаментозная терапия на сегодняшний день отменена, он продолжает обучение в университете после академотпуска, в связи с чем предполагает, что может проходить принудительное лечение в амбулаторном порядке.

В связи с этим по совету адвоката он обратился в НПА России с просьбой об освидетельствовании.

**Психическое состояние.** Сознание не изменено. Ориентирован в полном объеме. На комиссию пришел самостоятельно, к назначенному времени. Одет опрятно, за внешностью следит. Держится с чувством дистанции, вежлив. Понимает цель проводимого исследования, старается произвести хорошее впечатление, поведение соответствует ситуации. Гипомимичен, эмоционально маловыразителен, голос маломодулирован. На протяжении всей беседы сохраняется некоторое напряжение, волнение, неуверенность, при беседе на неприятные темы потирает руки, стереотипно поджимает губы. Ответы обдумывает, недоверчив, опасается «сказать лишнее», контакт носит формальный характер. Объясняет, что на экспертизах его не всегда правильно понимали. Например, он говорил, что «наносил себе порезы, чтобы уменьшить подавленность, отвлечься от тягостных мыслей, а написали, что с суицидальной целью». Рассказывает, что очень волновался при проведении психологического исследования, хотелось показать хорошие результаты, но во время «депрессии» у него снизилась память, внимание, а волнение еще больше мешало и «нес какой-то бред». Переживает, что не смог показать «хороших результатов». Во время беседы иногда ответы подробные, даже излишне многословные, старается объяснить свое состояние, быть правильно понятым, а на некоторые вопросы отвечает расплывчато, иногда говорит, что не помнит. Плохо помнит время и детали совершения противоправных действий. Отмечает, что плохо себя чувствовал, был растерян, испуган сложившейся ситуацией, не может объяснить своего решения дать денег следователю — «понял это из намеков, потому что не задержали, а отпустили домой». Объясняет, что зависимости от наркотиков у него нет, принимал мефедрон несколько раз, когда становилось совсем трудно, для снятия депрессивных переживаний. Вину свою признает, сожалеет о случившемся. В настоящее время жалоб на психическое состояние нет, считает себя здоровым. Охотно занимается спортом, тренировки ежедневные. Возобновил занятия в университете, с ребятами в группе сложились приятельские отношения. В день освидетельствования в 18.00 у него собрание в университете, интересуется, успеет ли, собирается прини-

мать активное участие в подготовке праздника посвящения в студенты. Затруднений в учебе нет, объясняет, что для него это пока повторение. Рассказывая об этом, остается эмоционально маловыразительным, монотонным. Говорит, что настроение и самочувствие сейчас хорошие, но на протяжении всей беседы ни разу не улыбнулся. Себя характеризует, как общительного, доброжелательного, не очень уверенного в себе человека. До сих пор поддерживает отношения с ребятами из Горловки, переживает за них, но «они пишут, что к обстрелам привыкли». Говорит, что решения принимает достаточно легко, но если терпит неудачу, то переживает это долго, прокручивает возможные варианты развития событий и его поведения в них. Агрессивных тенденций никогда у себя не замечал. Отмечает, что были ситуации, когда надо было постоять за себя, и он мог это сделать, но пасовал, уходил в сторону. Наличие «голосов», галлюцинаций отрицает. Считает, что у него была «депрессия», в настоящее время считает себя полностью здоровым. Критика формальная. Но соглашается, что улучшение наступило в результате лечения, назначенного психиатром, и нуждается в наблюдении у психиатра, хотел бы наблюдаться психиатром амбулаторно. Сообщил, что недавно посетил ПНД, рассказал о сложившейся ситуации, в связи с чем его взяли на диспансерное наблюдение, однако лечение назначено не было. При настоящем исследовании продуктивной психотической симптоматики не обнаруживает. Суицидальных мыслей не высказывает.

**Экспериментально-психологическое исследование.** При проведении исследования использовались методы наблюдения и направленной клинико-психологической беседы, тест Роршаха и рисуночные тесты, методики исследования познавательной сферы (запоминание 10 слов, пиктограмма, исключение предметов, сравнение пословиц, простые аналогии, самооценка, счет по Крепелину).

Испытуемый понимает смысл исследования. Держится спокойно, соблюдает чувство дистанции. Эмоциональные реакции сдержанные, адекватные. Задания выполняет добросовестно, несколько формально, иногда вспоминает свои прежние ответы и просит пояснить, что было не так. Инструкции усваивает с первого раза, следует им в процессе работы.

На вопросы отвечает сдержанно, но достаточно подробно. Откровенно рассказывает о своей ситуации, но только при наличии вопроса. Говорит, что проживал на Донбассе вместе с родителями. Когда ему было 5 лет, родители развелись, он остался с матерью, но отец поддерживал с ним отношения. В 2013 г. мать умерла. Это случилось после нелепой ссоры с ним, и он до сих пор не может отделаться от чувства вины за случившееся. Заботу об испытуемом взяла на себя бабушка, которая после начала военных действий на Донбассе перевезли его в Московскую область. Здесь он закончил 11 классов и поступил в университет на факультет «конструирование и технология электронных средств», однако учиться не смог и оформил академический отпуск. Говорит, что не рассчитал свои силы: помимо учебы работал в Макдоналдсе и занимался плаванием (кандидат в мастера спорта по плаванию). Поясняет, что работал потому, что хотел быть самостоятельным и меньше зависеть от бабушки. В 2021 г. в связи с развившимся депрессивным состоянием, которое он описывает, прежде всего, как апатию, попробовал наркотики. Это дало облегчение, но только на 1 день. Впоследствии еще несколько раз принимал наркотики. По инициативе бабушки обратился к психиатру, сначала по месту жительства, а потом частным образом. Принимал лечение, от которого стало лучше. Однако в связи с тем, что и он, и бабушка заболели коронавирусом, пришлось неожиданно отменить лекарства, и состояние вновь ухудшилось. Это и привело к совершению правонарушения. Заказал на сайте наркотик, оплатил, нашел закладку, но был тут же задержан полицейскими. Рассказывает, что растерялся. Помнит, что его спросили, хочет ли он иметь неприятности, и отпустили домой. Он быстро пошел домой, выпросил у бабушки 20 тыс. рублей без объяснения, зачем они нужны. Говорит, что понимает, что совершил ошибку, но тогда был сильно напуган, все было «как в тумане». Сейчас восстановился в институте и приступил к занятиям. Говорит, что пока учиться легко, все знает. Познакомился с другими студентами и уже включился в жизнь группы. Считает, что сейчас ему лечиться стационарно не нужно, у него все хорошо, но, если ему назначат амбулаторное принудительное лечение, будет посещать психиатра по месту жительства и выполнять его указания. Понимает, что наркотики не могут быть средством улучшения состояния.

Сожалеет о случившемся, хотел бы участвовать в судебном заседании, чтобы иметь возможность объяснить свою позицию.

Во время исследования работает в достаточно быстром темпе, утомляемости не наблюдается. Вспоминает, что волновался, когда ему во время экспертизы предложили запомнить 10 слов, был уверен, что не сможет. На самом деле демонстрирует хорошие мнестические способности. Кривая запоминания 10 слов: 7 – 8 – 9 – 10, через час воспроизводит 9 слов из 10 предъявленных. При опосредованном запоминании правильно называет 13 из 14 предъявленных понятий, одно — неточно («злая учительница» вместо «сердитая учительница»). Образы адекватные, в основном конкретно-ситуационные, встречаются формальные, некоторые субъективно значимые. Один рисунок достаточно далеко отстоит от понятия («тяжелая работа»), однако объясняет это понятным образом: «Хотел нарисовать человека в форме Макдоналдса, но не смогу, пусть будет бургер». Рисунки мелкие, неумелые, со слабым нажимом и многочисленными наведениями, отделены друг от друга горизонтальными линиями. В то же время рисунок «Дом и три человека» занимает весь лист и не отличается лаконичностью: изображены три человека, готовящие шашлык возле обнесенного забором дома — «Это я, мой папа и его друг». Переносный смысл пословиц понимает, однако объясняет несколько расплывчато, сравнение пословиц выполняет с трудом. Так, объясняя смысл пословицы «Не все то золото, что блестит», говорит: «Что-то плохое может выдаваться за хорошее». В исключении предметов имеются единичные ответы с опорой на латентные признаки (объединяет мотоцикл, велосипед и тачку, как сухопутные, у которых есть колеса — в отличие от лодки), однако заметив реакцию экспериментатора, дает правильный ответ. Оценивает себя, как человека замкнутого, неуверенного в себе, не отличающегося смелостью и испытывающего чувство стыда за свои эмоции, которые старается прятать от окружающих. В то же время высоко оценивает свои интеллектуальные возможности, упорство в достижении цели и умение контролировать себя. Неэффективный способ контроля эмоций методом подавления может приводить к эпизодическим аффективным вспышкам. По данным теста Роршаха,

испытуемого отличает достаточно высокая психическая активность, баланс между аналитическими и интегративными способностями и отсутствие каких-либо оппозиционных тенденций, свойственных людям его возраста. В то же время выявляется некоторое снижение и обеднение психической продуктивности, снижение контроля эмоций наряду со снижением категориальной четкости познавательных процессов, комплексный характер аффективности, серьезное ухудшение качества психической продуктивности в эмоционально значимых ситуациях и снижение реалистичности.

Таким образом, в результате проведенного исследования на первый план выступает своеобразие восприятия и мышления (недостаточная четкость, единичные ответы с опорой на слабые латентные признаки, оценка ситуации по первому впечатлению без анализа), диссоциация между самооценкой и уровнем притязаний, снижение контроля эмоций и некоторые признаки ситуационно обусловленного субдепрессивного фона настроения (снижение и обеднение психической продуктивности, мелкие рисунки со слабым нажимом) у интравертированной интрапунитивной (склонной к самообвинению) дисгармоничной личности. Отмеченные нарушения остаются в пределах характерологических девиаций с удовлетворительным самоконтролем. Агрессивные и суицидальные тенденции отсутствуют.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** В. страдает хроническим психическим расстройством в форме шизотипического расстройства личности. В настоящее время отмечается состояние компенсации, опасности для себя и других лиц В. не представляет, не нуждается в лечении в стационарных условиях и может проходить лечение и наблюдение психиатра в амбулаторных условиях. Может осознавать фактический характер своих действий и руководить ими, может участвовать в судебном заседании и давать показания по делу. Для решения вопроса о виде принудительного лечения рекомендовано проведение повторной судебно-психиатрической экспертизы.

*Члены комиссии:*

**Ю. С. Савенко, В. Н. Цыганова,  
Н. В. Спиридонова, Л. Н. Виноградова**

## ОТКЛИКИ, ОБСУЖДЕНИЯ, РЕЦЕНЗИИ

---

### **ГосДума похоронила сразу два законопроекта, разработанных общественными организациями. Мнение гражданского общества, как и мнение профессионалов, ничего не значат**

Поправки к закону о психиатрической помощи, принятые Государственной Думой 20 июля во втором и третьем чтении,<sup>1</sup> ставят крест и на создании Службы защиты прав пациентов, и на так называемой «распределенной опеке», которой долгое время добились неправительственные организации.

Вкратце напомним историю. В принятый в 1992 г. Закон «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» была включена ст. 38 о создании «независимой от органов исполнительной власти в сфере охраны здоровья службы защиты прав пациентов, находящихся в психиатрических стационарах». Одновременно с принятием закона Верховный Совет РФ принял Постановление о порядке введения его в действие, в котором среди прочего говорилось: «Поручить Правительству Российской Федерации до 1 декабря 1992 г. разработать и утвердить Положение о службе защиты прав пациентов, находящихся в психиатрических стационарах». Однако по разным причинам это не было сделано. И через некоторое время началась борьба за создание Службы.

Сначала Независимая психиатрическая ассоциация России занималась этим вместе с Уполномоченным по правам человека в Российской Федерации Владимиром Лукиным, потом — с Минздравом и другими профильными НКО. Поскольку Министерство финансов и Министерство экономического развития РФ категорически отказались выделять средства на создание Службы, был разработан законопроект, который не требовал финансовых вложений, а предлагал — по ана-

логии с работой общественных наблюдательных комиссий — создать Службу силами общественных организаций, работающих в сфере психического здоровья. При этом предлагалось распространить ее действие еще и на психоневрологические интернаты, в которых нарушений прав проживающих там граждан было на порядок больше, чем в больницах. Координировать работу Службы должен был специально созданный отдел при Уполномоченном по правам человека в Российской Федерации. Работа продолжалась несколько лет, согласовывался каждый абзац, каждая запятая. Удалось добиться согласия Татьяны Москальковой и были подготовлены дополнения в Закон об Уполномоченном по правам человека. Однако, как говорится, что-то пошло не так. Законопроект встретил мощное противодействие со стороны разных структур и так и не дошел до Государственной Думы.

Второй законопроект, который разработали и много лет продвигали общественные организации, оказывающие помощь людям с ментальными проблемами, — это так наз. закон о распределенной опеке. На самом деле, это лишь паллиатив к полному отказу от того, чтобы граждане, признанные недееспособными и помещенные в интернат, оказывались в полной зависимости от его администрации. Предлагалось, что помимо директора ПНИ такой человек может иметь еще одного или даже несколько опекунов, которые делят между собой обязанности и обеспечивают соблюдение прав недееспособного. Опекуном может стать и неправительственная организация, которая имеет опыт работы с людьми с психическими расстройствами. Параллельно шла борьба за максимальное сокращение психоневрологи-

---

<sup>1</sup> 4 августа законопроект был принят.

ческих интернатов и их замену специализированными квартирами сопровождаемого проживания, где люди могли проживать в условиях, приближенных в «свободной» жизни и в то же время получать необходимую поддержку от социальных служб. В 2019 г., когда после шумной кампании в СМИ о плачевном состоянии жилищного фонда и грубых нарушениях прав людей, проживающих в психоневрологических интернатах, государство выделило 2 млрд. руб. на строительство новых «монстров» вместимостью до 900 человек, более 100 неправительственных организаций, защищающих права инвалидов, приняли участие в кампании протеста против такой консервации прежнего положения вещей и подписали Обращение к Президенту РФ, в котором говорилось о:

- недопустимости строительства крупных психоневрологических интернатов;
- возобновления действия поручения президента РФ от 23 августа 2017 г. о закреплении в федеральном законодательстве различных форм сопровождаемого проживания;
- создании специализированных жилищных фондов квартир сопровождаемого проживания и малокомплектных учреждений социального обслуживания;
- социализации и социальной реабилитации проживающих в существующих психоневрологических учреждениях инвалидов.

НПА России координировала эту работу, собрала 100 оформленных по всем правилам писем, с подписями и печатями, и передала их в администрацию Президента РФ. В ответ мы получили отписку о том, что наши

предложения будут приняты во внимание. И строительство ПНИ продолжилось, а вместе с тем и борьба за закон о распределённой опеке.

И вот теперь мы видим, как вместо закона о Службе защиты прав пациентов и закона о распределённой опеке принимаются поправки в закон о психиатрической помощи, которые просто отменяют создание Службы и существенно ухудшают положение людей, проживающих в психоневрологических интернатах. Обязательным условием выхода оттуда является решение комиссии о возможности самостоятельного проживания и заявление человека, который готов взять на себя заботу о недееспособном. О возможности сопровождаемого проживания ни слова.

Представители общественных организаций обращаются к Государственной Думе с просьбой не принимать подготовленные поправки, но их вновь не слышат. Законопроект просто игнорирует все предыдущие обсуждения, которые проходили многие годы, на разных площадках, в том числе с участием государства и государственных экспертов.

Так государство понимает положение Конвенции о правах инвалидов о том, что представители организаций, представляющие инвалидов, должны быть «активно вовлечены в процессы принятия решений относительно стратегий и программ, которые их прямо касаются». — «Участвовать-то вы можете, а вот решения мы будем принимать без вас». Гражданскому обществу в очередной раз показали, что его мнение ничего не значит.

*Л. Н. Виноградова*

**Межрегиональная научно-практическая конференция  
с международным участием  
«СОЦИАЛЬНАЯ МИССИЯ ПСИХИАТРИИ: НОВЫЕ ВЫЗОВЫ»**

*17–18 ноября 2023 года  
г. Санкт-Петербург, гостиница «Амбассадор»*

<http://conference.ano-bekhterev.ru>

## **Правозащитники поднялись в психическую атаку. Службы защиты прав пациентов психбольниц и жителей интернатов создадут в пилотных регионах<sup>1</sup>**

Руководитель Центра паллиативной помощи и учредитель фонда помощи хосписам «Вера» Нюта Федермессер инициировала создание в регионах, «где губернаторам не все равно», служб защиты прав пациентов психиатрических больниц и подопечных психоневрологических интернатов (ПНИ). Пилотный проект, по ее словам, поддержали представители Госдумы, Совета федерации, уполномоченные по правам человека. Недавно вступили в силу поправки к закону «О психиатрической помощи», упраздняющие прямое требование к регионам создавать подобные службы, но «борьба за права» пациентов и подопечных учреждений будет продолжена, заявила госпожа Федермессер.

В начале августа 2023 года президент Владимир Путин подписал закон об изменении правил оказания психиатрической помощи в РФ. Против этих поправок выступили гражданские активисты и представители некоммерческого сектора. Письмо с просьбой не принимать нововведения подписали 100 тыс. человек и 151 НКО. Предлагаемые изменения, полагают они, «существенно ухудшают правовую защищенность людей с психическими расстройствами, отбрасывая Россию в этой части в прошлый век».

**«Самым плохим» общественники называют ликвидацию ст. 38 закона «О психиатрической помощи».**

В ней описана обязанность государства создавать независимые службы защиты прав людей с психическими расстройствами. Вместо этого законодатели предложили расширить ст. 46: права пациентов смогут защищать региональные и федеральные чиновники, омбудсмены разных уровней, адвокаты, общественные объединения и негосударственные организации. Однако они обязаны согласовывать условия посещения пациента с руководителем медицинского учреждения. По словам руководителя Центра паллиативной помощи и учредителя благо-

творительного фонда помощи хосписам «Вера» Нюта Федермессер, «это супернеконкретная норма, которая не предусматривает никаких обязательств регионов что-либо делать».

Законодатели в свою очередь настаивают, что инициатива направлена на совершенствование правового регулирования вопросов оказания психиатрической помощи и социального обслуживания лиц, страдающих психическими расстройствами, защиту их прав и интересов.

После того как резонансный законопроект одобрил Совет Федерации, его спикер Валентина Матвиенко предложила парламентариям изучить неучтенные поправки общественников. «Поддерживаю предложение мониторить этот закон и во взаимодействии с Минздравом, Министерством труда и соцзащиты продолжить изучение тех поправок, которые еще остались неучтенными. Может быть, новых предложений. Надо сделать так, чтобы в обществе было взаимопонимание и консенсус в отношении этих людей», — сказала госпожа Матвиенко. Глава Совета Федерации попросила правительство, регионы и сенатский комитет по соцполитике проявить «деликатность и человечность» при разработке подзаконных актов.

**Несмотря на то, что недавно принятый закон упразднил необходимость создания федеральной правозащитной службы для пациентов психиатрических больниц и подопечных психоневрологических интернатов, борьба за их права будет продолжена, сообщила 15 августа госпожа Федермессер.**

В видеообращении в своем Telegram-канале она сообщила, что такие службы создадут в пилотных регионах «с равнодушными» губернаторами: «Мы должны выбрать несколько регионов, где губернаторам не все равно, где они понимают, что проблема требует обсуждения и решения, а главное — изучения. И в этих регионах реализовать проект, подобный нижегородскому».

<sup>1</sup> «Коммерсант», 16.08.2023, № 149.

В 2021 году в Нижнем Новгороде в полную силу заработала Служба защиты прав людей, имеющих психические нарушения и живущих в учреждениях. Ее координирует созданная при нижегородском правительстве АНО «Служба защиты прав лиц, страдающих психическими расстройствами, детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей». Эта организация, заключившая соглашения о сотрудничестве с профильными ведомствами и учреждениями, финансируется за счет средств регионального бюджета и благотворительных пожертвований.

**Задача службы — мониторить учреждения соцзащиты, выявлять нарушения, помогать людям реализовывать их права.**

Представители этой АНО имеют право входить в любую стационарную организацию, получающую госфинансирование, в любое время суток: и в государственные интернаты для детей или взрослых, и в частные учреждения, если те являются поставщиками социальных услуг.

По словам Нюты Федермессер, проект поддержали в Госдуме и Совете Федерации, а также федеральный уполномоченный по правам человека Татьяна Москалькова и уполномоченный при президенте по пра-

вам ребенка Мария Львова-Белова. Как уточнила госпожа Федермессер, предстоит подтвердить, что нарушения в психбольницах и интернатах носят «системный характер и исчисляются десятками тысяч» и что права находящихся там людей должны быть защищены «не в меньшей степени, чем, к примеру, заключенных в местах лишения свободы». Она выразила надежду, что параллельно начнется подготовка поправок к уже принятому федеральному закону.

Нюта Федермессер также отметила, что само обсуждение спорного закона привлекло общественное внимание к проблеме нарушения прав пациентов психбольниц и подопечных ПНИ. Так, в одном из регионов обитателей детского ПНИ начали посещать родители, которые не бывали там много лет. В другом регионе родственники живущих в ПНИ людей потребовали увеличить часы посещения, сделать их ежедневными, пускать их не только в холл интерната, но и в комнаты, чтобы они увидели, как живут их родные. «Изменения безусловно есть», — заключила госпожа Федермессер.

*Наталья Костарнова*



**«ОТ ЖУРНАЛЬНОЙ СТАТЬИ К РУТИННОЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ»**  
*научная конференция, посвященная*  
**130-летнему юбилею журнала «Неврологический вестник»**  
**Казань, 13 октября 2023 года**

# ЧЕГО НЕ ДОСТАЕТ РЕКОМЕНДАЦИЯМ ПО ПТСР?

## Взгляд психолога

Отечественная психиатрия и психология готовятся к беспрецедентному вызову — оказанию помощи тысячам людей, столкнувшихся с ужасами военных действий, как участников, так и свидетелей, людей, потерявших близких, и др. По заданию Минздрава Российское общество психиатров подготовило клинические рекомендации «Посттравматическое стрессовое расстройство», в диспансерах появились новые ставки психологов, в поликлиниках создаются кабинеты медико-психологической помощи. Однако вопросы о том, как организовать эту помощь, как добиться того, чтобы она была востребована и, наконец, где найти такое количество обученных специалистов, не обсуждаются. Проблема терапии посттравматического стрессового расстройства комбатантов — это не просто техническая медико-психотерапевтическая работа по ведомственным инструкциям, это большая культурно-социально-психологическая проблема, и ее решение во многом зависит от отношения общества к вернувшимся с СВО и к этой военной операции в целом. Это работа со смыслами, а не только подбор наиболее эффективного препарата и использование какого-то психотерапевтического метода.

Издательство «Питер» недавно выпустило книгу «Психотерапия ПТСР у комбатантов<sup>1</sup>». Один из авторов Евгений Олегович Александров делится своим практическим опытом работы с ветеранами афганской и чеченских войн, приводит много конкретных примеров психотерапевтических сеансов и методик, рассказывает о разработанном им интегративном методе терапии посттравматического стрессового расстройства. По данным психологической службы Сибирского военного округа (1997) у 98 % вернувшихся после участия в военных действиях в Чечне был выявлен хотя бы один симптом нарушения адаптации. Резкий переход из зоны боевых действий в мирную жизнь приводит к эффекту культурного

диссонанса, сильнеешего стресса и «запускает» процесс возникновения ПТСР. Многие комбатанты отмечали, что продолжали «воевать» еще несколько месяцев после возвращения к мирной жизни. Человек не может адаптироваться молниеносно, ему нужно время и помощь и поддержка семьи, близких, общества, а часто профессионалов. В США была специальная программа по подготовке семей к встрече ветеранов. Что делать родным, когда воин вернулся домой? В первую очередь, создать вокруг него «эмоциональный кокон безопасности». К сожалению, эта проблема в России не рассматривается и не решается.

В конце 90-х годов НПА России совместно с НКО «Женщины Дона» организовала серию семинаров для комбатантов, вернувшихся с первой чеченской войны с явным посттравматическим стрессовым расстройством. Мы получали тогда множество жалоб от родственников, которые не знали, что делать, как помочь своим близким: «Запирается в комнате и пьет с утра до вечера», «ни с кем не общается», «кричит по ночам», «пугается неожиданных звуков», «беспричинно кричит на жену и детей или даже избивает их», «категорически отказывается идти к врачу и даже обсуждать этот вопрос». Программа называлась «Очищение воина». Ведущий тренингов вице-президент НПА известный российский психотерапевт Виктор Каган положил в основу своего тренинга древний обряд индейцев, который они проводили после возвращения мужчин племени с войны. Это было многодневное пиршество, в котором участвовали все члены племени и которое было четко разделено на две части. В первой части воздавали должное подвигам воинов, благодарили их за тяжелую работу, всячески превозносили их храбрость и мужество. Смысл действия сводился к следующему: «Мы знаем, что вам пришлось делать много неприятных, может быть, непопулярных вещей, но это была важная необходимая работа, и мы благодарны вам за это. Вы — герои, и мы рады, что вы вернулись». Затем начиналась вторая, более важная часть ритуала, смысл которой состоял в том, чтобы переориентировать воинов на мир-

<sup>1</sup> Евгений Александров, Наталия Александрова. Психотерапия ПТСР у комбатантов. Санкт-Петербург – Москва – Минск, 2023.

ную жизнь, объяснить им, что теперь нужны совершенно другие качества: «Мы хотим, чтобы вы зарыли топор войны, оставили все в прошлом и вернулись к мирной жизни, где нужны другие качества. Мы ждем от вас участия в жизни племени, хотим, чтобы вы опять добывали еду, чинили и строили наши жилища, заботились о женщинах и детях». Десятки человек прошли через этот тренинг, и хотя мы не знаем катамнезов, но многие из тех, кого удалось уговорить участвовать (а это было совсем непросто!), благодарили и говорили, что им стало легче. К сожалению, масштабная государственная помощь этим людям тогда не была организована, их охотно принимали в психоневрологических диспансерах, ставили диагнозы «органическое расстройство личности», «шизотипическое расстройство личности» и даже «шизофрения», легко оформляли инвалидность, назначали пенсию и обеспечивали бесплатными лекарствами, и на этом все заканчивалось.

Между тем, основная задача — как привлечь этих людей к психо- и социотерапии, как наладить их социальную жизнь, семейные отношения, обеспечить работой, стимулировать к нахождению новых смыслов и нового отношения к жизни. Среди людей, у которых сформировалось посттравматическое стрессовое расстройство, самый тяжелый контингент — люди, участвовавшие в боевых действиях, пытках и истязаниях, как в роли жертвы, так и в роли агрессора.

Пережитая травма разрушает существовавший ранее образ мира, нарушает отношения с близкими. Работа по переживанию и осознанию болезненного опыта, восстановлению эмоциональных связей и построению нового образа мира может длиться годами. Но пока она не закончена, мы не можем говорить о восстановлении.

Известно, что люди легче переносят травму, нанесенную чужим человеком. Когда понятно, кем нанесена травма, нет чувства амбивалентности, и терапия идет гораздо успешнее. Военная травма — классический случай амбивалентности. Кто послал воевать? За что мы воевали? Кто говорил о «защите Родины»? Здесь важно дать выход всем этим чувствам, отреагировать ненависть, только тогда можно освободиться и жить дальше. Но кто будет заниматься такой работой?

**Переживание посттравматического стрессового расстройства** имеет свои **стадии**. Согласно американским руково-

дствам по терапии ПТСР это: стадия шока, стадия отрицания, стадия осознания, стадия восстановления. В реальной жизни эта последовательность может нарушаться, может происходить «застревание» на какой-то одной из стадий. Интересно, что при повторном попадании в экстремальные условия многие проявления ПТСР могут редуцироваться. Отсюда — стремление некоторых комбатантов вернуться на линию боевых действий даже после тяжелого ранения.

**Осознание травмы** — тяжелый процесс, и человек должен идти на него сам, добровольно, и только тогда, когда чувствует в себе силы для этого. Психотерапевт должен уметь создать атмосферу поддержки и безопасности, без нее человек не станет раскрываться и обсуждать свои проблемы. Не менее важным является отношение общества. Если человек чувствует осуждение и агрессию, если его пытаются «учить жить» вместо того, чтобы понять и поддержать, он еще больше закрывается и фиксируется на своей травме.

**А теперь коротко о стадиях ПТСР.**

**Стадия шока** — это собственно само переживание травмы, которое во время военных действий может быть очень длительным. Здесь возможна мобилизация всех сил организма. Человек может длительное время не спать, не есть, не чувствовать боли, действовать как автомат. При этом он легко подчиняется приказам, поскольку его критические способности снижены. Главная задача — выжить и выйти из опасной ситуации. Нет возможности переживать смерть сослуживцев, заниматься самоанализом, бояться смерти.

И только тогда, когда непосредственная угроза жизни остается позади, и человек попадает в безопасное место, начинается собственно процесс **проживания травмы**. Он может идти очень по-разному, на этой стадии можно задержаться на долгие годы и так и не перейти к стадии осознания или проработки и, наконец, к стадии восстановления. В психотерапии ПТСР это называется «**стадией отрицания**», смысл которой — передышка перед началом собственно **проработки случившегося**. В это время можно наблюдать, с одной стороны, улучшение самочувствия и даже эмоциональный подъем, чувство «начала новой жизни», подавление травматичных воспоминаний и чувств, обесценивание травмы вплоть до отрицания, с другой — внутреннюю тревогу, чувство беспомощности, регрессию на уровень ин-

фантильных реакций, импульсивность поведения, резкие немотивированные перепады настроения, проблемы с соматическим здоровьем, употреблением алкоголя и наркотиков, сексуальной жизнью. Чем более безопасна обстановка, чем благоприятнее окружающая ситуация и выше собственный внутренний ресурс, тем короче стадия отрицания. Однако не каждый может найти силы для проработки случившегося, некоторые так и остаются на стадии отрицания. И здесь велико значение общества, влияние культуры и общественных настроений, отношения к произошедшим событиям. Нужно дать выход чувствам, помочь людям облечь их в слова и обрести новые смыслы. Здесь появляется желание вернуться к пережитому, отреагировать гнев и свою компенсаторную агрессию и перейти от пережива-

ния чувства вины (у каждого оно будет свое) к чувству ответственности.

И тогда приходит последняя стадия ПТСР — **стадия очищения или восстановления**. Она характеризуется переживанием упадка сил и истощения; ритуалами «завершения», «очищения»; появлением чувства «выздоровления после тяжелой болезни»; осознанием травмы как части опыта; переходом от роли «жертвы» к роли «пережившего»; желанием помочь другим пострадавшим или предотвратить повторение. **До этой стадии нам еще далеко** и неизвестно, когда она наступит. Это коллективная работа, общество должно дать оценку тому, что произошло, как к этому следует относиться и как не допустить повторения этих страшных событий.

*Л. Н. Виноградова*

## Взгляд психиатра

Исполняемая НПА России социальная роль обязывает высказать то, что многие сведущие в проблеме ПТСР коллеги предпочитают вслух шутливо называть «новым руководством к действию». Действительно, выложенные на сайте РОП Рекомендации представляют скорее отчет для министерства, чем практическое руководство. Это плохой пример бригадного творчества, в котором нет заботы об адресатах этого текста, перечень которых почему-то помещен в приложениях в виде таблицы, хотя состоит из 4 позиций: «для психиатров, психотерапевтов, клинических психологов и врачей общей практики».

Нелепо рекомендовать дифференциальную диагностику ПТСР со всем на свете на основании широкой коморбидности, смешаны значимое и второстепенное, частое и редкое, транзитное и устойчивое, в прямом соответствии с подменой синдромов кластерами, что навязывает читателю стиль мышления, далекий от клиницизма, в общем духе МКБ-11.

Так, авторы не увидели в ПТСР механизма пароксизмальной навязчивости, о чем писал еще Ясперс, но органической навязчивости, либо навязчивости на органической почве, что определяет характер терапии и профилактики в силу самой пароксизмальности.

В ряде разделов, в контрасте с обширными цитатами МКБ, все тонет в многословии, банальностях, неточных выражениях, излишних сведениях, узнаваемого пристрастия к наиновой лексике, неуместное использование которой подменяет ее собственный смысл на тут же предлагаемых трактовках. Поражает небрежностью список и содержание раздела «Термины и определения», словно нет ВОЗовских и отечественных терминологических словарей и словно это не имеет фундаментального значения.

Намного практичнее было бы использовать фрагменты ведущих разработчиков этой проблемы вместо их нелучшего переказа.

Огромный список литературы (310 источников) настолько избыточен и контрастирует с текстом, что скорее служит собственной значимости, так как невозможно поверить, что этиология и патогенез ПТСР написаны там на таком уровне, не говоря уже об уместности этого в данном руководстве. Между тем, отсутствует необходимый перечень рисков для пациентов и типовых ошибок врачей. Зато всюду выпячена новация — стандартная калька уровня достоверности доказательств и убедительности терапевтических рекомендаций, сочетание которых загромождает текст и затрудняет использование.

Предлагаемый «алгоритм действий врача» вреден подталкиванием врачей к облегченному безответственному (раз по инструкции) ремесленническому шаблону, опасному «экономией усилий», перечёркивающему саму попытку главного в нашем деятельности -индивидуализации. Словно авторы ведут к передаче терапии автомату. Трехступенчатая смена антидепрессантов, начиная с наиболее мягких, противоречит клиническому опыту, согласно которому нередко необходима обратная последовательность: начинать с более активного средства.

Авторы рекомендуют весь спектр психотропных средств: антидепрессанты, анксиолитики, снотворные, седативные и даже антипсихотические препараты, что выходит за пределы диагноза ПТСР. Удивляет отсутствие в этом перечне нормотимиков, хотя клиника (раздражительность, эксплозивность, агрессивность) и сама приступообразность как таковая указывают на их уместность, подтверждаемую многими авторами. Рекомендательный по большому опыту упор на терапию антидепрессантами соседствует с отсутствием выяснения вопроса о субдепрессивном фоне до симптоматики ПТСР и того, согласуется ли этот диагноз с психотическими эпизодами. А указание на необходимость 4 – 6 недель монотерапии противоречит переходу к смене препарата. «Третьей линией» арсенала средств авторы называют транскраниальную магнитную стимуляцию, достоверность эффективности которой сомнительна.

Что касается психотерапии, то естественным было бы ограничиться открытым списком рекомендаций, а не предлагать новые методы, учитывая реальные возможности. Верное указание на страх самораскрытия и преобладание из механизмов психологической защиты отрицания необходимо сопровождать естественным в современной ситуации предупреждением о табуировании религиозных, мировоззренческих и политических тем, памятуя коллизию «Овода», так как никакие презумпции не соблюдаются.

Стоило упомянуть, как квалифицировались клинические картины ПТСР в прежние эпохи до его выделения.

Отсутствуют необходимые здесь конкретные указания на уже очевидную специфику ПТСР у участников СВО в Украине по сравнению с его вьетнамским, афганским и чеченским видами. Без этого текст приобретает малосодержательный чрезвычайно общий характер, в котором господствует ин-

дуктивизм, пресловутая «средняя температура по больнице». Наряду со списком использованной литературы следовало поместить краткий список рекомендуемой литературы по ПТСР. Например, работы Н. В. Тарабриной 2001 г.; С. В. Литвинцева и В. М. Волошина 2005 г.; В. П. Коханова и В. Н. Краснова 2008 г.; В. А. Солдаткина 2015 г.; и т.д.

Рабочая группа, подписавшая этот текст, состояла из 9 специалистов, из которых 6 психиатров (из них 4 из Центра им. Бехтерева, 1 из Москвы и 1 из Грозного), 2 специалиста реабилитационной медицины и только один психолог. Из 9 членов шестеро из Санкт-Петербурга. Наиболее авторитетным специалистом, хорошо нам известным по этой проблематике, является только проф. К. А. Идрисов.

Этот мой резкий отклик вызван непосредственной досадой и разочарованием от текста, от которого естественным было ожидать мобилизованности и неформального отношения к одной из наиболее горячих и ответственных профессиональных проблем.

Подводя итог самой проблеме ПТСР, можно сказать, что разделение ПТСР в МКБ-11 на два вида под флагом большего прояснения, а на деле большей дифференциации, — это давно (с МКБ-10) начавшийся процесс от клинко-нозологического подхода к формальному кластерно-симптомологическому: вместо синдромов симптомокомплексы, а потом симптомы типа головной боли, сердечной боли, которые превращаются в «малые синдромы». Клиника, идя вслед за методами математической статистики современного уровня, а не ведя ее за собой, следует на поводу еще младенческой «доказательной медицины».

ПТСР — это то, что прежде называлось просто посттравматической личностью и было взвешенно-уравновешенным в отношении степени обобщенности, удобным и понятным. Последующие усилия, превратившие обострения ее патологических особенностей в отдельные классификационные единицы, не должны смазывать различие по классификационному рангу, но переуточненность чревата своего рода схоластикой для практика. Путь ко все большей конкретности верен, но не должен ограничиваться формальным подходом на основе глобального «нормального распределения».

*Ю. С. Савенко*

# По поводу запрета на смену пола

## ОБРАЩЕНИЕ НПА В МИНЗДРАВ РОССИИ

*Министру здравоохранения Российской Федерации М. А. Мурашко*

**Уважаемый Михаил Альбертович!**

**Уважаемые коллеги!**

Обращаемся к вам в связи с принятием в первом чтении Государственной Думой законопроекта о запрете на смену пола.

Уверены, что вам не нужно объяснять, к каким трагическими последствиями он может привести, и каким грубым нарушением права граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь он является.

Законопроект не подлежит изменениям и дополнениям, он должен быть отозван!

В настоящее время вопрос о смене пола достаточно хорошо урегулирован. Такие операции, как и гормональная терапия, не делаются без разрешения врачебной комиссии, состоящей из врача-психиатра, медицинского психолога и сексолога. По нашей информации врачебные комиссии проводят такие исследования очень ответственно и не допускают выдачи необоснованных разрешений на смену пола, понимая серьезные последствия допущенной ошибки.

Авторы законопроекта ссылаются на простоту и доступность получения справок об изменении пола, не приводя, однако, никаких подтверждений этому. Между тем, в нашу Общественную приемную неоднократно обращались граждане с жалобами на отказ в выдаче разрешения на смену пола, и при внимательным изучении случая, мы соглашались с коллегами.

Мы полагаем, что возможные нарушения при выдаче таких справок, в соответствии с порядком, утвержденным Приказом Минздрава России от 23 октября 2017 г. № 850н «Об утверждении формы и порядка выдачи медицинской организацией документа об изменении пола», в том числе их необоснованная выдача в отношении части пациентов, могут служить поводом для введения дополнительных методов обследования или ужесточения формально-юридических процедур с целью исключения необоснованной выдачи медицинских справок об изменении пола, но не могут оправдывать полный запрет на выдачу медицинских документов, отражающих заключение специалистов о состоянии психического здоровья человека.

Полный запрет медицинских вмешательств, направленных на смену пола человека, а также запрет изменения паспортного пола, приведет к нарушению гарантированного Конституцией России и действующим законодательством права на охрану здоровья и получение необходимой медицинской помощи. Это неизбежно приведет к росту депрессивных расстройств, самоубийств

и самоповреждений, а также появлению криминальных медицинских услуг, которые чреваты серьезным вредом здоровью и даже жизни.

Министерство здравоохранения Российской Федерации, как главный государственный орган, целью деятельности которого является охрана здоровья и организация медицинской помощи гражданам, не имеет ни служебного профессионального, ни морального права допустить принятие такого человеконенавистнического закона. Доступность и качество медицинской помощи, а также недопустимость отказа в оказании медицинской помощи являются основными принципами охраны здоровья в Российской Федерации (ст. 4 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»).

### **Основополагающая научная литература по теме:**

*Бухановский А. О.* Транссексуализм: клиника, систематика, дифференциальная диагностика, психосоциальная реадaptация и реабилитация: Дис. ... д-ра мед. наук. Ростов-на-Дону, 1994;

*Карпов А. С.* Клинико-диагностические и организационно-правовые аспекты оказания медицинской помощи лицам с транссексуализмом и другими нарушениями половой идентичности: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2002;

*Матевосян С. Н.* К вопросу о медико-социальных и юридически-правовых аспектах смены пола // Андрология и генитальная хирургия. 2008. № 3. С. 63 – 67;

Приказ Министерства здравоохранения РФ № 311 от 6 августа 1999 г. «Об утверждении клинического руководства «Модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств»ж

Транссексуализм: методические рекомендации по смене пола: утв. Министерством здравоохранения СССР № 10 – 11/72 26 авг. 1991 г. / Под ред. А. А. Карпеева;

*Кибрик Н. Д., Ягубов М. И., Журавель А. П.* Расстройства половой идентификации: ошибки диагностики и тактики ведения пациентов. Социальная и клиническая психиатрия, 2017, т. 27 № 4, с. 63 – 69.

*Независимая психиатрическая ассоциация России — член Всемирной психиатрической ассоциации и Европейской психиатрической ассоциации — готова оказывать Минздраву России экспертные услуги по широкому кругу проблематики (несколько из упомянутых в списке литературы специалистов ее члены).*

17.07.2023

*Президент НПА России Ю. С. Савенко*

## Интервью о смене пола

17.08.2023 Госдума приняла во втором чтении законопроект, который вводит запрет как на хирургические операции по смене пола (за исключением лечения аномалий у детей), так и на смену пола по документам<sup>1</sup>.

Корреспондент Анна Петровна Колобова («НеМосква») попросила врача-психиатра с более чем 35-летним стажем работы в области психиатрии, сексологии и спорных половых состояний, вице-президента Независимой психиатрической ассоциации России, кандидата медицинских наук, доцента РостГМУ Алексея Перехова рассказать, что это означает для российского общества.

Вопрос о смене пола нуждается в какой-то степени контроля со стороны общества и государства, так что проблема возникла не на пустом месте. Изменение пола — не косметическая операция: человек меняет не только свою внешность, но и свой статус, который официально фиксируется в любом обществе. Это не может происходить просто так, по щелчку. Но то, как эта проблема решается сейчас, вызывает большие вопросы. Хотя понятно, что это связано с общим закручиванием гаек, с «наведением порядка» во всем, что касается свободы личности.

— **Что за люди хотят изменить пол? И как это происходит сейчас?**

— Смена пола в России и в большинстве других стран происходит после того, как человека обследуют психиатры. Именно они должны выяснить, почему у него возникло такое желание, и разрешить — или не разрешить — операцию.

Есть определенное расстройство, которое называется «транссексуализм». Этот термин был введен американцами и европейцами еще в 60-е годы. А в России внедрение этого термина — заслуга ростовского психиатра профессора Александра Олимпиевича Бухановского, одного из самых известных психиатров нашей страны на Западе. Именно в Ростове, еще в советские годы, наполовину подпольно (с другим диагнозом) было обследо-

вано самое большое количество людей, которые хотят изменить пол. Бухановского уже нет, а люди до сих пор приезжают в Ростов, в организованный им мощный лечебно-реабилитационный научный центр «Феникс» и кафедру психиатрии медуниверситета. Как минимум трижды в месяц я участвую в консилиумах пациентов, обращающихся с просьбой о смене пола. Сами консилиумы длятся иногда часами, а психолого-психиатрически-сексологическое обследование, всегда очное, длится не менее 3-х недель.

Транссексуализм — это врожденная особенность, которая состоит в том, что с самого рождения биологический пол человека не совпадает с его психическим полом, то есть с его самоощущением, не с социальным полом, а именно с собственным ощущением. Это достаточно редкая аномалия — один случай на 35 тысяч рождений. Транссексуализм не является психическим расстройством, но устанавливается это расстройство психиатрами, то есть именно психиатры доказывают, что у человека нормальная психика, но она не совпадает с его биологическим полом.

В Советском Союзе эта тема была полностью закрыта, а диагноз «транссексуализм» был запрещен. В последующие годы ситуация изменилась: количество людей, которые захотели изменить пол, стало расти в геометрической прогрессии — и в России, и на Западе, причем выяснилось, что очень многие люди хотят поменять пол совсем не потому, что они транссексуалы

— **А почему?**

— Существует множество причин. Прежде всего, это могут быть самые различные психические заболевания разной степени

<sup>1</sup> К моменту публикации этого интервью закон был принят уже в третьем чтении — меньше чем за 10 минут единогласным одобрением. Можно только почувствовать представителю Минздрава России Олегу Олеговичу Салагаю, прекрасному профессионалу, исповедующему гуманные ценности, которому пришлось заверять Госдуму об отмене Приказа МЗ о выдаче справок на смену пола и благодарить Комитет по охране здоровья за «высокий профессионализм».

тяжести, что я, как клинический психиатр, который больше 35 лет занимается этой проблемой, регулярно наблюдаю на консилиумах. Если пол хочет поменять явно психически больной, то тут все достаточно просто: его желание обычно заканчивается психиатрической больницей, лечением и так далее. Но есть большое количество людей с пограничными психическими расстройствами. А кроме чисто психических заболеваний, есть очень большое количество так называемых сексуальных расстройств, сексуальных зависимостей. И тут речь идет не о гомосексуализме, который, как известно, не является болезнью. Скажем, есть фетишисты-трансвеститы — люди, которые сначала возбуждают себя изменением одежды, потом принятием облика, а в итоге болезнь утяжеляется до такой степени, что они вынуждены возбуждать сами себя «противоположным» телом. Есть эксцентрики, есть истерики, есть какие-то другие странные люди, и таких людей становится все больше и больше.

И Россия идет своим странным путем, но со своими особенностями. Делает она это иногда нелепо. Что получилось? Справку о том, болен человек или нет, надо ли давать ему разрешение на смену пола или не надо, могут давать все, кому угодно, в том числе любой врач-психиатр, государственный или частный, хотя знания по вопросам трансгендерности и транссексуализма имеет в лучшем случае 1% психиатров в стране. И одновременно с мощными клиниками, такими, как некоторые научные коллективы в Москве и Петербурге или центр «Феникс» в Ростове, появились частные центры, которые стали давать разрешение на изменение пола буквально за два часа.

Казалось бы, ну, ради бога, меняйте пол, свободный человек имеет право на все. Но в отличие от большинства косметических операций, при истинной смене пола чаще всего происходят необратимые изменения: хирургические операции, различные гормональные воздействия. Однако в мире существуют уже тысячи людей, которые дважды, трижды, — а один человек уже четыре раза — меняли пол. И тут возникает вопрос: а, собственно говоря, если человек два-

жды или трижды меняет пол, это для него действительно жизненная необходимость, как у транссексуалов? Ведь если транссексуалу не давать изменить пол, жизни ему не будет — раньше, когда в Советском Союзе им это запрещалось, большинство из них кончало самоубийством. Поэтому наводить порядок в этой сфере действительно было нужно — другой вопрос, какими методами.

— **Какие здесь существуют варианты?**

— Несколько лет назад я выступал на съезде психиатров с таким предложением: ввести в спорных случаях порядок судебного решения. Скажем, одни психиатры считают, что в каком-то конкретном случае есть прямые показания к изменению пола, а другие считают, что человеку лучше бы сначала поменять свое психическое состояние. На психиатров давят государственные органы и церковь — так пусть конфликты разрешают не они, а суды. Были очень большие споры по этому вопросу. Но тут, конечно, есть огромная нерешаемая проблема. Это бы прекрасно работало, если бы страна была цивилизованной, была бы независимая судебная система. Тогда бы в судах люди представляли экспертизы разных центров, разных клиник, разных психиатров, и пусть бы суды решали, кто прав, и не заплатил ли человек психиатрам за экспертизу. Но, к сожалению, наша судебная система так не работает.

— **Так может, все-таки дать людям полную свободу решать, что делать со своим телом?**

— Я считаю, что ограничивать взрослых дееспособных людей надо как можно меньше. И большинство людей, даже если они имеют психические нарушения, но по закону дееспособны, имеют право делать с собой, что хотят. Мне противостоят многие мои коллеги, которые за счет полученного образования или сложившейся идеологии считают, что врачи полностью отвечают за жизнь и здоровье пациентов. И возникает противоречие: врач говорит, что у пациента расстройство, а пациент либо не согласен, что это расстройство, либо говорит: пусть расстройство, но я хочу жить именно так.

Это необыкновенно сложная этическая проблема. И на Западе опубликовано огромное количество работ, показывающих, что у людей, которые поменяли пол вот таким образом — без обследования, что называется, за одну минуту — уровень самоубийств повышается в полтора-два раза. Казалось бы, человек добился чего хотел, он должен почувствовать себя счастливым — а он кончает с собой.

Я по своим взглядам сторонник свободы личности, но крайности — всегда крайности. И в некоторых прогрессивных странах Запада трактовка этой проблемы бежит впереди паровоза. В огромном количестве стран разрешены в паспортах слова «третий пол», «пол неопределенный», на полном серьезе рассматривается, что у человека может быть 25 полов. И это результат социального давления — медицину никто не спрашивает.

Человек не может быть полностью свободен в своей жизни. Ты можешь внутри себя делать все, что угодно, чувствовать себя кем угодно. Но ты живешь в обществе. И ты не можешь ходить голым, убивать животных или ласкать маленьких чужих детей. Есть определенное количество людей — а их большинство на земле — которых надо ограничивать, потому что слишком хорошо известно, что бывает, если человеку дать полную свободу.

В 1982 году в Монреале — в прекрасном городе, с минимальной преступностью, с минимальным количеством самоубийств — на 24 часа полностью отключился свет вследствие ледяного дождя. И Монреаль получил за 24 часа такое количество преступлений и самоубийств, которого не было за год. А там просто выключился свет.

Повторюсь, смена пола — это очень сложный вопрос. И, разумеется, его абсолютно невозможно решить так, как он у нас решается — указами и запретами. Но тут, конечно, действуют политические мотивы, особенно в нынешние времена, когда различные консервативные, религиозные, профашистские организации, которые сейчас имеют гораздо больше права на высказывание своей точки зрения, посылают в Госдуму доносы. Потому что мы вот тут боремся с Западом, который насаждает свою идеологию

и нравы и губит наш народ российский. И у нас тут сейчас все начнут переделывать пол, все станут гомосексуалистами, все гомосексуалисты начнут работать в детских садах и в школах, навязывать свой выбор и т.д. и т.п. В результате Россия — единственная страна в мире, где указом президента решается, можно делать операцию или нельзя.

Приведу такой пример. Я категорический сторонник эвтаназии как психиатр и категорический противник принятия закона об эвтаназии в Российской Федерации в настоящее время. Потому что Минздрав, фигурально выражаясь, спустит в регионы план по эвтаназии — не говоря уже о прочих злоупотреблениях и негодяйствах. Так что эвтаназия должна быть — но не в настоящее время. И разрешить менять пол надо — но не таким образом, как это делается сейчас, условно говоря, не тем людям и не в таком количестве.

**— А как это регулируется в других странах?**

— Во всем мире хоть как-то за этим следят сообщества профессионалов: психиатров, психологов, эндокринологов. В России таких сообществ нет, а те, что есть, носят чисто формальный характер. Исключение — наша Независимая психиатрическая ассоциация России.

Поэтому порядок, конечно, надо наводить, но тут же возникает вопрос: а кто будет наводить этот порядок? Если бы наше общество было другим, если бы было гражданское сообщество, то можно было бы договариваться между собой и предлагать государству — чиновникам, законодателям, исполнительной власти — предлагать пути решения этой и других проблем. Но такого сообщества нет, и государство говорит: стоп, секундочку, а кто тут есть, кроме меня? Никого.

Государство всегда действует топорно. Оно не может действовать иначе, оно не знает этой проблемы. Поэтому, как только возникает что-то непонятное, следует реакция: запретить. А запреты такого типа всегда свидетельствуют о кризисе общества и государства. Плюс очень сильное давление сейчас идет со стороны консервативно-клерика-

кальных кругов с профашистскими взглядами. Причем это касается не только изменения пола, но и любых личных свобод. Тут ситуация такая: разреши людям менять пол, как они хотят, так они захотят парадов, выступлений в СМИ, а там придется разрешить им иметь свое мнение по разным поводам, и в итоге они потребуют полной свободы личности.

**— То есть в результате принятия этого закона все будет совсем плохо?**

— Я думаю, что через какое-то время запрет, конечно, если не снимут полностью, то ограничат. Некоторым людям будут давать разрешение, а некоторым не будут. Будут подавать под другими соусами, ставить другие диагнозы, но это все равно будет. Потому что, наверное, даже самые одиозные государственные чиновники увидят, что получится на практике. Не говоря уже о медицинских чиновниках — эти вообще всё понимают.

У нас исполнительная власть тем и отличается от законодательной, что там есть люди, которые знают жизнь и умеют не только запрещать.

Вот в сталинские времена были запрещены аборты. И что? Абортов делалось не меньше, только множество женщин умирало после криминальных абортов. И в Советском Союзе меняли пол под прикрытием других диагнозов, потому что есть некоторые биологические состояния, например, гермафродитизм, где все равно нужно принимать радикальные решения. И люди, которые принимают решения, все это прекрасно знают.

Хотя отношение к гомосексуалам и лесбиянкам, думаю, будет ужесточено. Не в плане государственных законов — с уголовным наказанием, как в сталинские годы или как в годы фашистского рейха, — этого, конечно, не будет. Но будет, скажем так, сильное моральное давление.

У меня была недавно одна пациентка, которая 20 лет проработала воспитательницей детского сада, заслуженный работник. Ей

предложили уволиться, потому что поступил донос, что она живет с женщиной. Они живут уже 15 лет, и всё было благополучно, но теперь начальник извиняется и объясняет: ну поймите нас, как мы можем работать, если опять будут доносы, что вы смущаете кого-то своим «лесбиянством», и совращаете своим примером невинных детей. Хотя современная наука доказала, что в однополых семьях не формируются гомосексуалы/лесбиянки, а нынешние люди с нетрадиционной сексуальной ориентацией появились в обычных семьях. Обыватели путают сам факт появления этих людей и возможности относительно свободно об этом заявить. Это было, есть и будет в России, но сейчас всё особенно обострилось. Причем смешивают проблемы трансгендерности и сексуальной ориентации людей, хотя это совершенно разные вещи.

**— Минздрав, как вы знаете, пытался довести до депутатов свое мнение о том, что принятие закона может вызвать всплеск суицидов...**

— И не просто Минздрав, а гендиректор НМИЦ психиатрии и наркологии им. Сербского Светлана Шпорт подготовила эту справку. Вероятно, государственным чиновникам нелегко было писать такие вещи, но они все-таки врачи. Они указали, что полностью запрещать изменение пола нельзя, потому что это практика, которая существует в западном мире 50 лет, а в Индии, например, сотни лет. Я бы сказал так. Нельзя идти по фашистскому, консервативному пути, по пути тотальных запретов, но и сверхлиберальное отношение к этому вопросу не годится. Нельзя решать вопрос о смене пола указом президента или законом Думы, но и пускать это дело на самотек невозможно. Тем более в условиях современной России, при имеющихся огромных нерешенных этических проблемах в обществе, во врачебном и психологическом сообществах.

## «Какие последствия нас ждут?» Письмо в НПА — крик о помощи

Добрый день! Совсем скоро в нашей стране вступит в силу законопроект запрете гормональной, хирургической, и юридической смены пола. Между тем смена пола является методом лечения таких серьезных заболеваний, как транссексуализм и гермафродитизм. Смену пола по медицинским показаниям практиковали в СССР. Ныне практикуют в странах Запада и Востока. Даже в исламских республиках — Иране и Пакистане. Но в России это больше невозможно. Подскажите пожалуйста, как мне быть?

Я печальная обладательница диагноза F64.0 полученного сразу в двух клиниках: государственной и частной. Притом имею обстоятельства, отягчающие течение гендерной дисфории: железистую гинекомастию и врожденную импотенцию с подросткового возраста. Врачи долго обследовали меня, не нашли хромосомных аномалий, но всё же дали добро на коррекцию пола, решив что это единственный способ помочь мне, ибо никакие иные методы, в том числе психотерапия и инъекции тестостерона, не дали никаких результатов.

Смена пола для меня желаемая и медицински необходимая процедура. Без неё я не могу обрести душевный комфорт, и создать семью, пусть и без кровных детей. Теперь же я, по сути дела, навечно застряла на этапе гормональной коррекции пола. Да и как вести эту гормональную терапию без контроля эндокринолога, как прежде? Как проводить операции, и менять документы?

Простите за некоторый сумбур в изложении мыслей, просто я в настоящем шоке. Я не из богатой семьи. На Родине, в России, я могла лечиться, но выехать за рубеж нет возможности. И как мне теперь жить дальше? Суицид совершать не хочу. Помогите, чем можете, хотя бы советом. Может быть можно будет проводить какие либо процедуры, направленные на смену пола, хотя бы нелегально? Но как? Куда обращаться за помощью, к кому?

Я не хочу верить, что всему медицинскому сообществу в России плевать на судьбы таких несчастных людей, как я!

### 18-й конгресс «Дни психиатрии в Боснии и Герцеговине» КЛИНИЧЕСКАЯ ЭМПАТИЯ И ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

*Мостар, Босния и Герцеговина 21 – 22 октября 2023 г.  
Prof. Dragan Babić and Prof Goran Račetović*

**dragan.babic@mef.sum.ba; gracetovic@yahoo.com**

### VII Муратовские чтения «ОКАЗАНИЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ СЕГОДНЯ: ВЫЗОВЫ И ВОЗМОЖНОСТИ»

*26 – 27 октября 2023 года, Архангельск  
Северный государственный медицинский университет  
Архангельская клиническая психиатрическая больница*

**www.medum.org**

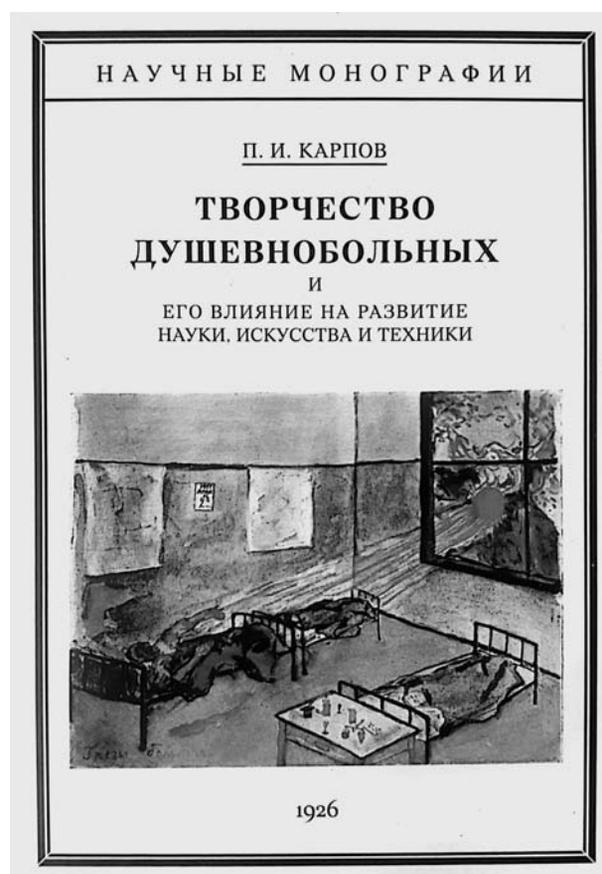
## Умозрение в красках<sup>1</sup>

Как отмечает Константин Ставров — художник, куратор, коллекционер, сооснователь проектов Invalid Books и Invalid House — переиздание данной книги начинается новую серию издательства Invalid Books, посвященную искусству непрофессиональных художников: «Переиздание — лучший способ обратить внимание на автора и книгу, коллективно прочесть и обсудить её актуальность и влияние сто лет спустя».

О Павле Ивановиче Карпове (1873 – 1932) известно, что он с 1911 по 1923 г. работал психиатром Пречистенской психиатрической больницы для заключенных (с 1922 г. — Институт судебно-психиатрической экспертизы им. Сербского). Из помещенной в книге статьи искусствоведа Государственного Русского музея Натальи Петуховой мы узнаём, что доктор Карпов коллекционировал произведения своих пациентов (самым известным среди них был Михаил Врубель). В 1923 г. одновременно с Казимиром Малевичем он стал действительным членом Академии Художественных Наук (ГАХН), где и возглавил комиссию по изучению патологического творчества. В книге впервые публикуется портрет Карпова кисти Петра Нерадовского, датированный 1926-м годом, пригласительный билет на открытие 19 декабря 1926 г. выставки «Материалы художественного творчества душевнобольных» из собрания П. И. Карпова в Политехническом музее и приказ об отчислении действительного члена Государственной академии искусствознания Карпова П. И. с 3 января 1932 г. «Причину и обстоятельства смерти Павла Ивановича выяснить не удалось», — отмечает К. Ставров. Он был похоронен на Новодевичьем кладбище. К сожалению, его коллекция, состоявшая из нескольких тысяч рисунков и рукописей душевнобольных, утрачена. Но мы можем получить о ней представление благодаря приведенным в книге иллюстрациям.

Чем же интересен труд П. И. Карпова сегодня? Одной из задач книги является попу-

ляризация симптомов душевных заболеваний, чтобы публика могла своевременно принять меры к защите душевнобольных: «Талант и гений проистекают из недр неуравновешенных натур, охранять и беречь последние — одна из почтенных задач, выпадающих на долю общества и государства». Как сказано во «Введении», «общество должно знать, что душевнобольные представляют собой большую ценность, так как некоторые из них в периоды заболевания творят, обогащая науку, искусство и технику новыми ценностями». «Душевнобольные творят по тем же законам, как и здоровые люди, а потому наблюдение творческого процесса у постели больного, наблюдение самого творца и изучение его самого и творчества ему присущего может способствовать освещению тёмных недр творческого процесса вообще», — пишет Карпов. «Душевнобольные были и будут реформаторами во всех областях человеческой жизни», — утверждает он, упоминая Ивана Грозного,



<sup>1</sup> Рецензия книги: *Карпов П. И. Творчество душевнобольных и его влияние на развитие науки, искусства и техники.* СПб.: Invalid Books, 2022. Тираж 666 экз.

Петра Первого, Наполеона, Достоевского, Гоголя, Ньютона и др. В книге нет чёткого определения понятия «творчество». Творческий процесс характеризуется переживанием приятных эмоций. Автор разделяет творчество разрушительное и созидательное (производительное). Задача врача — превратить первое во второе. Главы книги построены по нозологическому принципу и посвящены творчеству при раннем слабоумии (схизофрении), прогрессивном параличе, паранойе, эпилепсии и циркулярном психозе. По мнению Карпова, больные ранним слабоумием могли бы создать новые формы: «Мы сознательно не проводили параллелей между музейными художественными произведениями и творчеством схизофреников, а потому читателю необходимо самому разобраться в тех симптомах живописи, которую он наблюдает в действительной жизни, и сравнить её с творчеством данной группы больных. В качестве наводящего материала мы просим иметь ввиду символистов и беспредметников...». Глава по циркулярному психозу (циклотимии) — самая обширная. «Заключение по недостаточному количеству признаков является весьма важным симптомом. Эта способность важна в творческом процессе, и если люди овладевают ею, то они мыслят, как гении. Правда, не все циркулярные больные являются гениями, но все гении, по нашему мнению, суть циклотимики, мыслящие по шаблону, свойственному и больным циркулярным психозом», — утверждает Карпов. В качестве примеров приводится легенда о теории всемирного тяготения Ньютона, возникшей во время наблюдения падения яблока с яблони, идея паровой машины Уатта, который увидел, как пар ки-

пящей воды приподнимал крышку чайника, а также музыкальный ритм в живописи Чюрлениса и картины Врубеля.

Рисунки имеют большую диагностическую ценность, особенно если речь идёт о депрессии: «По продукции очень легко судить о начале выздоровления, и она является и объективным признаком или улучшения, или ухудшения болезни... По рисункам врач может легче судить о состоянии здоровья больного, чем по продукции писания...». В качестве иллюстрации приведена серия рисунков больной, госпитализированной в состоянии глубокой депрессии: «Эти рисунки, можно сказать, являются историей болезни, написанной в красках...».

Последняя глава книги называется «Психотехника творческого процесса». Его первоисточником объявляется подсознание. Выделяются три стадии творческого процесса: протекающий в подсознании синтез, рождение готового решения в контролирующем сознании и, наконец, протекающий в последнем анализ. Карпов надеется, что «дальнейшее развитие науки в конце концов даст объяснение тёмным творческим процессам и свяжет их с определёнными областями мозга».

Как отмечено издателем (К. Ставровым), «всё более актуальным становится понятие инклюзии — процесса реального включения людей с инвалидностями или ментальными особенностями в активную общественную жизнь». «Обычные» и «особенные» художники выставляются совместно. А вышеупомянутая Наталья Петухова прогнозирует полное стирание границ между искусством «психиатрическим» и «нормативным».

*Д.м.н. Болеслав Лихтерман, Москва*

**EPA 2024**  
Budapest, Hungary • 6-9 April 2024  
32<sup>nd</sup> EUROPEAN CONGRESS OF PSYCHIATRY

**Mental Health: Open and Inclusive!**

[www.epa-congress.org](http://www.epa-congress.org) #EPA2024

### Обнужена 38-я статья Закона о психиатрической помощи

Редакция 1992 г.: «Государством создается независимая от органов здравоохранения служба защиты прав пациентов, находящихся в психиатрических стационарах». Редакция 2013 г.: «Государством создается независимая от органов исполнительной власти в сфере охраны здоровья служба защиты прав пациентов, находящихся в медицинских организациях, оказывающих психиатрическую помощь в стационарных условиях». Эта статья, предложенная Исааком Яковлевичем Гуровичем по голландскому опыту, оставалась только на бумаге. В ее реализацию, вместе с омбудсменом страны В. П. Лукиным, главным психиатром Минздрава России Б. А. Казаковцевым и Российским обществом психиатров, НПА России вложила неимоверные многолетние усилия, время, готовность отказаться от ее государственного финансирования, что служило основным препятствием. В 2005 г. письмо В. В. Путину о разработке комплекса мер, направленных на реализацию ст. 38 Закона о психиатрической помощи, подписали председатель Правления РОП Н. Г. Незнанов, президент НПА России Ю. С. Савенко

и председатель Всероссийской организации инвалидов по психическому заболеванию Н. Б. Левина, и работа над законопроектом продолжилась. В 2012 г. этим же трем организациям удалось предотвратить принятие разработанного Минздравсоцразвития законопроекта об отмене Службы защиты прав пациентов и возложении этих обязанностей на Уполномоченного по правам человека в РФ без всякого организационно-финансового обеспечения. С тех пор было предложено множество вариантов создания Службы силами неправительственных организаций, что не требовало никакого дополнительного финансирования, и распространения ее функционирования на психоневрологические интернаты, где нарушения прав человека встречаются на порядок чаще чем в ПБ. Еще недавно казалось, что все согласовано, но так называемая «Общественная палата» распорядилась иначе: «Закон безнадежно устарел» (хотя постепенно выхолащивался), что действительно правда, так как за прошедшие 32 года мы живем в другой реальности. (См. отклики в этом выпуске журнала).

### Ликвидированы Сахаровский центр и «Агора»

Вслед за дрящейся чередой ликвидаций выдающихся правозащитных организаций (в январе этого года — Московская Хельсинкская группа, в апреле — Аналитический центр Сова» и др.), объявленных «иностранными агентами», «нежелательными организациями», нарушителями скороспелых законодательных новаций, подчас явно искусственных поводов, несообразных с их общественной пользой и мелкостью придинок, в июле 2023 г., закрыт Сахаровский

центр, где мы проводили многие свои мероприятия. Минюст счел грубым нарушением законодательства, что региональная (зарегистрированная в Москве) организация приняла косвенное участие во всероссийской выставке, посвященной 100-летию акад. Сахарова, которая проводилась в ряде регионов страны в соответствии с распоряжением президента В. В. Путина.

Нежелательной организацией объявлена также ведущая в деле юридической помощи

правозащитная организация «Агора» за защиту оппонентов власти, организаций, объявленных «экстремистскими» и «нежела-

тельными», вопреки Основному закону, который гарантирует право на юридическую помощь всем без исключения.

## Минздрав запретил аборт частным клиникам

Вопреки многократному опыту такого рода, неизбежно приводившему к резкому повышению женской смертности и протестам медицинского сообщества, восторжествовал циничный довод Цицерона: «Мы должны наказывать

женщин, крадущих у Республики предназначенных ей рабов и солдат». Ограничена будет и доступность контрацепции. Криминализация этой сферы и увеличение женской смертности Минздрав, вероятно, не смущают.

## Очередная безрезультатная попытка повлиять на законодателя

23 июня 2023 г. в офисе НПА России состоялся круглый стол по обсуждению Отзыва на проект Федерального закона № 369814-8 «О внесении изменений в Федеральный закон «О внесении изменений в Федеральный закон «Об актах гражданского состояния» и Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (в части запрета смены пола человека). Отзыв подготовили юристы ЛГБТ+-сообщества, которые использовали свои обширные знания российских и международных законов и практик, чтобы оценить подготовленный законопроект и обосновать его неприемлемость.

У участников круглого стола не было иллюзий относительно принятия законопроекта, однако они хотели сделать все, что возможно, для того, чтобы зафиксировать игнорирование российскими законодателями важнейших положений международного законодательства и Конституции РФ, прежде всего, права на здоровье и медицинскую помощь. Они понимали, что это работа на будущее.

Отзыв заканчивался словами: **«С учетом изложенного, просим Государственную Думу отклонить законопроект № 369814-8... (в части запрета смены пола человека)»**. Он был послан в Комитет по охране здоровья и Комитет по госу-

дарственному строительству и законодательству Государственной Думы РФ, однако, как и предполагалось, был проигнорирован, как и обращение НПА России в Минздрав.

Политические соображения опять взяли верх над медицинскими и общечеловеческими. «Традиционные ценности» и права человека это не одно и то же в современной России.

Сколько времени будет действовать этот человеконенавистнический закон неизвестно, а пока мы получаем душераздирающие письма от людей, которых это непосредственно коснулось (см. раздел «Отклики» в этом выпуске), но помочь им никак не можем. Недавно позвонил человек из Барнаула. Он много лет наблюдался в психоневрологическом диспансере с диагнозом «Расстройство половой идентификации» (F 64.0), работал, был социально адаптирован, собирался получить разрешение на смену пола, однако вместо этого экстренно собранная врачебная комиссия поставила ему диагноз «шизофрения» со всеми вытекающими из этого социальными последствиями. Спрашивается, что изменилось за это время в его состоянии? Или теперь врачи будут усугублять диагнозы в соответствии с «политикой партии и правительства»?

## Дума запретила перемену пола

За предельной минимизацией подобных операций стоит не экспертное научное сообщество профессионалов, а обнаруживаемая характерная ксенофобия, подобная расизму и антисемитизму, роль козла отпущения необходима и востребована (см. раздел «Отклики» в этом выпуске журнала). 25 августа Медвестник<sup>1</sup> представил интервью по этой проблематике главного врача лечебно-реабилитационного центра «Феникс» Ольги Бухановской и вице-президента НПА России Алексея Перехова, выразительные различием своих позиций.

Резкий рост сторонников ограничения прав гомосексуалов и трансгендеров (62 % и 55 % вместо 42 % два года назад, а в 2013 г. всего 19 %) связан, согласно независимым экспертам, с законом о запрете так наз. «ЛГБТ-пропаганды», принятом 10 лет назад и ужесточенном в 2022 г. — Классический пример проекции собственной пропаганды. Между тем, для молодежи запреты и гонения — лучшая реклама.

Госдума планирует принять постановление об исключении из МКБ-11 разделов о транссексуализме, трансвестизме и педофилии, вопреки позиции Минздрава.

## Экспансия военного стиля

Экспансия военного стиля на гражданскую общественную жизнь усиливается: множатся примеры обучения подростков владению стрелковым оружием и трудоустройства ветеранов СВО без необходимого педагогического образования. Словно не было ни Пол Пота, ни расстрелов в шко-

лах, ни опыта дрессуры и науськивания. Этот стиль, посредством смены руководства, захватил самые разнообразные сферы от экологов (даже в отношении Байкала) до инструктирования экскурсоводов турбизнеса, музеев и, конечно, школьников и студентов.

## Судьба шамана Александра Габышева как зеркало нашего судопроизводства

«Солидарные усилия, наконец, помогли Александру Габышеву», — такой заголовок мы было уже вписали в готовящийся выпуск журнала. Но поторопились радоваться за пациента, испугавшего суеверную власть.

«26 июня 2023 г. Уссурийский районный суд изменил тип принудительного лечения якутскому «шаману» Александру Габышеву со стационара специализированного типа на стационар общего типа. Это значит, что А. Габышев будет переведен в свой родной

город Якутск, где его смогут посещать родственники и друзья.

А. Габышев находится на принудительном лечении с 2021 г.: сначала в стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением в Новосибирске, потом в стационаре специализированного типа в Уссурийске, и вот, наконец, следующий шаг на пути к освобождению — стационар общего типа. Его идея идти на Москву, чтобы изгнать злой дух из Путина, давно дезактуализировалась, он не представляет опасности

<sup>1</sup> [https://medvestnik.ru/content/news/Olga-Buhanovskaya-Luchshe-voobshe-otkazatsya-ot-MKB-11.html?fbclid=IwAR23aT\\_ouzFTaDqyg91A4ZbRL1Lj\\_vr7dgvointxRdjraSeM0pAZLspWjdg](https://medvestnik.ru/content/news/Olga-Buhanovskaya-Luchshe-voobshe-otkazatsya-ot-MKB-11.html?fbclid=IwAR23aT_ouzFTaDqyg91A4ZbRL1Lj_vr7dgvointxRdjraSeM0pAZLspWjdg).

ни для себя, ни для окружающих, но все еще должен проходить принудительное лечение. Общественная наблюдательная комиссия Приморского края и Независимая психиатрическая ассоциация России сыграли серьезную роль в переводе Александра Габышева на более мягкий режим содержания, письмо НПА России главному врачу уссурийской больницы даже было зачитано в суде. Теперь важно не ослаблять усилий и добиваться скорейшего перевода Габышева на амбулаторное лечение. Походы на Москву совершают совершенно другие люди».

Тем не менее, прокуратура успешно опротестовала это решение, не считаясь с ясными для любого человека свидетельствами психиатров разных ПБ в течение четырёх лет. Уже было опубликовано в НПЖ наше независимое комплексное психолого-психиатрическое освидетельствование в октябре 2019 г. в Якутске, но не научная истина, и не буква и дух закона руководили прокуратурой и судом — выразительный пример военного, а точнее солдафонского стиля, господствующего в гражданской юриспруденции. Главное — дисциплина. 28 июля 2023 г. Приморский краевой суд, рассмотрев апелляционную жалобу прокуратуры, отменил решение Уссурийского суда о переводе Александра Габышева на принудительное лечение в стационар общего типа в г. Якутск и отправил дело на новое рассмотрение.

Вновь политические соображения возобладали над медицинскими, мнение профессионалов было проигнорировано. НПА России, предполагая такое развитие событий, направила в суд свое обращение, с которым ознакомили всех участников процесса, однако оно также было проигнорировано.

Таким образом, безобидный человек, не представляющий опасности ни для себя, ни для окружающих, вот уже несколько лет находится в закрытых психиатрических больницах строгого типа за много тысяч километров от дома (сначала в Новосибирске в стационаре с интенсивным наблюдением, потом в стационаре специализированного типа в Уссурийске), не обнаруживает психических расстройств, которые нуждались бы в коррекции, стойко переносит тяжелые условия содержания (скученность в палате, 35 градусов без кондиционера и т.п.). Регулярно навещающие его члены ОНК характеризуют его как доброжелательного, спокойного, отзывчивого человека с хорошим чувством юмора. Лечащий врач и члены комиссии считают, что А. Габышев не нуждается в продолжении такой изоляции, она ведет к развитию госпитализма и затрудняет дальнейшую реабилитацию.

Но именно врачей обвиняют в использовании карательной психиатрии, хотя настоящими карателями являются вовсе не они, а следствие, прокуратура и суд.

## Традиционная казанская психиатрическая конференция

### «ГРАНИЦЫ ПСИХИАТРИИ»

4 декабря 2023 г., г. Казань

### Комическое и драматическое в психиатрической практике

Б. Н. Пивень (Барнаул)

Как это не звучит парадоксально, в психиатрии могут наблюдаться и относительно забавные и даже комические случаи, что может смягчать общую картину этой патологии, а также использоваться в лечебно-реабилитационном процессе в целях дестигматизации.

Приведем несколько таких примеров. Один из них произошел много лет назад, когда я обучался в аспирантуре. Ее клинической базой была крупная психиатрическая больница в Новосибирске, принимавшая из-за дорожных обострений всех проезжавших через наш город больных. По мере улучшения состояния госпитализированные выписывались и направлялись по месту жительства с сопровождающими. Расходы по транспортировке оплачивались службой здравоохранения.

Приведенные пояснения явились отражением своеобразного ноу-хау, бытующего в больнице. Суть его заключалась в том, что если кто-то из молодых врачей (аспирантов, ординаторов) хотел поехать на психиатрические мероприятия в «центр», то он находился в отделениях больницы больного, готового к выписке, и оформлялся его сопровождающим.

Однажды, при информации о готовящемся в Москве очередном съезде психиатров, я решил поехать на него, воспользовавшись ноу-хау, приведенным выше. Однако больного для сопровождения в нужное мне место в приемлемых расстояниях не было. Тем не менее, в относительно подходящем плане удалось найти выход из этого положения. Я нашел больную, подготовленную к выписке и нуждающуюся в сопровождающем. Это была женщина пятидесяти лет. Она ехала через Новосибирск с места проживания на

Дальнем Востоке к дочери в Украину в город Винницу.

Время в пути от Новосибирска до Винницы составляло около четырех суток. С нами в купе ехали еще два пассажира. Подопечная по ходу движения стала проявлять заметную не свойственную ей в начале пути нарастающую активность — знакомилась с соседями в нашем купе и с пассажирами других. Часто обращалась к проводникам, предлагая им помощь, рассказывала о себе, пробовала петь и призывала других. Перезнакомила меня со всеми пассажирами вагона, представляя: «Это мой врач. Он везет меня к маме». На одной из остановок вышла на перрон и отказалась вернуться. Я похолодел. «Отвези меня к маме!», — закричал я в последний момент.

В Виннице я передал ее родственникам.

Приведу несколько других случаев. В мужском отделении нашей клиники находился рядовой инженер Б. Он пребывал в повышенном настроении, активно общался с окружающими, считал себя особо талантливым инженером, требовал выписки, чтобы сменить директора своего завода, постоянно звонил на завод и давал распоряжения: «Это звонит Б. из психиатрической больницы... Сделайте... то-то и то-то...». В ночное время будил больных «на зарядку».

Как-то в командировке я ехал домой. До отправления поезда оставались минуты. Вдруг в купе заскочил особо привлекший мое внимание человек. Он был неряшливо и нечисто одет, в руках держал какой-то небольшой комоч, похожий на смятые газеты. В целом его вид не соответствовал виду пассажира, едущего в дорогом вагоне. Он не сел и осматривался. Вдруг обернулся ко мне и неожиданно почти криком спросил:

«А как ты здесь оказался?». Выскочил в коридор и там оставался несколько часов, не заходя в купе. Мне было ясно, что это психически больной, пребывающий в остром состоянии. У него, скорее всего, бредовое поведение. В этих условиях пришлось находиться несколько бессонных часов ночного времени, перебирая варианты выхода из этого опасного положения, когда ситуация разрешилась психической патологией. В купе заглянула проводница и спросила, все ли у нас в порядке. С ее слов оказалось, что этот человек на одной из остановок выскочил из нашего вагона с криком — «он едет на... месте!». Видимо после этого он обратился в полицию, так как по прибытию поезда на станцию назначения меня встречал у вагона наряд полиции.

В другой раз, возвращаясь домой из поездки, открываю дверь и, к своему удивлению, вижу сидящих рядом мою больную Н. и моего пятилетнего сына. Оказалось, что Н. пришла ко мне узнать, почему я действую на нее лучами, а ребенок, несмотря на все мои наставления, пустил ее в дом. В течение двух лет на телефон моей жены регулярно звонила из другого города эта моя бывшая пациентка с требованием отдать ей мужа, т.е. меня.

20-летний селянин Д., возвращаясь домой от знакомых по полю, замерз и решил согреться, для чего поджег стоящий там стог сена. В селе на следующий день «только и говорили о каком-то поджигателе». Ему понравился такой интерес, и он поджег трактор. После трактора было подожжено около 5 домов. Люди жили в страхе, обвиняя

руководство села в беспомощности, опасаясь, что и их подожгут. Д. радовался происходящему. Совершив поджег, в числе первых прибегал на пожар и активно участвовал в его тушении. Родители Д. поняли в какой-то момент, что поджигателем является их сын и, опасаясь возмездия, сдали его милиции. Сельчанам повезло: Д. поджигал только нежилые дома.

И драматическое. Приведу случай, связанный с поведением родственников больных в критических ситуациях, когда они скрывают преступление больного. Молодой человек неоднократно госпитализировался. Вынашивал идею прихода нового «человека-интеллектуала», эра которого должна наступить. Но для этого необходимо уничтожить всех не интеллектуалов. Пробовал говорить на эту тему со знакомым, но тот не поддержал его. Понял, что для прихода этой эры необходимо начать действовать. Вооружился отцовским охотничьим ножом и несколько дней ходил по городу, выбирая, с кого начать. Захотел встретиться с братом. Для этого зашел в ВУЗ, где тот учился, и стал ходить по аудиториям, разыскивая его. В одной из аудиторий спиной ко входу сидел только один человек. Он «понял», что это спина неинтеллектуала, с которого «надо начать», и буквально всадил в нее нож. С этим ножом в спине травмированный бежал по зданию, шокируя окружающих. Больной не был задержан, но рассказал о содеянном брату, тот — родителям. Те скрыли содеянное сыном, ограничились госпитализированием.

# ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ТВОРЧЕСТВО

## Жак Калло (1592 – 1635)

**Жак Калло́** (*Jacques Callot*) — один из наиболее значительных мастеров офорта, автор свыше 1500 гравюр, усовершенствовавший их технику. Внедрил в искусство гравюры свой уникальный гротескный стиль и жанр каприччи. Его трактат об этом (1645) был переведен на 10 языков. Им вдохновлялись Э. Т. А. Гофман, Г. Малер, А. Джакометти.

Жак Калло родился и умер в Нанси. Его отец был герольдом герцога Лотарингского. С детства рисовал все, что видел, дважды убежал из дома, пока отец не согласился на его обучение в Италии (в Риме и Флоренции) в эпоху барокко и маньеризма. Работал при дворе Козимо II Медичи во дворце Уффици, оформляя празднества и театральные

представления, что определило темы его гротескных гравюр. В 1621 году он вернулся в Нанси, несколько лет работал в Брюсселе и Париже. Он уникальный мастер массовых сцен: на одной из его гравюр изображены 1138 человек, 45 лошадей и 137 собак. Несколько столетий его стиль господствовал, а работы постоянно печатались.

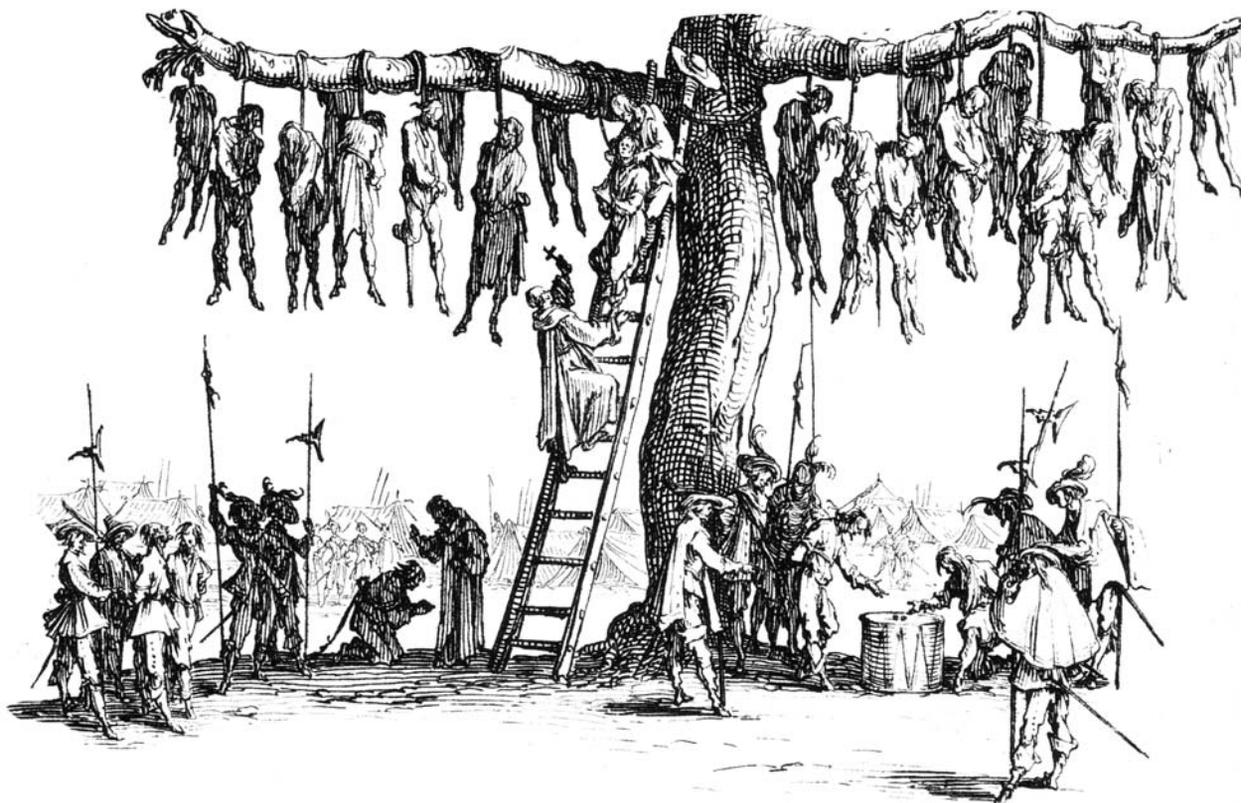
Наибольшее признание получила серия офортов «Большие бедствия войны», запечатлевшая ужасы Тридцатилетней войны (1618 – 1648), обезлюдевшей Европу. Эти офорты называют первым антивоенным (пацифистским) высказыванием в истории. Они вдохновили Гойю на его «Бедствия войны».



Дыба



### Повешение





Колесование



Месть крестьян

## НЕКРОЛОГИ

### Борис Васильевич Воронков 1939 – 2023



13 июня 2023 года ушел из жизни Борис Васильевич Воронков, один из самых ярких представителей Петербургской (ленинградской) школы детской психиатрии, в 1963 – 2018 гг., 55 лет, доцент ФУВ и кафедры психиатрии университета, с 1985 г. консультант Объединения «Детская психиатрия».

В глазах коллег, сподвижников, учеников он был, прежде всего, горячим сторонником научных взглядов основателя ленинградской школы отечественной детской психиатрии Самуила Семеновича Мнухина и считался наиболее преданным его учеником. Борис Васильевич Воронков не просто разделял концептуальные взгляды С. С. Мнухина, они были ему по-человечески близки. Знания, переданные выдающимся учителем, во-многом способствовали самостоятельному становлению Б. В. Воронкова как талантливого педагога-ученого, определив-

шего вектор развития детской психиатрии г. Санкт-Петербурга на долгие годы.

Будучи выпускником Ленинградского педиатрического медицинского института, Борис Васильевич вобрал в себя лучшие традиции школы педиатрии, активно развивающейся в те годы под руководством академика А. Ф. Тура, что в свое время способствовало освоению и детской психиатрической специальности. После окончания института (1962 г.) Б. В. Воронков в течение года работал по распределению врачом-педиатром Кемской городской больницы, а после — четыре года в должности старшего-лаборанта-врача кафедры психиатрии ЛПМИ. В 1970 г. под руководством С. С. Мнухина Борис Васильевич защитил кандидатскую диссертацию «О функциональном состоянии гипофизарно-надпочечниковой системы при некоторых нервно-психических заболеваниях у детей». Начиная с 1967 года и почти до самой своей кончины, то есть более 50 лет Б. В. Воронков преподавал психиатрию студентам, ординаторам, врачам.

Вся жизнь Бориса Васильевича была связана с Педиатрическим институтом. Он работал там вначале в должности ассистента кафедры психиатрии ЛПМИ, далее, с 1985 г., ассистента и доцента кафедры детской психиатрии ФУВ и, наконец, с 2003 г. — доцента кафедры психоневрологии ФПК и ПП.

Отдавая предпочтение живой клинической работе в противовес административно-методической деятельности, Борис Васильевич довольно рано осознал себя в роли преподавателя-консультанта психиатрических отделений. Два из них — отделение № 12 для девочек-подростков психиатрической больницы № 3 им. И. И. Скворцова-Степанова и отделение № 3 ЦВЛ «Детская психиатрия» под его руководством долгие годы оставались школой блестящих психиатрических знаний, а клинические

разборы Бориса Васильевича явились достойным образцом психопатологического мастерства.

Борис Васильевич принимал активное участие в создании в 1985 г. под руководством профессора Д. Н. Исаева кафедры повышения квалификации по детской психиатрии, получившей широкую известность в нашей стране. Впечатляющие по своим глубине и высокому уровню психиатрической грамотности лекции Б. В. Воронкова помнит не одно поколение детских психиатров многих городов и регионов России, в том числе Воронежа, Калининграда, Иркутска и др.

Высказываемые Б. В. Воронковым мысли и взгляды неизменно излагались живым и ясным языком. Разборы и лекции всегда были притягательны для практических врачей желанием хоть временно освободиться от схоластики схем, шаблонов и протоколов. Это особенно чувствовалось в последние годы в условиях все более нарастающего терминологического хаоса. Борис Васильевич зарекомендовал себя как сторонник принципа целостности и непротиворечивости психопатологических знаний вопреки широко декларируемой сегодня «интегративности», «эkleктичности» и, в результате, избыточности и ускользающих смыслов многих понятий и терминов. Слушатели и коллеги хорошо помнят его принципиальную позицию по вопросу расширения гра-

ниц синдрома детского аутизма и многих других веяний времени. Одной из отличительных особенностей мышления Воронкова как клинициста был тезис о бессмысленности поиска «золотой середины» при постановке психиатрического диагноза. Он подчеркивал, что многие описываемые врачами симптомы носят взаимоисключающий характер, что противоречит сути расстройства.

Талант педагога и блестящего врача-консультанта наиболее полно отразились в книгах Б. В. Воронкова, написанных и опубликованных в последние годы жизни («Детская и подростковая психиатрия», 2009; «Психиатрия детского и подросткового возраста», 2012; «Психиатрия детей и подростков», 2017; «Психиатрия детского и подросткового возраста. Психопатология. Диагностика. Клиника», 2022). Издания, задуманные и воплощенные как сборники лекций, отражают более чем полувековой опыт автора, совпадающий с длительной эпохой развития отечественной медицины, да и страны в целом.

*НПА России и редакция «Независимого психиатрического журнала» присоединяется к этому прочувствованному поминальному тексту сотрудников Объединения «Детская психиатрия» им. С. С. Мнухина. Мы гордимся, что Б. В. Воронков высоко ценил нашу деятельность.*

## Эмма Максимовна Рутман 1932 – 2023



Эмма Максимовна Рутман — официально: канд. мед. наук, ст. н. сотр. Института психологии АПН им. Л. Г. Щукиной, один из ведущих специалистов в нашей стране по методу вызванных потенциалов головного мозга 1980 – 90-х годов и их функционального смысла в психофизиологии и психоневрологии; а в реальной жизни — уникальный по своим душевным качествам человек — суций гений общения, даривший свой светлый мир окружающим. Она умела разговаривать и с высоколобыми профессионалами, и с самыми простыми людьми, при этом не опускаясь на уровень собеседника, а поднимая его на свой. Она была деятельным членом НПА России.

Э. М. родилась в Бобруйске, в простой семье, в эвакуации в Оренбурге окончила школу с золотой медалью, затем училась в мединституте в Куйбышеве, где избрала профессией психиатрию. Всегда с восхищением рассказывала о своих учителях Петре Фадеевиче Малкине и Леоне Лазаревиче Рохлине. Работала психиатром в Актюбинске, и,

благодаря своим незаурядным способностям, поступила в аспирантуру Института психологии в унылый серый период вульгарной физиологии ВНД, вытеснявшей психологию. Поэтому выбор метода вызванных потенциалов был способом ограничиться строго научной проблематикой, в которой стала ведущим специалистом.

Ее уникальный дар прирожденного психотерапевта и творческого дискуссионщика по многим прикладным проблемам только в небольшой степени был положен на бумагу — в монографиях «Надо ли убежать от стресса?» (1990) и «Как преодолеть стресс» (1998). Не имея собственных детей, в конце 90-х она активно вовлеклась в кампанию по усыновлению российских детей-сирот-инвалидов, организовывала их отдых за границей, помогала детям и потенциальным родителям найти друг друга, и была счастлива, когда это удавалось. Эту ее деятельность оборвала наехавшая на нее машина, а сама эта деятельность была прервана бездушной государственной машиной. Чудом выжившая, Э. М. не утратила своего дара, но потеряла способность передвигаться.

Характерен круг близких ей людей: Иосиф Моисеевич Фейгенберг, Вадим Ротенберг, Игорь Губерман, Алексей Козулин, Борис Кочубей, Давид Черняховский, Виктор Брутман и др. Тесная дружба связывала ее со мной и Л. Н.

В конце жизни щедростью ее души, самозабвенной эмпатией воспользовались телефонные мошенники. Она была не в состоянии разувериться в обманывающих ее собеседниках и, вопреки нашим активным усилиям, давала возможность разорять себя, поддаваясь мольбам посредников, что иначе их выгонят. Мое вето на это вызвало резкую реакцию протеста и отторжения, — драматичная метафора извращения нашей действительности.

Для всех, знавших ее, она сохранится как редкий светлый образ.

*Ю. С. Савенко, Л. Н. Виноградова*

## РЕКОМЕНДАЦИИ

---

---

**Бергсон Анри.** Духовная энергия. М-СПб., 2023.

**Бердяев Николай.** Христианство, марксизм, экзистенциализм. М., 2022  
(часть работ впервые на русском).

**Жаккетт Д.** Алексис Майнонг. Пастырь Не-Бытия. М., 2023.

**Мони Рэй.** Бертран Рассел. Том 2. Призрак безумия. 1921 – 1970 гг. М., 2023.

**Вейль Симона.** Статьи и письма 1934 – 1943 гг. СПб., 2023.

Проблема Зла и Теодицеи: метафизика, этика, феноменология. Ред. К. В. Карпов.  
М-СПб., 2023.

**Эпштейн Михаил.** От Библии до пандемии. Поиск ценностей в мире катастроф.  
М.- СПб., 2023.

Западная философия XX-XXI вв. Интеллектуальные биографии. Ред. И. Г. Джахадзе.  
М.-СПб., 2022.

\* \* \*

**Цао Лонбин.** Образ науки о данных. СПб., 2022.

**Вапiero Жан Мишель.** Ткань. М., 2023. (Топология у Лакана).

\* \* \*

**Фроули Давид.** Аюрведа и ум: аюрведическая психотерапия. (1997 г.). М., 2023.

**Джиллпир Валери, Гродин Эмили.** Под многолетним слоем пыли.

История об аутизме и надежде. М., 2023.

**Ференци Шандор.** Травма и работа воображения. М., 2023.

Антропология сновидений. Сборник. Сост. А. А. Лазарева. М., 2021.

**Хофманн Альберт.** Мой трудный ребенок. СПб., 2022. (Об LSD его изобретатель).

\* \* \*

**Галло Макс.** Ночь длинных ножей. М., 2023.

**Шпац Вивьен.** Врачи из Ада. М., 2023. (Эксперименты нацистских врачей на людях).

**Штангель Беттина.** Эйхман до Иерусалима. (на 536 стр. автор, опираясь на откровения  
Эйхмана в Аргентине, пытается оспорить тезис о банальности зла).

**Лохман Гершель.** Израиль. Полная история страны. М., 2023.

**Эйдельштейн Леон.** Оппенгеймер. М., 2023.

\* \* \*

**Голь Николая.** Жизнь замечательных слов. СПб., 2020.

**Курганов Ефим.** Русский Мюнхгаузен. М., 2017.

**Ковалевская Татьяна.** Мифологический трансгуманизм в русской литературе.  
Достоевский и Серебряный век. М., 2018.

\* \* \*

**Стринберг Август.** Инферно. США SSS Press. 2022.

**Канетти Элиас.** На языке глаз. История жизни 1931 – 1937 гг.  
(Последний том автобиографической трилогии). М., 2023.

**Оруэлл Джордж.** Воспоминания книготорговца. СПб., 2022.

**Козак Герман.** Город за рекой. М., 2023.

\* \* \*

**Гомбриг Э., Хокберг Д., Блэк М.** Искусство, восприятие и реальность. М., 2023.

**Горохов Андрей.** Визуальный клей. М-Екатеринбург, 2023.

**Буренина-Петрова Ольга.** Анархизм и искусство авангарда. СПб., 2021.

**Митинев Андрей.** Бог есть любовь. (Жизнь в тюрьме в рисунках. 2017 – 2020 гг.).  
М., 2021.

# ABSTRACTS

---

---

## **Bullying in academic environments. Unlearned lessons from the tragic pages of the history of Russian science 1931 – 1951**

Two typical stories of harassment of outstanding scientists by colleagues under a totalitarian regime are given as a result of government intervention in the field of science, using the example of one of the leaders of Russian pedology, Mikhail Basov (1931) and I. P. Pavlov's successor, physiologist Acad. Leon Orbeli. This topic is becoming relevant again.

**Keywords:** history of science, repression of science in the USSR, ethics of the scientific community.

## **Formal thinking disorders (psychopathological and prognostic significance)**

*V. I. Krylov (St. Petersburg)*

The paper considers psychopathological features, diagnostic and prognostic significance of formal thinking disorders. The essential discriminating features are discussed, which make it possible to distinguish between different clinical variants of formal thinking disorders. The traditional classical definitions of thinking disorders and the definitions given in the glossaries to modern international classifications of mental disorders are compared. The necessity of preserving and developing the principles of psychopathological analysis in the identification and qualification of mental disorders is substantiated.

**Keywords:** autistic thinking and behavior, broken thinking, reasoner thinking, diverse thinking,

amorphous thinking, tangential thinking, paralogical thinking.

## **Pilot inpatient assessment of clinical features of borderline personality disorder in adolescents**

*E. V. Koren, T. A. Kupriyanova*

Based on clinical assessment of inpatient adolescents admitted in 2021 – 2022 and met ICD-11 criteria for «borderline personality disorder» were revealed some specific clinical characteristics, comorbidity and treatment response encouraging assumption for consideration in some cases borderline personality disorder in adolescence as specific fledged «adolescent» subtype contrasting with adult presentation and testify in favor of dimensional frameworks for diagnosis to develop individualized treatment approaches targeting on this group of patients.

**Keywords:** borderline personality disorder in ICD-11, borderline personality disorder in adolescents

## **How do amendments to the Law on Psychiatric Care guarantee patient's rights?**

*Yu. N. Argunova*

The novelties introduced into the Law of the Russian Federation «On psychiatric care and guarantees of the rights of citizens during its provision» by Federal laws of August 4, 2023 No. 464-FZ and 465-FZ are considered.

**Keywords:** provision of psychiatric care, patient rights.

# «НЕЗАВИСИМЫЙ ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ»

Индекс для подписчиков: 73291

- 1991, I: Устав НПА — Антипсихиатрия сегодня — Индукция.
- 1992, I-III: О предмете советской психиатрии — Проблемы бреда — Доклад комиссии ВРА 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 амер. 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 стационарирование — Врач. тайна — О школе Столбуна.
- 1994, IV: Психоанализ в противоречиях — Биографический метод — Терапия смыслоутраты.
- 1995, I: Вялотек. sch. — О диагн. — Мит. Антоний о мед. этике.
- 1995, II: Об институциональной психотерапии — О границах психотерапии — Об этнопсихиатрии — Дело АУМ.
- 1995, III: DSM-IV — Бенедетти о психотерапии шизофрении — Психология свидетельских показаний.
- 1995, IV: Гематол. психоонкол. — 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 Ш 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 Шнайдер. Религиозная психопатология (1) — Психотерапия — Эксп. “Свид. Иеговы” — Басня о психотр. оружии.
- 1999, II: Шнайдер (2) — Социальная психиатрия — Психотерапия — Всероссийский семинар к 10-летию НПА.
- 1999, III: Шнайдер (3) — Тенд. рос. психиатрии — Экспертиза сайентологов — Психотер. sch. — Вера и культура.
- 1999, IV: Кризис современной психиатрии — ЭЭГ при молитве и голодании — Психиатрия и религия — Дело Платона Обухова — Этика экспертизы — Принуд. леч. огранич. вменяемых.
- 2000, I: Рильке — 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 саентологов и иеговистов.
- 2001, II: Экзистенциальный анализ восприятия князя Мышкина — Психопатол. диатез — О психич. здоровье и состоят. эксп. — Экспансия идеологии на психич. здоровье.
- 2001, III: Крепелин — Нет — метадону — Признаки упадка психиатрии (1) — Эпическая терапия — Дело Столбуна.
- 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 ВРА.
- 2002, IV: Роршах — Пленарные лекции конгресса ВРА — 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 — Демедицинизация — 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 — Шизофрения — О реформе психиатрической помощи — “Обезьяний процесс” — Тюремная медицина.
- 2005, I: Кандинский — Наркополитика — Множественная личность — Интервью Ясперса — Восп. об акад. Харитоне.
- 2005, II: Папа Иоанн Павел II — Конфликт интересов — “Обоснование” упразднения негосуд. СПЭ — Устав НПА.
- 2005, III: II мировая война — Расстройства памяти — О Ясперсе.
- 2005, IV: 15 лет НПЖ — Диагностич. системы — Лат. формы антипс. — Рекур. sch. — Съезды ВПА и РОП — О Ясперсе.
- 2006, I: Крамер, Снесарев — Феноменологич. подход — Главн. пробл. психопатологии — Вклад феноменол. — Заместит. тер. — Литвак.
- 2006, II: Крепелин, Фрейд — Факты и ценности в псих. д-зе — 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 эксп. — Р-во критики 2 — Кронфельд.
- 2007, III: Шпет — 15 лет Закону — Меззич — 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 обезьяний процесс.
- 2008, IV: Эксп. Сербского по делу Бейлиса — Феноменол. описание — Бред и свершен.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. эксп.
- 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 — Мержеевский — МКБ-11 — Алкогольная ситуация в России — Груле 4.
- 2010, III: Чехов — Право и этика в рос. психиатрии за 20 лет — Паранойальность — Обсессивный синдром — Берце: психология шизофрении 1.
- 2010, IV: Пирогов — XIII съезд НПА — Антипсихиатрия — О добросовестности иссл. — Берце 2.
- 2011, I: Мандельштам и ГИЦ им. Сербского — Ануфриев — Кризис научн. рациональности — Берце 3.
- 2011, II: Дело Бейлиса — Антипсихиатрия — Против унит. концепции депрессии — Берце 4 — Реформа ин-та недееспособности.
- 2011, III: Павловская сессия — Ипохондрия. р-ва — Алк. галлюцинозы — 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. абстиненции — Игромания — Клези 2 — Душевнобольной в церкви и обществе — Права недееспособного пациента.
- 2012, II: IX том Бумке — Шизофрения — Майер-Гросс — Резидуальная sch — Зоотерапия — Независимость эксперта.

- 2012, III: А. Н. Бернштейн — Введение в общую психопатологию — Пространство и время — Клези — 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 Брейвика 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. — Выхощивание общ. контроля.
- 2014, II: I и II мировая война. — Исходы sch. — Эпидемиология и пс. помощь в Германии. — XIX Консторумские чтения. О свободе воли. — Диссиденты 1911 г. — Клерамбо. — Слияние институтов.
- 2014, III: Профил. направл. в отеч. пс. О доказат. медицине. Свобода воли в пс. Преодоление sch. шизофрении. Врачебная Конституция. Врачебная тайна. Антипсихиатрия. Наукометрия. Диссидентство. Правовые семинары НПА.
- 2014, IV: 25 лет членства НПА в WPA. 25 лет борьбы за независ. суд-пс. эксп. Психическое-соматическое. Границы прав прокурора на мед. тайну. Новое в реализации дееспособности. О конформизме. Отн. к ЭСТ. Детский аутизм (обзор). Очернение Сербского. Рос.-Укр. связи. XVI съезд WPA.
- 2015, I: Война или здоровье? Отеч.пс. в эпоху упадка. Кречмер: проблема обязат. учебн.анализа. XX Консторумск. чтения. Скорая пс.помощь. О конформном поведении.
- 2015, II: “Критика психосоматики” Вайтбрехта. Написание ист.-б-ни. Методические программы — позиция России. “Норма” в психиатрии. Цинизм экспертов. Против реформы Кассо. Ошибка Википедии. Европ. конгресс пс. Добросовестн. в науке. Съезд Нац.мед. палаты. Условие 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. госпитализац. 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: Чаадаев — Цолликановские 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? — Хронобиология депрессий на Севере. — Психиатр в субарктич. усл. — психиатрия в политич. целях. — На поводу следователя. — Этика права и права человека. — Откр. письма. — Конф. памяти Бухановского.
- 2016, IV: 25 лет НПЖ — XV съезд НПА: Деят. в 2014 – 16 гг. — Теоретич. и филос. основы психиатрии. — Опыт изуч. Ясперса. — Кронфельд. — Уменьш. вмняемость в Беларуси. — ПТСР как опроверж. “ложного диагноза”. — Незаконный перевод в ПНИ. — Психотерапия. — Письмо Баженова.
- 2017, I: Реформа психиатрии. — Резолюция XV съезда НПА. — Рюмке. — Конгресс ЕААП. — Коморбидность. — Консторумские чтения.
- 2017, II: 1937. — Клерикализ. наркологии. — СПб и Моск. школы. — Персонализиров. медицина. — Бредовой нарратив.
- 2017, III: 25 лет Закону о псих.помощи. — Уник. дневник I. — Общ. опасность по-советски. — Каган о психотер. — Психотер. при авторитарном управлении.
- 2017, IV: Психиатрия за 100 лет. — Уник. дневник II. — Шнайдер. — Роль священника и пс/тер. — Каган о пс/тер. II. — Конгресс ВПА.
- 2018, I: Предмет суд.псих. — Три лица псих. — Курт Шнайдер. — Конгресс WPA. — Тонконогий. — Гурович.
- 2018, II: К. Левин. — Математика. — 3 лица псих. — Эротомания. — Рюмке — ст. 435 УПК РФ. — Конгр. ВПА (обзор). — Этич.ком. РОП. — Г. Серебрякова. — Коморбидн. — Бялик. — Франко.
- 2018, III: Адлер. — Биопсихосоц. модель. — Теория слоев. — Отн. к старости. — Рюмке. — Недобров. госпит. по иску прокурора. — Психол. помощь б-ным с религ. пережив.
- 2018, IV: Воробьев. — Маслоу. — Профилактич.псих. — Психич.здоровье. — Тр-фоб.р-ва. — Рюмке. — Фальсификация в Омске. — Соц.психопатология. — Ист. отеч. психогигиены. — Семашко. — Л. М. Алексеева.
- 2019, I: 30 лет НПА России. — Психиатрич.образование. — Психич.здоровье. — Интернаты и суицид. — Рюмке. — Обжалов. физич. стеснения. — Право быть иным. — Констор.чтения. — Оптимизация. — Котиков.
- 2019, II: 100 лет экзистенциализма. — “Психология мировоззрений” Ясперса. — 15 лет оптимизации. — Конвейерный перевод в ПНИ. — “Молодой хроник”. — СПЭ “умствен. отсталости”. — Психиатрич. подгот. в ЕС (обзор). — Констор.чт. — Тиганов. — Евтушенко.
- 2019, III: Эфроимсон. — К теории психиатрии. 1-Интердисциплинар. — Патокинез аф.опиоманов. — Федермессер о ПНИ. — Кризис пс. — Ист. пс. — Солдафонский стиль. — Пс/тер. Пьесы. — Либерман.
- 2019, IV: Сеченов. — Шпет. — Педология. — С. Л. Рубинштейн. — К теории пс. 2. — Первичн. мед. пом. и пс. — Суицидология. — Оспаривание пс. д-за. — Европ. комитет против пыток. 1. — Обращ. к презид. о реформе ПНИ. — Рибо. — Бергсон. — Жанэ. — Права недееспос. — Якутский шаман. — Пс. в лит-ре. — Буковский.
- 2020, I: Гештальт-школа. — К теории пс. 3. — Чел. достоинство. — Бупропион (обзор). — Обжалование дисп. набл. — Констор. чт. — Европ. ком. против пыток. 2. — Устинов. — Витковский.
- 2020, II: Рыбаков — 100 лет Моск. НИИП — Неомрачаемость — К теории пс. 4 — Леч. деменции — Гендерная дисфория — Шаман — Гений места — Чрезвычайщина — Переименов. sch — Воробьев — Мохнаткин
- 2020, III: Конц. Крепелина и Кронфельда — К теории пс. 5 — Синдром двойников — Шаман — Лингв. эксп. Дело Дмитриева — Неомрачаемость при маниак. — Гений места 2 — Ист.отеч.псих. — Переименования в пс. — Интервью Воробьева — Восп. Пивеня — Коронавирус в США
- 2020, IV: Джагаров — 100 лет Центру Сербского — Р-во Я при sch — К теории пс. 6 — Пс. и искусство 2 — 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 — Изнанка 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: Шмарьян — Татаренко — Семиотика пс. — Райх о сов. пс. — Феноменол. подход Бланкенбурга — О недобров. госпитализ. — Дело шамана — Констор. чт. — 2 — О лейкотомии — Дезинформация П. Морозова — О фантомных нозологиях — О патопсихол. иссл. — Пс. служба Приморья — Восп. ЮС-1 — Н. А. Корнетов — С. А. Ковалев
- 2021, IV: Достоевский — Вильям Штерн — Сухарева — Разрушительность МКБ-11 — Лексикон пс. — К теории пс. 8 — Вред ТВ — Об эвтаназии — О деле «Пермского стрелка» — Л. Терновский — Восп. о Варганыне — 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 отеч. 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 присылать 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: +7 925 200 81 69.

Адрес для корреспонденции: 101000, Москва, Б. Златоустинский пер., 8/7, стр. 1, оф. 312. НПА России.